



ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

Шаимбетов А.Т., Мамбетова М.К., Кадырова Р.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра детских инфекционных болезней,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 41 детей, больных инфекционным мононуклеозом. Выявлены особенности клинического течения инфекционного мононуклеоза.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, атипичные мононуклеары, диагностика, лечение.

БАЛДАРДЫН ИНФЕКЦИЯЛЫК МОНОНУКЛЕОЗ ДАРТЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Шаимбетов А.Т., Мамбетова М.К., Кадырова Р.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кортундуу: Бул илимий жумушта инфекциялык мононуклеоз оорту менен ооруган 41 баланын ооругуунун баракчасы изилденген. Инфекциялык мононуклеоз оортунын клиникалык өзгөчөлүктөрү такталды.

Ачкыч сөздөрү: инфекциялык мононуклеоз, атипикалык мононуклеарлар, ооруту аныктоо, дарылоо.

CHILDREN INFECTIOUS MONONUCLEOSIS PECULIARITY

Shaimbetov A.T., Mambetova M.K., Kadyrova R.M.

Kyrgyz State Medical Academy n a I.K. Ahunbaev,
Department of Children's Infectious Diseases,
Bishkek Kyrgyz Republic

Abstract: 41 history cases analyses of children have been conducted who were ill by infectious mononucleosis.

Key words: infectious mononucleosis, atypical mononuclears, diagnosis, treatment.

Актуальность проблемы инфекционного мононуклеоза обусловлена высокой распространенностью герпесвирусных инфекций. По мнению ВОЗ, в настоящее время речь идет о пандемии герпесвирусных инфекций: до 90% взрослого и детского населения планеты инфицировано герпес-вирусами. Инфекционным мононуклеозом преимущественно болеют дети (65-80%), исключение составляют дети первых 6-7 месяцев жизни, защищенные материнскими антителами [1].

По данным исследователей, вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) признан наиболее частым этиологическим агентом инфекционного мононуклеоза, который относится к семейству Herpesviridae, антитела к нему обнаруживаются у 50% детского населения. В 60-80% случаев, особенно у детей раннего возраста, первичная

ВЭБ-инфекция характеризуется бессимптомной атипичной формой (сероковерсия). У остальных 20-40% инфицированных развивается клинически манифестный острый мононуклеоз [3].

Частота выявления моно-герпесвирусного инфекционного мононуклеоза колеблется от 27, 5 до 39, 5%, в остальных случаях выявляют ассоциации герпес-вирусов (ЦМВИ, вируса герпеса человека V типа, вируса простого герпеса I-II типов) [4].

Проводимые в последнее десятилетие исследования иммунопатогенеза инфекционного мононуклеоза герпесвирусной этиологии изменили устоявшееся мнение о том, что инфекционный мононуклеоз - доброкачественное, самокупирующееся заболевание с благоприятным прогнозом.



Возбудитель инфекционного мононуклеоза избирательно поражает В-лимфоциты, что проявляется трансформацией и неконтролируемой пролиферацией инфицированных клеток за счет нарушения их апоптоза. Апоптоз инфицированных Т-лимфоцитов создает предпосылки для длительной персистенции вируса Эпштейна-Барр в В-клетках, лимфопролиферации, а в ряде случаев - малигнизации лимфоидной ткани из-за нарушения механизмов Т-клеточного иммунологического контроля. Что обеспечивает длительную персистенцию вируса в организме, способствуя развитию вторичного иммунодефицитного состояния. Поэтому, инфекционный мононуклеоз входит в группу инфекций, ассоциированных с вирусом СПИДа.

опухолей, аутоиммунных заболеваний [1,3,4].
 Мононуклеозоподобный синдром встречается также при целом ряде инфекционных заболеваний: аденовирусной инфекции, ЦМВИ, листериозе, токсоплазмозе, иерсиниозе, ВИЧ-инфекции, что заставляет особенно внимательно относиться к каждому случаю этой инфекции. Симптоматика инфекционного мононуклеоза полиморфна и часто протекает под маской других инфекционных заболеваний (ОРЗ и др.). Поэтому уровень официально регистрируемой заболеваемости в странах СНГ (7-8 на 100 тыс населения, среди детского населения 37,4 на 100 тыс.) не отражает истинной частоты распространения инфекции [2,3].
 Актуальность проблемы определяется особенностями течения данной инфекции у

