

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА И АНГИНЫ У ДЕТЕЙ

Шайымбетов А.Т., Чечетова С.В., Кадырова Р.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе проведен сравнительный анализ 127 историй болезней детей, находившихся на стационарном лечении в РКИБ с диагнозами инфекционный мононуклеоз и ангина.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, ангина, клиника, диагностика.

БАЛДАРДА КЕЗДЕШКЕН МОНОНУКЛЕОЗ ЖАНА АНГИНА ООРУСУНУН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮН АНЫКТОО

Шайымбетов А.Т., Чечетова С.В., Кадырова Р.М.

И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында мононуклеоз жана ангина жугуштуу оорусу дарыланган, 127 баланын оору баяны изилденген.

Негизги сөздөр: мононуклеоз, ангина, клиника, аныктоо.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF FEATURES OF THE CURRENT INFECTIOUS MONONUCLEOSIS AND ANGINA IN CHILDREN

Shaiymbetov A.T., Chechetova S.V., Kadyrova R.M.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: In work the comparative analysis of 127 case histories of children who were on hospitalisation in Republic clinical infection hospital with diagnoses infectious mononucleosis and angina.

Key words: infectious mononucleosis, angina, clinical manifestation, diagnostics.

Введение

Ангина – широко распространенный синдром при острых инфекционных заболеваниях. Среди бактериальных инфекций наиболее часто синдром ангины (СА) встречается при таких заболеваниях, как стрептококковая ангина, скарлатина. Среди вирусных инфекций – при инфекционном мононуклеозе (ИМ) [1].

Существуют разные термины: стрептококковый фарингит, ангина, острый тонзиллит, где главным образом, поражаются небные миндалины. Ангиной можно заболеть в любом возрасте, однако наивысшая заболеваемость отмечается у детей 3–10 лет, а также у взрослых в возрасте 30–40 лет. Такая особенность заболеваемости острым тонзиллитом определяется возрастными особенностями миндалин (и других образований лимфоидной ткани глотки) у этих возрастных групп [2,5].

Одной из актуальных проблем современной медицины является также

высокая инфицированность населения вирусом Эпштейна — Барр (ВЭБ). Эпштейна — Барр вирусная инфекция (ЭБВИ) в настоящее время является серьезной проблемой, естественная восприимчивость к которой высокая (поражается 80–100 % населения земного шара), причем первичное инфицирование ВЭБ в 90–95 % происходит в раннем детском возрасте (до трех лет). Заболеваемость острой формой ЭБВИ в различных регионах мира колеблется от 40 до 80 случаев на 100 тыс. населения. Вирус Эпштейна — Барр, один из наиболее распространенных вирусов человека, относится к семейству герпес-вирусов, подсемейство гамма-герпес-вирусов (4-й тип), содержит ДНК, характеризуется выраженным тропизмом к В-лимфоцитам, в которых длительно персистирует [3]. Большинство людей инфицированы ЭБВ, но у них отсутствуют какие-либо симптомы (атипичная форма), однако во многих случаях может развиваться инфекционный мононуклеоз, где одним из основных клинических проявлений

является поражение носоглотки и ротоглотки, т.е. синдром ангины или острый тонзиллит.

Стрептококковые тонзиллиты обычно вызывают выраженные воспалительные изменения в общем анализе крови (ОАК) лейкоцитоз, нейтрофилез, выраженный сдвиг лейкоцитограммы влево, а при инфекционном мононуклеозе – кроме сдвига лейкоцитарной формулы влево, позже развивается анемия [4].

Как правило, отличить острый вирусный и острый стрептококковый тонзиллит по клиническим признакам бывает непросто, т.к. при вирусной инфекции (инфекционном мононуклеозе) развитие синдрома ангины обусловлено ассоциацией вирусной и бактериальной инфекций. По-прежнему сохраняются трудности лабораторной этиологической диагностики. Это приводит к тому, что из-за опасения развития тяжелых осложнений антибактериальные препараты назначают 95,0% пациентов.

Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительного анализа особенностей течения инфекционного мононуклеоза и ангины у детей.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ 127 истории болезни детей с клиническим диагнозом «инфекционный мононуклеоз» и «ангина», находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) в период с 2012 по 2013 год включительно. Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические методы исследования, а также статистическая обработка

полученных результатов.

Результаты и их обсуждение.

