

УДК: 616.523-022.3

## АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДОРОСЛИХ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Литвиненко Ю.В.

Вищий навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проведений аналіз клінічного перебігу ІМ у 70 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні в Полтавській обласній клінічній інфекційній лікарні в період з 2001 по 2005 рік. Отримані дані вказують на збереження типової клінічної картини захворювання. Особливостями є: гострий початок, переважання субфебрильної та помірної температурної реакції, збільшення випадків мононуклеозної екзантеми, чистим виділенням різноманітних мікробних культур з носоглотки, відсутністю гепатоспленомегалії у частини хворих, збільшення кількості хворих з лабораторними ознаками дифузного ураження печінки.

Ключові слова: інфекційний мононуклеоз, вірус Епштейна-Барр, клінічні прояви, перебіг, особливості, дорослі

Результати сероепідеміологічних досліджень свідчать, що Епштейна-Барр вірусна інфекція (ЕБВ-інфекція) є найбільш поширеною герпес-вірусною інфекцією в Україні. Інфікованість дорослого населення коливається від 90% до 100% [2,5]. Найбільш вивченим проявом первинної ЕБВ-інфекції є інфекційний мононуклеоз (ІМ) [11,15]. Захворюваність на ІМ складає до 50 на 100 тис. населення, що в порівнянні з 70-ми роками більше в 6,5 разів [9,12].

Відомо, що інфікування вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ) частіше відбувається безсимптомно, при цьому рееструються лише гематологічні та серологічні зміни, рідше діагностуються типові маніфестні форми ІМ, стерті та атипові форми часто призводять до діагностичних помилок. Захворювання може перебігати під маскою ангіни, гострої респіраторної вірусної інфекції, великої кількості інших інфекційних, онкологічних та гематологічних захворювань [2,9].

В літературі існує думка про переважно сприятливий перебіг ІМ [12,15], але дослідження останніх років показали, що рецидивуючий перебіг ІМ має місце в 20% випадків, а випадки хронічного перебігу з наступною довичною персистенцією вірусу не є винятком [3,13].

Здатність ВЕБ уражати різні клітини, органи та системи (дихальні шляхи, травну та нервову системи, статеві органи), обумовлює поліморфізм клінічних проявів ІМ. Клінічна картина ІМ неодноразово описувалась в літературі, однак детальний опис симптомів припадає на 70-і роки [9]. В той же час інфекційні хвороби в останні роки зазнали ряд змін. Зміни клінічної картини ІМ відмічені в ряді робіт [6,7]. На сьогодні детально охарактеризовані особливості сучасного перебігу ІМ у дітей [1], з'явилися поодинокі роботи про клінічний перебіг інфекції у дорослих, але це питання потребує подальшого вивчення [6,7].

Мета дослідження - вивчити клінічний перебіг ІМ у дорослих на сучасному етапі.

Матеріали і методи дослідження

Під спостереженням знаходились 70 хворих на ІМ, віком від 15 до 65 років, різної статі (чоло-

віків - 39, жінок - 31), які протягом 2001-2005 років лікувалися в Полтавській обласній клінічній інфекційній лікарні.

Діагноз ІМ встановлювали на основі типових клінічних проявів (лихоманка, тонзиліт, лімфаденопатія, гепатолієнальний синдром) та змін гемограми (лейкоцитозу, лімфоцитозу, моноцитозу, збільшення поліморфно-ядерних нейтрофілів, визначенні атипових мононуклеарів), та підтверджували виявленням ДНК ВЕБ у крові методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Атипові форми ІМ характеризувалися відсутністю будь-якого основного симптому або незвичайною їхньою вираженістю (різке збільшення лімфовузлів, виражена жовтяниця та ін.). Перебіг ІМ оцінювали за тяжкістю, тривалістю, наявністю та характером ускладнень [2,4].