Рис. 1. Заболеваемость инфекционным мононуклеозом детей, по данным РКНБ

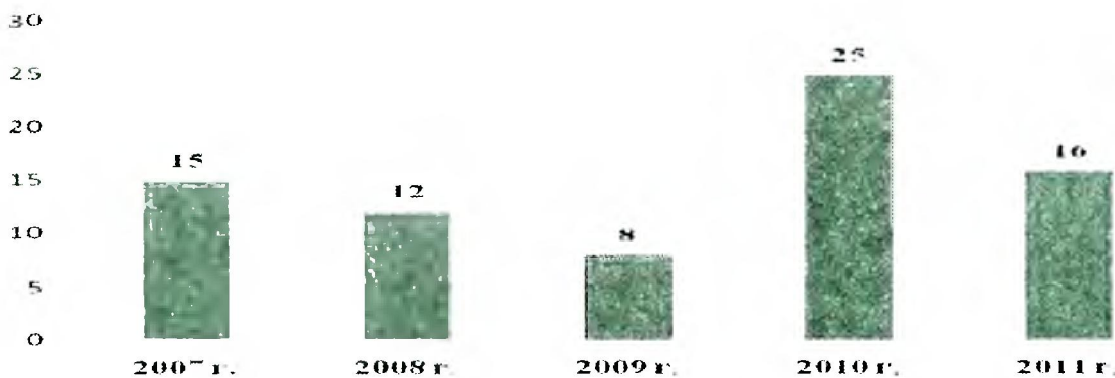
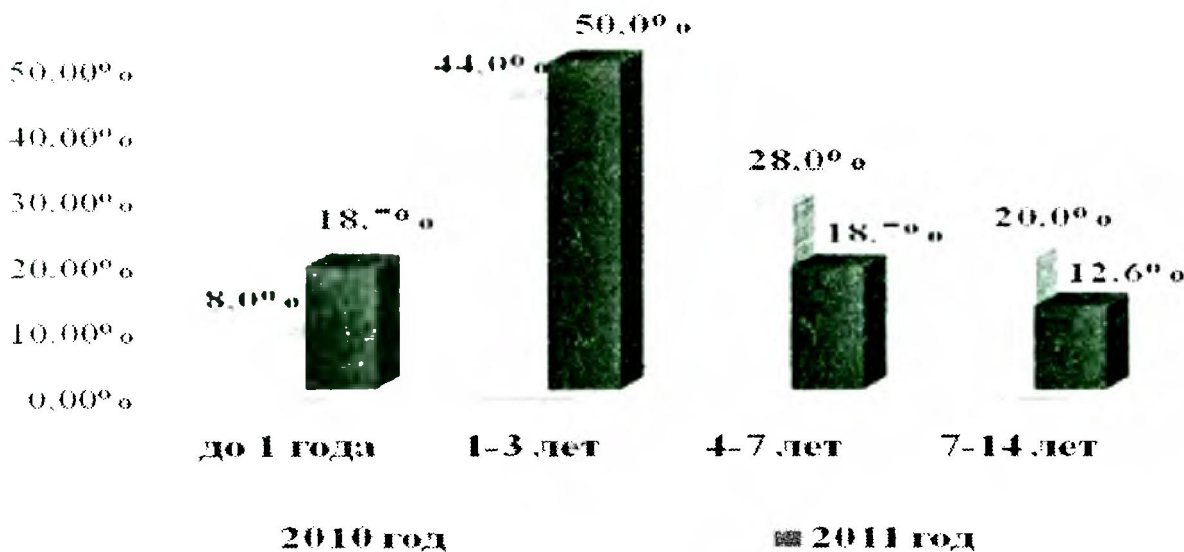


Рис. 2. Возрастная структура детей, больных инфекционным мононуклеозом (данные РКНБ)



Доказана роль вируса Эпштейна-Барр в развитии детей, поиском диагностических критериев лейкоидных реакций, злокачественных диагностики, специфической профилактики и



тиотропной терапии.

Цель работы. Изучить особенности клинического течения инфекционного мононуклеоза у детей для определения критериев диагностики.

Материал и методы Применялись общеклинические, бактериологические и дополнительные методы исследования. Проведен анализ 41 истории болезни детей, от 10 мес. до 13 лет, поступивших в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) за период 20010-2011 гг с диагнозом инфекционный мононуклеоз.

Результаты и обсуждение.

По данным РКИБ г Бишкек, заболеваемость инфекционным мононуклеозом среди госпитализированных детей в последние годы имеет неуклонный рост (Рис 1).

