

значением, в 6,7 и 8,9 раз соответственно ($p_{M-U} < 0,001$). Причем в группе с оказанием помощи позже «золотого часа» ЛИИ был выше в 1,3 раза, чем в группе с оказанием помощи в течение «золотого часа» ($p_{M-U} < 0,05$). Высокий уровень ЛИИ в группе с оказанием помощи позже «золотого часа» сохранялся и на третьи сутки ($p_{M-U} < 0,05$). К седьмым суткам значения ЛИИ в исследуемых группах приближались к контрольному значению и не отличались от него (табл. 3).

Таким образом, начало оказания неотложной помощи в рамках «золотого часа» при острой кровопотере на догоспитальном этапе приводит к снижению в первые сутки ЛИИ и значения шокового индекса на 24,5 и 3,5% соответственно, а также к нормализации уровня МДА и ТДО к седьмым суткам в отличие от группы с началом оказания помощи позже «золотого часа».

Таблица 3

ЛИИ при острой кровопотере в группах больных с оказанием медицинской помощи в течение «золотого часа» и позже «золотого часа» на этапах исследования (усл. ед.)

Сутки наблюдения	Оказание помощи в течение «золотого часа» [#]	Оказание помощи позже «золотого часа» [#]
1-е сутки	3,82* (2,14-5,29)**	5,06* (3,69-6,43)**
3-е сутки	2,63*(2,03-4,45)**	3,54* (2,11-3,91)**
5-е сутки	1,46 (1,01-2,52)*	1,89 (1,31-3,29)*
7-е сутки	0,85 (0,36-1,98)	0,88 (0,28-1,48)

Примечание: # — $p_F < 0,05$; * — $p_{M-U} < 0,05$ при сравнении с контрольным значением — 0,57 (0,4-0,86) усл. ед.; ** — $p_{M-U} < 0,05$ при межгрупповом сравнении в соответствующие сутки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов К.П. Физиологические резервы крови и их роль в физиологической адаптации организма к острой кровопотере (по результатам экспериментов и расчетов) // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. — 2000. — Т. 86, № 4. — С. 459-469.
2. Клигуненко Е.Н., Кравец О.В. Интенсивная терапия кровопотери. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 112 с.
3. Кожура В.Л., Новодержкина И.С., Кирсанова А.К. Острая массивная кровопотеря: механизмы компенсации и повреждения // Анестезиология и реаниматология. — 2002. — № 6. — С. 9-13.
4. Назаров И.П., Винник Ю.С. Интенсивная терапия критических состояний (Лекционный курс). — Красноярск, 2002. — Т. 1. — 249 с.
5. Соколовский В.В. Тиолдисульфидная система в биохимическом механизме реакции организма на экстремальные воздействия // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии им. Мечникова. — 2004. — Т. 5, № 4. — С. 97-100.
6. Картавенко В.И., Голиков П.П., Давыдов Б.В. и др. Состояние процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. — 2004. — №1. — С. 8-10.
7. Сотниченко Б.А., Шуматова В.Б., Кузнецов В.В. и др. Стратегия неотложных мероприятий при оказании пострадавшим с открытыми сочетанными повреждениями груди на догоспитальном этапе // Скорая медицинская помощь. — 2005. — № 2. — С. 5-8.
8. Bledsoe B.E. The Golden Hour: fact or fiction? // Emerg. Med. Serv. — 2002. — Vol. 31, N 6. — P. 105.
9. Chapman M. Hemorrhagic shock: a review // Critical Care. — 2004. — Vol. 8. — P. 396.
10. Lerner E.B., Moscati R.M. The golden hour: scientific fact or medical «urban legend»? // Academic Emergency Medicine. — 2001. — Vol. 8, N 7. — P. 758-760.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м-н Юбилейный, 100, ИГИУВ

Козиев Михаил Петрович — ассистент, к.м.н.,

Горбачева Светлана Михайловна — заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.