Результати дослідження та їх обговорення

Проведені дослідження показують, що за віком хворі на ІМ розподілилися таким чином: від 15 до 19 років - 54 (77,1%), від 20 до 24 років - 6 (8,6%), від 25 до 29 років - 4 (5,7%), від 30 до 34 років - 3 (4,2%), від 35 до 39 років - 1 (1,42%), понад 40 років - 2(2,85%);

У 58 (82,8%) хворих ІМ мав типовий перебіг і характеризувався гарячкою, тонзилітом, лімфаденопатією, гепатолієнальним синдромом, характерними змінами в гемограмі. Атипову форму ІМ діагностували у 12 (17,2%) пацієнтів: респіраторну - у 2 (2,8%), гепатит - у 3 (4,2%), стерту - у 7 (10%). Легкий перебіг мав місце у 7 (10%), середньої тяжкості - у 54 (77,1%), тяжкий - у 9 (12,85%), хвилеподібний - у 1 (1,42%) з обстежених. При госпіталізації діагноз ІМ був виставлений 39 (61%) хворим, ангіна - 16 (25%), вірусний гепатит - 4 (6%), гостра респіраторна вірусна інфекція - 4 (6%), краснуха - 1 (1,5%) хворому. Хвороба починалася гостро у 54 (77%), підгостро у 16 (23%) з обстежених. У 66 (94,3%) хворих ІМ перебігав без ускладнень. У 2 (2,85%) - спостерігався міокардит, у 2 (2,85%) - гнійно-запальні захворювання (гнійний лімфаденіт, отит).

Загальна тривалість захворювання склала при легкому перебігу - 17-20 днів, при середньо-тяжкому - 25-27, при тяжкому - 31-34 дні. Ліжкодень при легкому перебігу склав 7-9 днів, при середньотяжкому - 16-19 днів, при тяжкому - 24-26 днів. При гострому початку ІМ хворі госпіталізувалися в середньому на 8 добу, при підгострому - на 12 добу від появи перших клінічних симптомів.

Найбільш постійними ознаками ІМ в обстежених нами хворих були лімфаденопатія (98,6%), лихоманка (97,1%), прояви інтоксикаційного синдрому (97,1%). Тривалість інтоксикаційного синдрому при легкому перебігу ІМ склала 10-12 днів, середньо-тяжкому - 15-17 днів, тяжкому - 19-22 дні.

Субфебрильна температура спостерігалась у 30 (43%), помірною - у 24 (35%), високою - у 14 (20%) хворих, тривалість її склала від 1 до 47 діб, в середньому 13-14 діб. Нормальна температура визначалась у 2 (2,85%) хворих. При цьому, в одного з них при відсутності лихоманки визначались всі інші типові клінічні прояви (інтоксикаційний синдром, ангіна, лімфаденопатія, спленомегалія); у другого, віком 55 років, діагностована атипова форма хвороби (переважно ураження печінки на тлі невираженого інтоксикаційного синдрому, незначного збільшення шийних лімфовузлів).

У 15 (21,4%) пацієнтів на першому-другому тижні хвороби виявлялася екзантема у вигляді плямисто-папульозних або розеолезних висипів, що утримувались протягом 3-6 діб.

Лімфаденопатія у всіх обстежених хворих мала генералізований характер. Збільшувались переважно підщелепні (82,8%) та задньошийні (81,4%) лімфовузли, рідше - пахові (70%), пахвинні (68,6%) та потиличні (44,3%), були ранньою ознакою ІМ, виявлялися протягом 2,5-3 тижнів та зникали пізніше за інші клінічні прояви. Лімфатичні вузли утворювали конгломерати у 5,7%, у 7,1% - лімфаденопатія супроводжувалась набряком шиї.

На біль у горлі скаржились 84,3% обстежених. Зміни в ротоглотці мали місце у 90% хворих: катаральна ангіна - у 40,8%, лакунарна - у 53%, фолікулярна - у 4,7%, виразково-некротична - у 1,5% хворих. Налюти в лакунах утримувались в середньому протягом 10,5 днів. При наявності симптомів гнійного тонзиліту, всім хворим проводилося обов'язкове бактеріологічне дослідження виділень з носоглотки на патогенну та умовно-патогенну мікрофлору, дифтерію та ангіну Симоновського-Венсана. У 76% виділені різноманітні мікробні культури.