Под нашим наблюдением находилось 127 больных детей, из них 75 человек были с клиническим диагнозом «инфекционный мононуклеоз» и 52 человека – с клиническим диагнозом «ангина» (фолликулярная – 59,6% или лакунарная 40,4%).

Нами был проведен сравнительный анализ особенностей течения инфекционного мононуклеоза и гнойной ангины по основным клинико-эпидемиологическим и лабораторным показателям.

Среди детей, больных инфекционным мононуклеозом, преобладали (85,3%) дети от 1 года до 6 лет, в то время как дети до одного года составили 4,0%. Анализ возрастной структуры детей, с клиническим диагнозом «ангина» также выявил преобладание (75,0%) больных дошкольного возраста, в тоже время детей до года стало больше 17,3%.

Среди мальчиков, как инфекционный мононуклеоз (64,0%), так и гнойные ангины (59,6%) встречались чаще, чем среди девочек. В основном больные были представлены городскими жителями (74,7%; 82,7%). Подъем заболеваемости в группе больных с инфекционным мононуклеозом и с ангиной отмечался больше в холодное время года, зимне-весенний период (рис.1).

У детей с клиническим диагнозом бактериальная ангина достоверно чаще (рис.2, таб.1) встречались тяжелые формы заболевания (71,2%), чем среднетяжелые (28,8%), в то время как у больных с инфекционным мононуклеозом

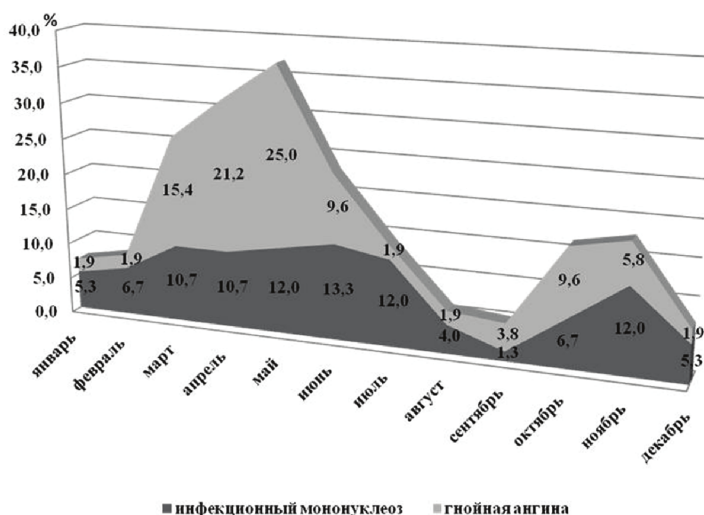


Рис.1. Сезонность при инфекционном мононуклеозе и гнойной ангине

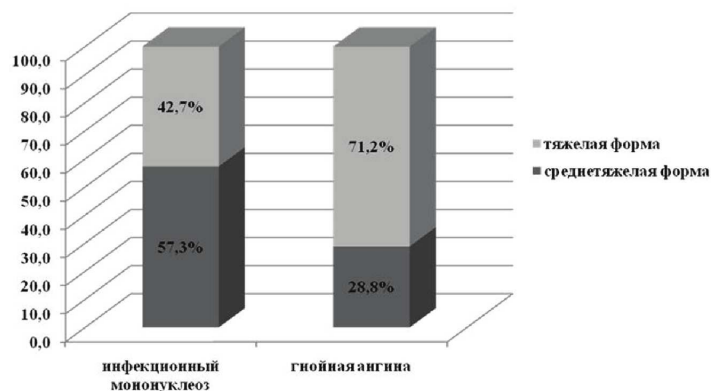


Рис.2. Тяжесть заболевания при инфекционном мононуклеозе и ангине

Таблица 1.
Сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей инфекционного мононуклеоза и ангины у детей