© ЛАХМАН О.Л.ШЕВЧЕНКО О.И. — 2011
УДК: 612.821.6+616.073.97: 616.8-057: 615.9

ПРИМЕНЕНИЕ БИОУПРАВЛЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Олег Леонидович Лахман^{1,2}, Оксана Ивановна Шевченко¹

(¹НИИ медицины труда и экологии человека СО РАМН, г. Ангарск, директор — д.м.н., член.-корр. РАМН, проф. В.С. Рукавишников, клиника института, гл. врач — д.м.н., проф. О.Л. Лахман;

²Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра профпатологии и гигиены, зав. — д.м.н., проф. О.Л. Лахман)

Резюме. В данной работе предложены методы нефармакологической коррекции функционального состояния человека, задачей которых являлось обучение процессам саморегуляции на основе запуска волевых механизмов, способных повысить уровень самосознания, интерналитета и качества жизни неврологических больных. Наряду с общепринятой терапией вазоактивными, нейротропными и метаболическими средствами был проведен курс температурно-миографического, ЭЭГ-альфа-тэта-тренинга, музыкотерапии и игровой вариант метода биоуправления для профилактики и лечения стресс-зависимых состояний. Для оценки эффективности терапии до и после лечебных курсов проводилось экспериментально-психологическое тестирование. Проведенные исследования объективно подтвердили улучшение психического и нейрофизиологического состояния неврологических больных после применения биоуправления в сочетании с минимальным числом лекарственных препаратов.

Ключевые слова: биологическая обратная связь, дезадаптационные и психовегетативные нарушения, эффективность лечения.

THE USE OF BIOMONITORING IN THE TREATMENT OF NEUROPSYCHIC DISEASES

Oleg Leonidovich Lakhman^{1,2}, Oksana Ivanovna Shevchenko¹

(Institute of Occupational Health and Human Ecology ESSC HE SB RAMN; 2Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. The methods of non-pharmacological correction of human functional state, the task of which was the education of self-regulation processes based on the induction of the strong-willed mechanisms, which are capable to rise the levels of self-consciousness, internality and life quality in the neurological patients have been presented in this paper. A series of temperature-myographic, EEG-alfa-teta trainings, music therapy and a play-form variant of biomonitoring

method have been performed to prevent and treat the stress-dependent states along with the common-used therapy using the vasoactive, neuroprotective and metabolic preparations. An experimental-psychological testing was performed before and after the treatments to assess the therapy efficiency. The studies performed have impartially confirmed the improvement of the psychical and neurophysiological states in the neurological patients after using biomonitoring in the combination with the minimal number of medical preparations.

Key words: biological feed-back (BFB), disadaptive and psychovegetative disturbances, treatment efficiency.

В плане поиска новых немедикаментозных методов лечения в клинике профзаболеваний применены методы биоуправления с целью нефармакологической коррекции функционального состояния человека. Основной задачей методов является обучение процессам саморегуляции с помощью внешних сигналов, модифицирующихся в соответствии с изменениями выбранной для регуляции функции [8]. Применяемые биологической обратной связи (БОС)-тренинги предназначены для профилактики и лечения дезадаптационных, психовегетативных нарушений с наличием немотивированной тревоги, сменяющейся депрессией, панических атак, высокой эмоциональной лабильности, а также для мобилизации функциональных резервов организма неврологических больных [10,11].

Цель работы заключалась в необходимости обоснования целесообразности применения БОС в лечении психологически дезадаптированных пациентов.

Материалы и методы

Исследования определили круг заболеваний, в клинической семиотике которых ведущими выступают обще мозговые, мнестические, когнитивные нарушения, а также широкий спектр психоэмоциональных изменений в рамках невротоподобного и психопатоподобного синдромов, при которых показано адаптивное биоуправление (начальные проявления нарушения мозгового кровообращения, токсическая энцефалопатия, черепно-мозговые травмы легкой степени тяжести и их последствия, психосоматические заболевания, вегетативная дисфункция).

В исследовании приняли участие 20 больных с вышеперечисленными патологическими состояниями. Их возраст колебался от 28 до 51 лет ($39,2 \pm 4,8$ года). Характерными и общими для данных заболеваний являются симптомы: нарушение сна, общая слабость, головные боли, затруднения в процессе обучения, снижение когнитивных процессов, концентрации внимания, памяти, эмоциональная лабильность, пониженное настроение. У 78% обследованных имел место симпатиковагусный дисбаланс, выявляемый при клиническом осмотре (основная — 1-ая группа).

Всем пациентам основной группы, наряду с общепринятой терапией вазоактивными, нейропротективными и метаболическими средствами, был проведен курс температурно-миографического, ЭЭГ-альфа-тэта-тренинга с использованием интерфейса БИ-01Р, мето-

дов игрового биоуправления и программы Boslab, созданных в Институте медицинской и биологической кибернетики СО РАМН под руководством академика М.Б. Штарка (1-ый комплекс).