Порівнюючи динаміку ангінозних проявів та лихоманки, ми відмітили, що у більшості пацієнтів (44%) температура тіла нормалізувалася скоріше, ніж зникли гнійні нашарування на миг-

даликах. У 31% хворих відмічалась одночасна нормалізація температури та зникнення гнійних нашарувань. У 25% хворих лихоманка зберігалася довше, що може свідчити про відсутність прямого зв'язку між гарячкою та гнійно-запальними змінами мигдаликів.

Респіраторний синдром реєструвався у 35 (50%) пацієнтів, з них 11 (15,7%) скаржились на кашель, 23 (32,85%) мали закладеність носу, риніт, фізикальні зміни в легенях відмічалися у 21 (30%) з обстежених.

У більшості хворих (81,4%) з перших днів перебування в стаціонарі визначалися збільшення печінки та селезінки. Гепатоспленомегалія зберігалася при легкому перебігу ІМ - 5-7 днів, середньо-тяжкому - 11-13 днів, тяжкому - 18-20 днів. У 28% хворих із збільшенням печінки відмічалася помірна жовтяниця, короткочасне потемніння сечі.

При біохімічному дослідженні крові у 20% реєструвалася гіпербілірубінемія, у 44,2% - підвищення активності амінотрансфераз, у 48,6% - підвищення показників тимолової проби.

Характерні зміни в гемограмі відмічалися у переважної більшості хворих: лейкоцитоз (58,8%), лімфоцитоз (91,4%), моноцитоз (50%), збільшення поліморфно-ядерних нейтрофілів (85,7%), підвищення ШОЕ (75,7%), атипові мононуклеари (97,1%). Вміст атипових мононуклеарів у периферичній крові коливався від 3% до 70%. Захворювання супроводжувалось лейкопенією у 15,7%, тромбоцитопенією - у 15% хворих.

#### Висновки

Таким чином, проведені дослідження показали, що ІМ у дорослих зберігає типову клінічну картину, але має особливості: хвороба починається, як правило, гостро, перебігає із субфебрильною і помірною температурною реакцією супроводжується частим алергічним висипом, частим виділенням різноманітних мікробних культур з носоглотки, у частини хворих не відмічається збільшення печінки і селезінки. Збільшилась кількість хворих з лабораторними ознаками дифузного ураження печінки. Врахування клінічних особливостей ІМ, що характеризують перебіг захворювання на сучасному етапі, дозволяють зменшити відсоток діагностичних помилок та прогнозувати перебіг хвороби.

Перспективами нашого дослідження є з'ясування наслідків ІМ у дорослих, стану імунітету в гострому періоді та у віддалені терміни захворювання.

#### Література

1. Ачкасова Т.А. Стан імунітету та особливості клініки фекаційного мононуклеозу у дітей: Автореф. дис... канд. мед. Наук. - Сімферополь, 2003. -21с.

2. Возианова Ж.И. Инфекционный мононуклеоз //Инфекционные и паразитарные болезни. - К.: Здоров'я, 2000. - Т.1. - С.180-198.
3. Иванова В.И., Родионова О.В., Железникова Г.Ф. и др. Пролонгированная иммуносупрессия и возможная хронизация инфекции у детей с инфекционным мононуклеозом //Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2003. - №4. - С.50-54.
4. Класифікація інфекційних та паразитарних хвороб / Андрейчин М.А., Руденко А.О., Івахів О.Л., та ін. - Тернопіль. Укрмедкнига. 2002.
5. Марков І.С. Клініка і лікування хронічної Епштейн-Барр вірусної (EBV) інфекції //Діагностика і лікування герпетичних інфекцій і токсоплазмозу - 2002. - С.132-153.
6. Маврутенков В.Б., Шостакович-Корецька Л.Р. Сучасні аспекти клінічної картини інфекційного мононуклеозу //Інфекційні хвороби. - 2000. - №4. - С. 19-21.
7. Меркулова Н.Ф., Белкіна О.Е. Деякі клінічні особливості інфекційного мононуклеозу в дорослих //Нейроінфекції. Інші інфекційні хвороби: Матеріали наук.-практ. конф. і пленуму Асоціації інфекціоністів України - Харків, 2001. - С.236-237.
8. Помогаева А.П., Галактионова О.И. Варианты течения ЭБВ-инфекции у детей в очагах инфекционного мононуклеоза //Бюллетень сибирской медицины. - 2003. - №2. - С.86-88
9. Чирешкина Н.М. Инфекционный мононуклеоз (болезнь Филатова) у детей. - Москва. Медицина. 1973.
10. Balfour H., Holman C., Hokanson K. et al. A prospective clinical study of Epstein-Barr virus and host interactions during acute infectious mononucleosis //J. Infect. Dis - 2005. - V.192. - P.1505-1512
11. Epstein M. F., Barr Y. M., //Lancet. - 1964. - Vol.1. - P.301-302.
12. Godstall S.E., Kirchner J.T. Infectious mononucleosis. Complexities of a common syndrome. //Postgrad Med. - 2000. - V.107. №7. - P.175-186.
13. Grotto I., Mimouni D., Huerta M. et al. Clinical and laboratory presentation of EBV positive infectious mononucleosis in young adults //Epidemiol. Infect. - 2003. V.131. - P.683-689.
14. Jeffrey I. Cohen Epstein-Barr virus infection //N. Engl. J. Med - 2000. - 343. - С.481-492.
15. Rea T., Russo J., Katon W. et al. Prospective study of the natural history of infectious mononucleosis caused by Epstein-Barr virus //J. Am. Board. Fam. Pract. - 2001. - V.14. - P.234-242

