

2015
№ 11

ISSN 1027-7218

Научно-
практический
ежемесячный
журнал

11 - 2015

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

QUANTIUM
PROFECTO
ARTIUM
MEDICINA
NOBILISSIMA

Из всех наук
(искусств)
безусловно
медицина-
самая
благородная

Р. Н. МАНКЕВИЧ, М. А. СВИСТУНОВА

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

Белорусский государственный медицинский университет

Цель исследования. Оценить клинико-лабораторные показатели у детей разного возраста с инфекционным мононуклеозом и эффективность использования в лечении антибактериальных и глюкокортикостероидных средств.

Материал и методы. Обследованы 90 детей, находившихся на лечении в Городской детской инфекционной клинической больнице Минска с диагнозом «инфекционный мононуклеоз». Все пациенты разделены на 2 клинические группы: в возрасте до 6 лет включительно, 7 лет и более. Обработку полученных данных проводили традиционными методами математической статистики.

Результаты. Инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейна—Барр, у детей разного возраста протекает в типичной форме, характеризуется лихорадкой, острым тонзиллитом с налетами, лимфаденопатией, гепатоспленомегалией. Использование в лечении инфекционного мононуклеоза у детей глюкокортикостероидов сокращает длительность сохранения налетов на миндалинах и температурной реакции.

Заключение. Выявлены особенности клинической симптоматики инфекционного мононуклеоза и лабораторных показателей при данном заболевании у детей разного возраста. Доказана эффективность использования глюкокортикостероидных средств в лечении инфекционного мононуклеоза.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, дети разного возраста, клинико-лабораторные особенности, лечение.

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) — полиэтиологическое заболевание, протекающее с лихорадкой, ангиной, полиаденитом, увеличением печени и селезенки, появлением атипичных мононуклеаров в периферической крови [1—3, 5]. По Международной классификации болезней 10-го пересмотра различают: B27.0 — мононуклеоз, вызванный гамма-герпетическим вирусом Эпштейна—Барр (EBV, ВЭБ); B27.1 — цитомегаловирусный мононуклеоз; B27.8 — ИМ другой этиологии (на фоне аденовирусной инфекции, токсоплазмоза, инфекции, вызванной герпесвирусом 6-го или 7-го типа и т. д.); B27.9 — ИМ неуточненный (в тех случаях, когда у пациентов с клиническими признаками ИМ

не удается обнаружить ни один из известных возбудителей данного заболевания) [4]. Считается, что более 80—95% от всех случаев типичного ИМ ассоциированы с ВЭБ-инфекцией [5, 6]. В последние годы в мире отмечается неуклонный рост заболеваемости ИМ детского населения, в том числе и в Республике Беларусь. Так, заболеваемость данной нозологией в стране в 2011 г. составила 74,4 на 100 000 детского населения, в 2013 г. — 90,2, в 2014 г. — 93,9 на 100 000 детского населения.

В основе патогенеза ИМ лежит индуцированное вирусом иммунное воспаление, протекающее с поражением ВЭБ-инфицированных клеток, прежде всего В-лимфоцитов и эпителиоцитов слизистой оболочки небных миндалин [7, 8].

ИМ характеризуется большим многообразием и вариабельностью клинической картины, которая складывается из признаков синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), поражений лимфоидных органов и ангины, а при использовании антибактериальных средств (АБС) — и экзантемы. Наиболее частыми жалобами являются повышение температуры преимущественно до фебрильного уровня и затруднение носового дыхания [1, 2, 5, 7, 9]. В абсолютном большинстве случаев заболевание проявляется тонзиллитом с налетами на миндалинах различного характера, лимфаденопатией, гепатоспленомегалией, реже — экзантемой [2, 5, 10, 11]. Важнейшими проявлениями ИМ служат изменения в гемограмме, которые возникают в первые дни болезни и достигают максимума в ее разгар [1, 2, 8]. К ним относятся умеренный лейкоцитоз, увеличение количества одноядерных элементов крови (лимфоцитоз), умеренное повышение СОЭ [12]. Наиболее характерным лабораторным признаком ИМ является наличие атипичных мононуклеаров (АМ) свыше 10% [2, 3]. Многие авторы косвенным признаком данного заболевания считают увеличение содержания в крови билирубина, аминотрансфераз, показателей тимоловой пробы [2, 6, 10, 13].