Каждый сеанс состоял из сессий игрового биоуправления, температурно-миографического и альфа-тренинга, по окончании которых осуществлялась музыкотерапия, способствующая освоению приёмов релаксации. Сеансы проводились один раз в день. Курс включал в среднем 10 лечебных сеансов. Для объективизации эффективности БОС-терапии была исследована группа сравнения (2-ая), в которую вошли 13 человек аналогичного возраста с теми же заболеваниями, получавших лечение общепринятыми традиционными методами без применения методов биоуправления (2-ой комплекс).

Температурно-миографический тренинг включался в лечебную программу с целью коррекции головных болей напряжения, в основе развития которых лежит хронический эмоциональный дистресс, проявляющийся аффективными расстройствами в сочетании с определёнными личностными и поведенческими особенностями и приводящий к напряжению перикраниальных мышц. Патогенез включает дисфункцию лимбико-ретикулярной системы и дисбаланс ноци- и антиноцицептивных систем [5].

Применение ЭЭГ-БОС по разным ритмам основывается на генезе и функциональном значении основных ритмов ЭЭГ. Альфа-ритм является отражением оптимального состояния корково-подкорковых взаимоотношений, преобладание его в правой лобной доле predisposes к развитию позитивных эмоциональных реакций, а доминирование в левой лобной доле — к развитию негативных аффективных состояний, в том числе депрессий. Тэта-ритм свидетельствует о преобладании тормозных процессов или снижении активации при различных функциональных и органических заболеваниях ЦНС, при утомлении и стрессе. Бета-активность характеризует усиление активационных процессов, связанных с увеличением потока импульсации от подкорковых структур к коре больших полушарий, что может происходить как при органических, так и при функциональных нарушениях деятельности головного мозга [6]. Изменение ритмов ЭЭГ происходит опосредованно через обще мозговые неспецифические активирующие и деактивирующие системы, по волевым запускам, т.е. осознанной командой.

В задачу игрового тренинга (игры «Магические кубики», «Ралли», «Вира!», «Гребной канал») входило — обучить пациентов новым способам реагирования на конфликтные ситуации, расширить его поведенческий арсенал через овладение навыками контроля сердечного ритма (по частоте сердечных сокращений) в условиях психоэмоциональной нагрузки и показать возможность использования игрового варианта метода биоуправления для профилактики и лечения стресс-зависимых состояний [2].

Для оценки эффективности терапии до и после лечебных курсов проводилось экспериментально-психологическое исследование, включавшее следующие методики: «счёт по Крепелину», «кольца Ландольта», тесты на кратковременную образную и оперативную память, «запоминание 10 слов» по Лурия, шкалы депрессии по Зунгу, реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру-Ханину, СМЛ [1,7]. Применялась ЭЭГ, осуществляемая на компьютерном электроэнцефалографе DX-NT 32, V. 19 (производитель «DX-Complexes» LTD, г. Харьков) по стандартной методике [4].

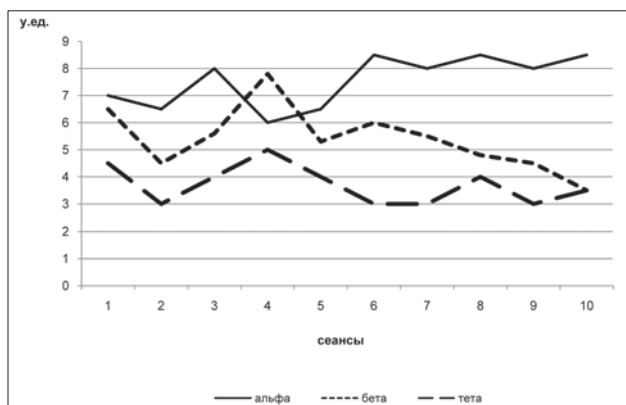


Рис. 1. Больной Т. Курс эффективного альфа-стимулирующего тренинга (правая лобная доля).

Таблица 1

Динамика церебральных жалоб в результате применения общепринятого лечебного комплекса и БОС-терапии, $M \pm m$, (n=20/13)