Возрастная структура детей, больных инфекционным мононуклеозом свидетельствует о преобладании детей раннего возраста (Рис. 2)

Городские дети преобладали (в 2010г. - 80,0%, 2011г. - 75,5%), чем иногородние, что обусловлено с возможностью обращения к врачу и обследования. Надо отметить, мальчики болели в два раза чаще (65,8%), чем девочки (34,2%), что свидетельствует о возможности последующей неадекватной реакции иммунной системы у лиц мужского пола при встрече с различными инфекционными агентами

При изучении историй болезни выявлено, что каждый второй ребенок с инфекционным мононуклеозом поступал в стационар в поздние сроки болезни на 4-9 день – 23 (56,1%), остальные 18 (43,9%) на 2-3 день болезни из-за трудности диагностики и отсутствия доступных специфических лабораторных методов исследований.

На догоспитальном этапе инфекционный мононуклеоз своевременно не был диагностирован у 36,6% больных детей, поэтому их лечили как ОРЗ, ангину, лимфаденит, краснуху. Они получали антибактериальную терапию, пенициллин (13 больных), цефалоспорины II-III поколения (2 больных) в течении 2-4 дней. Диагностика инфекционного мононуклеоза на участке свидетельствует о низкой расшифровке и не настроенностью участковых врачей

к данной инфекции. В дальнейшем в связи с отсутствием положительного эффекта проводимого лечения, эти дети были направлены на госпитализацию в РКИБ

В эпиданамнезе не удалось выяснить контакт с подобными больными, что свидетельствует о частоте стертых или не диагностированных форм.

Пик заболеваемости приходился на весенне-летний период (58,5%), хотя по данным других исследователей пик заболеваемости инфекционным мононуклеозом может наблюдаться в осенне-зимний период.

В основном заболевание начиналось остро с повышения температуры 37,5-38,5°С, основными жалобами при поступлении в стационар были: увеличение регионарных лимфатических узлов, затрудненное или «храпящее» носовое дыхание, заложенность носа, пастозность или одутловатость лица, старшие дети отмечали боль в горле (70,7%), снижение аппетита.

Заболевание протекало в тяжелой форме с выраженными симптомами интоксикации в 14,6%, среднетяжелой – в 85,4% случаях. У всех больных инфекционный мононуклеоз протекал в типичной форме. Интоксикация была обусловлена синдромом ангины в 90,2% из-за присоединения вторичной микробной флоры. Фолликулярная ангина была диагностирована у 24 (58,5%) детей, лакунарная у - 13 (31,7%), катаральная у - 4 (9,8%)

Для мононуклеоза была характерна полиадения (95,1%), преимущественно вовлекались в процесс лимфатические узлы передне- и заднешейной группы и подчелюстные лимфатические узлы, размеры которых колебались от мелкой горошины до размера грецкого ореха.

Были отмечены изменения со стороны других органов и систем: одутловатость лица, «храпящее дыхание» во сне (78,0%), что обусловлено лимфостазом, возникающим из-за гиперплазии лимфатического кольца Пирогова, а также тонзиллярных миндалин, которые почти смыкались.

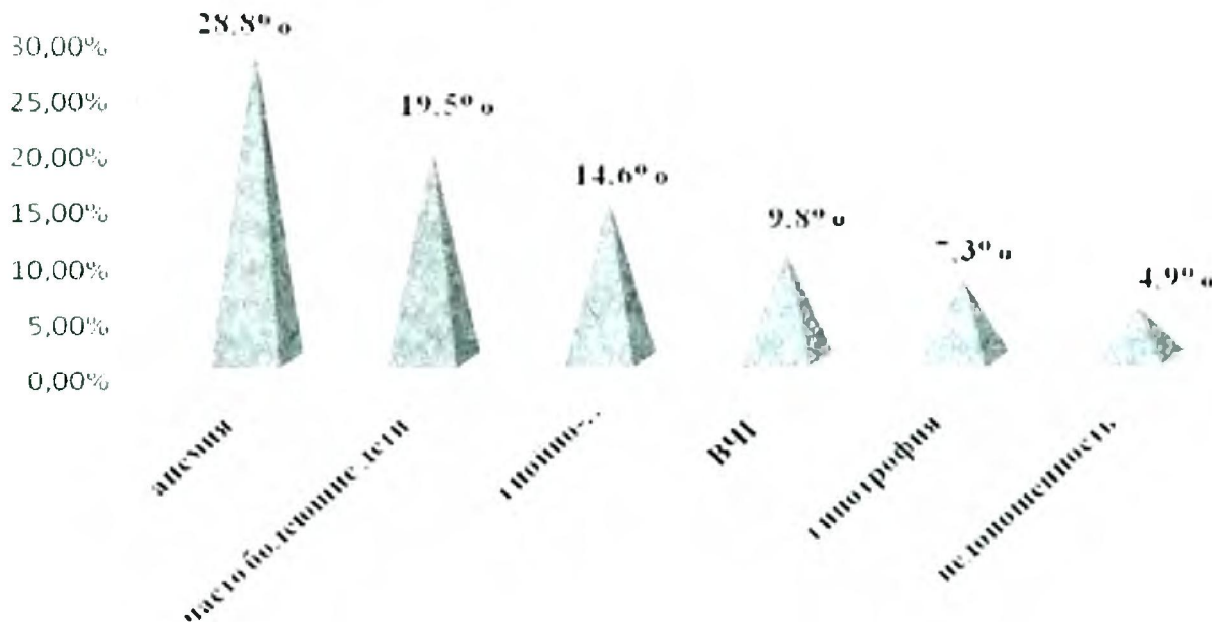
Гепатомегалия (70,7%) и спленомегалия (40,7%) были обусловлены увеличением