В настоящее время не существует однозначного мнения по поводу терапии ИМ. Большинство авторов считают, что должна использоваться симптоматическая терапия. АБС, назальные сосудосуживающие средства, H₁-гистаминоблокаторы, гепатопротекторы, а также иммуномодуляторы в остром периоде болезни

не показаны [2, 14]. Назначение противовирусных средств также признают не все исследователи в связи с тем, что клинические проявления ИМ в первую очередь связаны с иммуноопосредованным воспалением, а не с прямым цитолитическим действием самого вируса [11, 14—16]. Также нет и единого мнения в отношении использования глюкокортикостероидных средств (ГКСС) в лечении ИМ, вызванного ВЭБ. Существуют работы, в которых показана как эффективность этих препаратов, так и отсутствие влияния глюкокортикоидов на степень выраженности и сохранение симптоматики [5, 17, 18].

Таким образом, актуальность изучения ИМ, вызванного ВЭБ, у детей обусловлена повсеместным его распространением, ростом заболеваемости, разнообразием симптоматики, трудностями клинической диагностики из-за сходства проявлений с другими инфекционными заболеваниями и неоднозначностью проводимой терапии.

Целью исследования явилась оценка клинико-лабораторных показателей у детей разного возраста с ИМ и эффективности использования в лечении АБС и ГКСС.

Материал и методы

Обследованы 90 пациентов (50 (56%) мальчиков и 40 (44%) девочек), находившихся на стационарном лечении в Городской детской инфекционной клинической больнице Минска (гл. врач М. В. Соколова) с диагнозом ИМ. Возраст пациентов варьировал от 9 мес до 17 лет. Все пациенты разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 62 (69%) ребенка в возрасте 9 мес — 6 лет (средний возраст — $2,9 \pm 0,2$ года), во 2-ю — 28 (31%) детей в возрасте 7—17 лет (средний возраст — $12,3 \pm 0,6$ года).

Верификацию диагноза осуществляли на основании типичной клинической картины заболевания, обнаружения в периферической крови АМ более 10%, иммуноглобулинов М к вирусному капсидному антигену методом иммуноферментного анализа. ДНК-EBV определяли методом полимеразной цепной реакции.

Обработку полученных данных проводили традиционными методами математической статистики с использованием прикладных программ «Биостатистика 6» и «Excel 2010» (Microsoft, США). Рассчитывали средние величины (M , P) и их ошибки (m , m_p). Для проверки гипотезы различий в независимых группах применяли методы непараметрической статистики с использованием критерия Манна—Уитни при сравнении двух независимых групп между собой и H -критерия Краскела—Уоллиса для множественных сравнений. Достоверность различий между группами оценивали с помощью t -критерия Стьюдента (сведения считали достоверными при $P < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Все пациенты поступили в стационар в состоянии средней степени тяжести. В большинстве случаев (86,5%) заболевание начиналось остро с повышения температуры тела, что было характерно для пациентов обеих групп (87% и 86% соответственно, $P > 0,05$). Температурная реакция у обследованных детей наблюдалась в течение $6,2 \pm 0,5$ сут. Среднее значение температуры тела составило $38,6 \pm 0,1^\circ\text{C}$ и было характерно для пациентов обеих групп (табл. 1).

По данным литературы, пациенты чаще предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, боль в горле, недомогание, головную боль, боль в животе, кашель [1]. Одним из характерных признаков ВЭБ-ассоциированного ИМ является заложенность носа и храп во сне. Это связано с иммунным («асептическим») воспалением глоточной миндалины [7, 8]. Достоверно чаще у детей 1-й группы встречались жалобы на затруднение носового дыхания (55%), кашель (29%), боли в животе (6%), в то время как дети 2-й группы чаще ($P < 0,05$) предъявляли жалобы на головную боль (61%), боль в горле (50%). При этом жалоба на храп во сне встречалась достаточно редко у детей обеих групп (19% и 11% соответственно, $P > 0,05$). На наличие сыпи указывало небольшое ($P > 0,05$) количество пациентов как 1-й (13%), так и 2-й группы (11%).

Таблица 1

Изменение температурной реакции у детей с ИМ

Температура	1-я группа	2-я группа	Всего...	P
Длительность, сут	$6,0 \pm 0,4$	$6,3 \pm 0,6$	$6,2 \pm 0,5$	$> 0,05$
Среднее значение, $^\circ\text{C}$	$38,7 \pm 0,1$	$38,5 \pm 0,1$	$38,6 \pm 0,1$	$> 0,05$