Жалобы	Баллы		p
	До лечения	После лечения	
Головная боль	$1,12 \pm 0,11$ $1,29 \pm 0,09$	$0,31 \pm 0,01$ $0,90 \pm 0,11$	$p < 0,01$ -
Головокружение	$0,80 \pm 0,10$ $0,82 \pm 0,11$	$0,15 \pm 0,02$ $0,42 \pm 0,01$	$p < 0,01$ $p < 0,05$
Нарушение сна	$2,10 \pm 0,11$ $1,15 \pm 0,09$	$0,60 \pm 0,03$ $0,93 \pm 0,10$	$p < 0,01$ -
Нарушение памяти	$1,90 \pm 0,15$ $1,07 \pm 0,11$	$0,65 \pm 0,10$ $0,64 \pm 0,04$	$p < 0,05$ $p < 0,05$
Пониженная работоспособность	$0,95 \pm 0,12$ $1,32 \pm 0,10$	$0,31 \pm 0,08$ $0,57 \pm 0,01$	$p < 0,05$ $p < 0,05$
Раздражительность	$1,50 \pm 0,15$ $1,57 \pm 0,20$	$0,35 \pm 0,02$ $0,85 \pm 0,03$	$p < 0,01$ -
Эмоциональная неустойчивость	$1,07 \pm 0,10$ $1,42 \pm 0,20$	$0,40 \pm 0,09$ $0,85 \pm 0,02$	$p < 0,01$ -

Примечание: Над чертой — результаты лечения комплексом, включающим биологическую обратную связь; под чертой — результаты лечения общепринятым комплексом.

Формализованная оценка лечения проводилась по 4-х балльной шкале: отсутствие эффекта — 0 баллов, незначительное улучшение — 1 балл, умеренное улучшение — 2 балла, выраженное улучшение — 3 балла. Индекс клинической эффективности определялся как средняя величина количества баллов в группе больных, получивших тот или иной комплекс лечения.

Для углубленного анализа динамики жалоб у больных на фоне лечения вычислялся индекс выраженности церебральной симптоматики до и после лечения по 3-х балльной шкале, индекс выраженности субъективных нарушений в группе до и после лечения соответствовал среднему групповому баллу.

Применялись общепринятые методы вариационной статистики. Оценка статистической значимости различий проводилась с помощью t-критерия Стьюдента. Оценка на нормальность распределения определялась при соответствии эксцесса и асимметрии не > 3 [3]. Расчеты проводились на персональном компьютере по программам библиотеки статистики приложения MS Excel 97, версия 7.0.

Результаты и обсуждение

Результаты предварительного анализа особенностей изменений показателей ЭЭГ не выявили статистически значимых различий между 1-й и 2-й группами.

Нарушения ЭЭГ представлены общемозговыми изменениями различной степени тяжести. Преобладание альфа-активности в левой лобной доле, predisposing к развитию негативных эмоциональных реакций, отмечено в 100% случаев в обеих группах.

После проведения «альфа-тэта» — стимулирующего тренинга, который обучает перераспределять альфа-активность, зарегистрировано увеличение интенсивности биоэлектрической активности альфа-диапазона в правой лобной доле у 67% больных (в среднем на 45,3%), снижение тэта-активности у 59% (в среднем на 37%) больных 1-ой группы.

На рисунке 1 отражены тренды активности в альфа-, бета- и тэта-диапазонах у одного из больных после

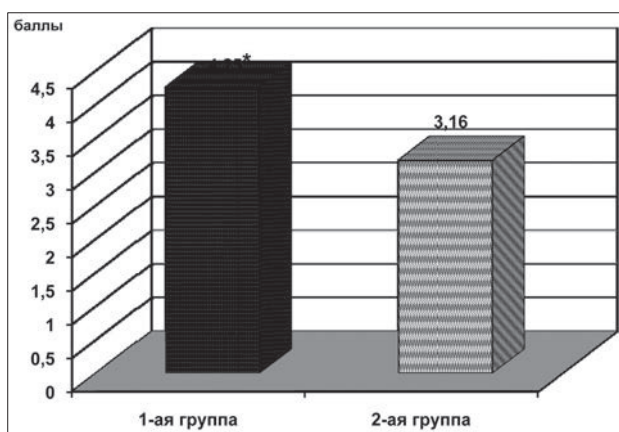


Рис. 2. Значения индексов эффективности лечения в группах.

эффективного курса нейробиоуправления. Кроме того, 12 человек научились повышать температуру кончика пальца ведущей руки до 90°F , что отражает повышенные степени периферической вазодилатации сосудов, смогли снизить уровень напряжения фронтальной мышечной группы до 1,5 мкВ. Так же 73% испытуемых в ходе игровых тренингов добились снижения частоты сердечных сокращений (ЧСС), что в целом обеспечило восстановление симпато-вагусного баланса [9].

У всех больных наблюдалось клиническое улучшение состояния. Динамика церебральных симптомов на фоне проводимого лечения представлена в таблицах 1, 2. Так, при лечении первым комплексом зарегистрирован статистически значимый регресс всех жалоб церебрального характера (табл.1).