Показатели	инфекционный мононуклеоз M±m	ангины M±m	P	
Тяжесть (%): тяжелая форма	42,7±4,1	71,2±5,6	P<0,05	
	57,3±3,8	28,8±2,7	P<0,05	
тах температура тела (%) 37,0-38,0 °C	12,0±4,0	15,1±5,0	P>0,05	
тах температура тела (%) 38,0-39,0 °C	8,0±6,5	37,7±10,0	P<0,05	
Длительность лихорадки (дни)	4,8±2,1	3,1±1,2	P>0,05	
Гипертрофия небных миндалин I ст. (%)	33,3±9,4	49,1±9,8	P>0,05	
Гипертрофия небных миндалин II-III ст. (%)	9,3±3,0	1,9±0,6	P<0,05	
Выраженное увеличение размеров подчелюстных лимфоузлов (%)	64,0±3,9	52,8±3,4	P<0,05	
Общий анализ крови:	гемоглобин	123,0±10,0	P>0,05	
	эритроциты	3,2±1,0	P>0,05	
	лейкоциты	8,4±2,6	P>0,05	
	сегментоядерные	46,4±1,5	59,2±1,8	P<0,05
	лимфоциты	47,8±1,5	35,5±1,2	P<0,05
	СОЭ	10,0±2,1	16,5±2,0	P<0,05

частота тяжелых форм болезни (42,7%) не имела существенной разницы с частотой среднетяжелых форм болезни (57,3%). Более выраженная, фебрильная (до 39°C) лихорадка также достоверно чаще отмечалась на фоне течения гнойной ангины, при этом длительность лихорадочного периода не имела существенной разницы. Выраженная гипертрофия небных миндалин до II-III степени чаще наблюдалась у детей с инфекционным мононуклеозом (таб.1).

Поражение ретикулоэндотелиальной системы при инфекционном мононуклеозе было выявлено достоверно чаще, чем при гнойных ангинах. Так, увеличение периферических лимфатических узлов при инфекционном мононуклеозе отмечено в 96,0% случаев, особенно ($P<0,05$) подчелюстных и шейных лимфатических узлов (64,0%). Гепатоспленомегалия была определена у 18,7% больных ИМ детей, в тоже время увеличение размеров только печени выявлено в 37,3% случаев. Отличительным признаком инфекционного мононуклеоза от ангины было, также, храпящее дыхание (60,0%).

Сравнительный анализ результатов лабораторного исследования общего анализа крови больных детей выявил (таб.1), что при гнойных ангинах достоверно чаще отмечался нейтрофиллез и ускоренная СОЭ, в то время, как при инфекционном мононуклеозе более выраженным был лимфоцитоз ($P<0,05$).

Выводы:

1. У детей с клиническим диагнозом гнойная ангина достоверно чаще встречались тяжелые формы заболевания (71,2%), чем среднетяжелые (28,8%), в то время как у больных с инфекционным мононуклеозом частота встречаемости тяжелых форм болезни (42,7%) не имела существенной разницы с частотой среднетяжелых форм болезни (57,3%) из-за

позднего поступления.

2. На фоне течения инфекционного мононуклеоза у детей чаще встречается гипертрофия небных миндалин до II-III степени, а также значительное увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов, по сравнению с их размерами при ангинах.

3. Отличительным признаком инфекционного мононуклеоза от ангины было, также, храпящее дыхание (60,0%) и синдром гепатоспленомегалии (18,7%).

4. Сравнительный анализ результатов лабораторного исследования общего анализа крови больных детей выявил, что при гнойных ангинах достоверно чаще отмечался нейтрофиллез и ускоренная СОЭ, в то время, как при инфекционном мононуклеозе более выраженным был лимфоцитоз ($P<0,05$), в связи с тем, что имела место вирусно-бактериальная ассоциация.

Литература:

1. Борисова О.В., Гасилин Е.С., Санталова О.В. и др. Особенности течения инфекций, сопровождающихся синдромом ангины, у детей (по данным детского инфекционного стационара) // Саратовский научно-медицинский журнал, 2011. - Том 7.-№1. – С.103-106.
2. Таточенко М.Д., Бахрадзе А.С., Дарманян В.К. Острые тонзиллиты в детском возрасте :диагностика и лечение // Современная педиатрия,-2009.-№5. -С. 63-66.
3. Адеишвили П.С., Шамиева О.В., Гусева Н.А. Современные представления о поражении ротоглотки при инфекционном мононуклеозе // Детские инфекции, 2012. - №3. – С.3.
4. Белан Ю.Б., Михайлова Т.А. Значение клинических и лабораторных данных в дифференциальной диагностике инфекционного мононуклеоза // Детские инфекции, 2008. - №1. – С.32-35.
5. Финогеев Ю.П., Павлович Д.А., Захаренко С.М. и др. Острые тонзиллиты у инфекционных больных // Журнал инфектологии. Питербург, 2011. – Том 3. - №4. – С. 84-91.