количества цитотоксических Т-лимфоцитов «атипичные мононуклеары», которые лизируют инфицированные вирусом В-лимфоциты. Следует отметить, что синдром гепатита был выявлен у 2-х больных детей раннего возраста,

атипичные мононуклеары в 87,8%. Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы отмечен в 70,7%, что было связано в основном наслоением бактериальной флоры (ангина).

Бактериологический анализ слизи из

Рис. 3. Преморбидный фон детей, больных инфекционным мононуклеозом



который подтвердился клинико-лабораторными исследованиями.

Негативное влияние на течение болезни (Рис 3.) оказывал отягощенный преморбидный фон детей: анемия 11 (28,8%), ВЧГ 4 (9,8%), хроническое расстройство питания 3 (4,8%), гнойно-септический анамнез 6 (14,6%), недоношенность 2 (4,8%), иммунодефицитные состояния (ИДС), из-за которых дети часто болели 8 (19,5%).

Анамнез детей позволил установить, что они особо не отличались от других детей. Большинство больных (95,1%) были доношенными, неблагоприятное течение беременности наблюдалось у 19,5% матерей (гестоз беременности, многоводие, анемия, нефропатия), осложнения (9,7%) у матерей во время родов (преждевременные роды, по экстренным показаниям кесарево сечение).

Во всех случаях диагноз инфекционный мононуклеоз был установлен по наличию типичных клинических симптомов, лабораторных данных. Так в периферическом анализе крови лимфоцитоз был выявлен в 82,9%,

ротоглотки выявил наличие бактериальной флоры в 17,1% случаях (*St. aureus*, *Str. pneumoniae*), в остальных случаях получены отрицательные анализы из-за низких возможностей лаборатории.

Все дети, больные инфекционным мононуклеозом получали симптоматическое лечение, инфузионную терапию с целью дезинтоксикации (при тяжелой форме). Получали антибактериальную терапию, так как эта инфекция протекала в ассоциации с бактериальной флорой: пенициллины 34,1%, цефалоспорины 65,9%, в течение 5-8 дней. Уже на 4-5 день антибактериальной терапии у больных отмечено уменьшение болей в горле, симптомов интоксикации, исчезновение гнойных налетов на миндалинах.

Пребывание больных на койке составило 9-12 дней. Исход болезни у всех больных был благоприятным, выписаны с улучшением.

Выводы:

1. Течение и исход болезни зависят от многих факторов: типа иммунного реагирования, сопутствующих заболеваний, возраста, и других факторов, влияющих на



стояние и адаптационные возможности иммунной системы

2. Диагностика инфекционного мононуклеоза низкая, из-за полиморфна клинической симптоматики. Часто протекает под маской других заболеваний.

3. Отсутствие четких критериев диагностики, лечения и специфической профилактики инфекционного мононуклеоза у детей диктует продолжение научного поиска по этой проблеме.

Литература.

1. Харламова Ф С и др. //Вирусы

семейства герпеса и иммунитет.// Детские инфекции. – 2006. – №3. –С.3-10.

2. Краснов В.В. и др.// Этиопатогенетические особенности инфекционного мононуклеоза у детей //Детские инфекции. – 2007. –№2. –С.36-38

3 Боковой А Г и др. // Определение атипичных мононуклеаров в крови как диагностический тест на герпесвирусные инфекции у детей// Детские инфекции. –2006. –№2. –С.70-72.

4 Уразова О И и др.//Мононуклеары в крови при инфекционном мононуклеозе у детей: Научное издание// Томск. –2003. –166 с.