На фоне второго лечебного комплекса отмечалось статистически значимое субъективное улучшение памяти и работоспособности больных, имело место уменьшение головокружения.

В таблице 2 приведена динамика психологических показателей после курса терапии. До лечения в обеих группах регистрировалось снижение продуктивности, работоспособности, темпа психомоторной деятельности и концентрации внимания, долговременная память была ниже нормы.

Таблица 2

Изменение показателей психологического статуса на фоне проводимой терапии, $M \pm m$, (n=20/13)

Психологические показатели (баллы)	Лечебный комплекс №1		Лечебный комплекс №2		Норма
	1	2	1	2	
Продуктивность	$91,1 \pm 2,2^*$	$101,9 \pm 1,2^*$	$83,4 \pm 2,8^*$	$105,2 \pm 2,3^*$	122-184
Коэффициент точности	$368,7 \pm 15,3^*$	$421,6 \pm 11,4^*$	$233,3 \pm 12,6^*$	$614,5 \pm 12,4^*$	490 и более
Зрительная образная память	$9,1 \pm 0,2^{**}$	$10,6 \pm 0,2^{**}$	$8,7 \pm 0,5$	$10,5 \pm 1,5$	6 и более
Долговременная память	$5,5 \pm 0,5^*$	$7,4 \pm 0,4^*$	$5,8 \pm 0,4$	$6,7 \pm 0,3$	8-10
Уровень депрессии	$60,2 \pm 0,6^*$	$58,2 \pm 0,4^*$	$61,4 \pm 2,7$	$61,6 \pm 2,7$	50 и менее
Уровень личностной тревожности	$51,4 \pm 2,1$	$51,7 \pm 2,1$	$53,8 \pm 1,8$	$54,1 \pm 1,9$	31-44
Уровень реактивной тревожности	$50,5 \pm 1,1^*$	$45,7 \pm 1,2^*$	$50,8 \pm 2,6$	$50,8 \pm 2,2$	
Шкалы СМИЛ F	$81,2 \pm 2,9^*$	$73,1 \pm 2,2^*$	$79,3 \pm 2,8$	$78,7 \pm 3,2$	
1 (Hs)	$91,8 \pm 2,9$	$89,8 \pm 2,9$	$95,2 \pm 2,9$	$95,1 \pm 2,2$	30-70
2 (D)	$90,6 \pm 2,9$	$89,8 \pm 3,4$	$87,4 \pm 3,1$	$92,2 \pm 2,9$	
6 (Pa)	$67,3 \pm 2,3$	$66,3 \pm 2,3$	$70,2 \pm 2,0$	$70,1 \pm 2,2$	
7 (Pt)	$89,9 \pm 1,6^*$	$84,2 \pm 1,9^*$	$79,8 \pm 2,0$	$84,7 \pm 2,5$	
8 (Sc)	$96,1 \pm 2,5^*$	$88,5 \pm 1,6^*$	$102,2 \pm 2,8$	$98,6 \pm 2,6$	

Примечание: 1 — показатели до лечения; 2 — показатели после окончания терапии; 3. * — различия статистически значимы при $p < 0,05$; 4. ** — различия статистически значимы при $p < 0,01$.

Анализ показателей в таблице 2 подтвердил наличие эмоционально-аффективных нарушений, снижение активности психической деятельности, вегетативно-соматических функций у обследованных 1-й и 2-й групп.

Основные пики в профилях СМЛ располагались на 1 (ипохондричности), 2 (депрессии), 6 (ригидности), 7 (психастении), 8-й (аутизма) шкалах и были значительно выше границы нормативного разброса, указывая на психопатологические изменения и состояние хронической дезадаптации больных. После применения терапии в обеих группах наблюдалось статистически значимое увеличение продуктивности и концентрации внимания. Однако на фоне лечения комплексом, включившим БОС-тренинг, кроме того, отмечалось статистически значимое увеличение объема зрительной образной и долговременной памяти, снижение уровней депрессии и реактивной тревожности. Также выявлен статистически значимый регресс по F (достоверности), 7-ой (психастении), 8-ой (шизоидности) шкалам СМЛ, что свидетельствует о снижении уровней тревожности, нервозности, повышении самооценки, общей продуктивности и психологического комфорта больных. При оценке эффективности лечения определялся индекс клинической эффективности (в баллах) по динамике показателей психологического исследования и церебральных симптомов. Индекс эффективности в 1-й группе равнялся $4,25 \pm 0,10$; во 2-й — $3,01 \pm 0,16$ (рис.2).