## Реферат

АНАЛИЗ КЛИНИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ВЗРОСЛЫХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ  
Литвиненко Ю.В.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, вирус Эпштейна-Барр, клинические проявления, течение, особенности, взрослые

Проведен анализ клинического течения инфекционного мононуклеоза у 70 больных, которые находились на стационарном лечении в Полтавской областной клинической инфекционной больнице в период с 2001 по 2005 год. Полученные данные указывают на сохранение типичной клинической картины заболевания. Особенности есть: острое начало, преобладание субфебрильной и умеренной температурной реакции, увеличение числа случаев мононуклеозной экзантемы, частым выделением различных микробных культур с носоглотки, отсутствием гепатоспленомегалии у части больных, увеличение числа больных с лабораторными признаками диффузного поражения печени.

## Summary

ANALYSIS OF MONONUCLEOSIS CLINICAL COURSE IN ADULTS NOWADAYS

Lytvynenko Ju.V.

Key words: infectious mononucleosis, Epstein-Barr virus, clinical manifestation, clinical course, adults

The paper represents data resulted from the study of clinical course of infectious mononucleosis in 70 patients having been treated at Poltava regional infectious disease hospital for 2001-2005.

Data obtained shows invariance of typical clinical picture of the disease. Among the main manifestations there is an acute onset, subfebrile and normal body temperature, increased number of mononucleosis exanthema cases, nasopharyngeal discharges containing various microbial cultures, the absence of hepatosplenomegaly, increased amount of patients with laboratory signs of diffusal affection of the liver.

УДК 616.62-007.46-071-053.4

## УРОДИНАМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ЕКСТРОФІЮ СЕЧОВОГО МІХУРА

Македонський І.О.

Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 3 ім. проф. М.Ф.Руднева.

Проведене уродинамічне обстеження 31 дитини, оперованої з приводу екстрофії сечового міхура. Виявлена мультифакторна природа порушень сечовивідання у цієї групи хворих, характерними змінами були малий об'єм сечового міхура, його низьке розтягнення, нестабільні скорочення. Відмічено покращання результатів лікування у випадках ранньої хірургічної корекції. Запропоновано проводити уродинамічне дослідження всім дітям з екстрофією сечового міхура.

Ключові слова: екстрофія сечового міхура, нетримання сечі, реконструкція, уродинаміка

Екстрофія сечового міхура (ЕСМ) належить до однієї з найтяжчих вад розвитку та зустрічається у одного з 25000-30000 живих новонароджених [1,6,12]. За даними аутопсій 19 000 дітей Campbell [7] спостерігав цю ваду з частотою 1:

1002, що свідчить про більшу поширеність даної аномалії. ЕСМ дає найбільший відсоток інвалідності [4,8,12]. Досягнення адекватного обсягу сечового міхура (СМ) у цієї групи хворих грає значну роль у формуванні механізму три-