Статистическая значимость различий этих показателей соответствовала $p < 0,05$. Наибольший эффект первого комплекса наблюдался в улучшении психологических показателей эмоционального ряда, памяти и внимания. Эмоциональный фон не изменялся при использовании традиционного лечения.

Таким образом, анализируя полученные данные можно сделать вывод, что наиболее эффективным являлся лечебный комплекс, в состав которого входил БОС-тренинг, менее эффективным — комплекс №2, включающий в себя общепринятую терапию. В процессе биоуправления по частоте сердечных сокращений, направленного на ее снижение, произошло восстановление симпатно-вагусного баланса, в результате его коррекции со сдвигом в сторону парасимпатической активности. В результате проведенных исследований, кроме позитивной коррекции аффективных нарушений, объективно подтверждено улучшение когнитивных функций, а также нейрофизиологического состояния неврологических больных после применения биоуправления в сочетании с минимальным числом лекарственных препаратов. В клинической практике БОС потенцирует эффект устоявшихся моделей лечения, использующих пассивные методы: лекарственную терапию, физиолечение, психотерапию, позволяет улучшить адаптационные возможности больных к сложившимся социально-экономическим условиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмеджанов Э.Р. Психологические тесты. — М.: Светотон, 1995. — 48 с.
2. Джафарова О.А., Донская О.Г., Штарк М.Б. Игровое биоуправление как технология профилактики стресс-зависимых состояний. // Биоуправление-4: Теория и практика. — Новосибирск: ЦЭРИС, 2002. — С.86-97.
3. Закс С. Статистическое оценивание. — М.: Статистика, 1976. — 598 с.
4. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. — М.: МЕД пресс-информ, 2002. — С. 24-36.
5. Колосова О.П. Головная боль напряжения. // Болевые синдромы в неврологической практике. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — С. 149-166.
6. Святогор И.А. Метод биоуправления потенциалами головного мозга и его клиническое применение. // Биологическая обратная связь. — 2000. — №1. — С. 5-7.
7. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: Методическое руководство. — М., 1990. — 74 с.
8. Спиридонов Е.В. От фантазии к реальности: развитие и современный статус биологической обратной связи в США. // Биологическая обратная связь. — 1999. — №1. — С. 36-42.
9. Суворов Н.Б., Фролова Н.Л. Биоуправление: ритмы кардиореспираторной системы и ритмы мозга. // Биоуправление-4: Теория и практика. — Новосибирск: ЦЭРИС, 2002. — С.35-44.
10. Шевченко О.И., Колесов В.Г., Катаманова Е.В. Биоуправление при лечении пожарных в отдаленном периоде профессиональной нейроинтоксикации. // Бюлл. СО РАМН. — Новосибирск, 2004. — №3(113). — С. 30-35.
11. Шевченко О.И., Катаманова Е.В., Колесов В.Г., Лахман О.Л. Применение технологии биологической обратной связи в неврологической и профпатологической практике. // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. — 2004. — № 4(36). — С. 98-105.

Информация об авторах: 665827, г. Ангарск-27, а/я 1154, клиника НИИ медицины труда и экологии человека, тел. (3955)55-75-46; 55-75-54, e-mail: imt@irmail.ru

Шевченко Оксана Ивановна — к.б.н., научный сотрудник,
Лахман Олег Леонидович — д.м.н., профессор, главный врач, заведующий кафедрой

© ТОЛСТИКОВА Т.В., БРЕГЕЛЬ Л.В., КИКЛЕВИЧ В.Т., СУББОТИН В.М. — 2011
УДК 616.98:578.825.12/.13-039-053.2

АТИПИЧНАЯ ФОРМА ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Татьяна Вячеславовна Толстикова¹, Людмила Владимировна Брегель¹,
Вадим Трофимович Киклевич², Владимир Михайлович Субботин¹

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В.Шпрах, кафедра неотложной педиатрии, зав. — д.м.н., проф. Г.В.Гвак; кафедра педиатрии, зав. — д.м.н., проф. Л.В. Брегель; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В.Малов, кафедра детских инфекций, зав. — д.м.н., проф. В.Т. Киклевич)

Резюме. Представлены результаты обследования 47 детей с инфекционным мононуклеозом. У 40 детей была подтверждена Эпштейн-Барр вирусная (ЭБВ) этиология инфекционного мононуклеоза. У 10% детей с ЭБВ-инфекционным мононуклеозом инфекция протекала в атипичной форме.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, Эпштейн-Барр вирус, дети.