

SUMMARY

The data about the frequency of different viral hepatitis B and D genotypes occurrence are shown in the article in the Kharkiv region. The communication of clinical course of the disease is shown due to the identified agent genotype.

KEY WORDS: viral hepatitis B and D, virus genotype, clinical course

УДК 616.988.55-036-053

К ВОПРОСУ КЛИНИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ВЗРОСЛЫХ

Н.Ф. Меркулова,¹ Э.А. Белкина,¹ В.В. Никитина,¹ Н.А. Екимова²

Харьковский государственный медицинский университет,¹ Областная клиническая инфекционная больница²

РЕЗЮМЕ

Обобщены клинические данные 124 больных инфекционным мононуклеозом различных возрастных групп. В сравнительном аспекте течение заболевания у подростков и взрослых показало идентичность симптоматики. Отличительным от подростковой группы у взрослых было значительное разнообразие симптомов и синдромов, т.е. клинический полиморфизм. Заболевание чаще характеризуется более постепенным началом, более поздним появлением в крови атипичных мононуклеаров, медленной регрессией заболевания. Участились случаи септического варианта заболевания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инфекционный мононуклеоз, клиника, атипичные мононуклеары, септические варианты

Инфекционный мононуклеоз (ИМ), вызываемый герпесвирусом 3й группы, в последние 5-7 лет привлекает пристальное внимание широкого круга врачей практического здравоохранения. Интерес к данной патологии вызван ростом заболеваемости, разнообразием клинических проявлений, трудностью распознавания на раннем этапе, длительной потерей трудоспособности [4]. ИМ по статистике болеют чаще всего дети, особенно подросткового возраста, молодые люди, а в последнее время участились случаи заболевания среди взрослых людей [2, 3, 4, 5], они же указывают на зависимость клиники от возрастных особенностей, соматического статуса.

Задачей настоящей работы было изучение особенностей клиники у взрослых с определением закономерностей течения болезни в зависимости от фазы и тяжести заболевания.

Нами было изучено 124 истории болезни больных, лечившихся в базовых отделениях на протяжении 3,5 лет. По возрасту больные подразделялись на подростковую группу – 15-16 лет – 21 больной (16,8%), взрослую – 17-20 лет – 62 больных (50%), 21-30 лет – 35 больных (28%), старше 30 лет – 6 человек (5,2%). Возрастная заболеваемость соответствует данным медицинской литературы. В большинстве случаев больные поступали в клинику со следующими диагнозами: ангина – 60 больных (48,3%), ОРЗ – 30 больных (24,1%), острый вирусный гепатит – 13

больных (15%), лихорадка неясного генеза – 11 человек (8,8%), и только 15 человек (12%) были направлены с диагнозом ИМ. Такое разнообразие диагнозов свидетельствует о трудностях клинической диагностики, особенно в ранние сроки заболевания, связанных не столько с незнанием врачами данной патологии, сколько с отсутствием патогномичных признаков, присущих только ИМ. По срокам поступления в стационар они также отличались и часто определялись ранней клинической симптоматикой и тяжестью состояния. В первые 3-5 дней поступил на стационарное лечение 41 больной (33%), в основном преобладал диагноз ангины и ОРЗ. После седьмого дня поступали больные с диагнозом вирусного гепатита, к тому времени у 6 из 13 больных была умеренная желтуха. Те, кого направляли с диагнозом лихорадки, поступали, как правило, между 7 и 14 днем, между 10 и 16 днем – с диагнозом ИМ (10 человек), а 5 поступили после 3-х недель заболевания. Анамнестически установлено, что заболевание у последних протекало без серьезных субъективных ощущений и нарушения общего состояния. По тяжести течения заболевания больные распределялись следующим образом: легкое течение у 39 больных (31,4%), средней тяжести у 63 больных (50,8%) и 22 больных (17,7%) – тяжелое. Наиболее постоянным синдромом в большинстве случаев (104 больных – 88%) была лихорадка от субфебрильной (26

больных) до высокой (58 больных), по характеру: постоянная у 12 больных, ремиттирующая у 26 больных, гектическая у 10 человек, у 6 – волнообразная, у остальных – неправильного характера. Соответственно и продолжительность ее колебалась в различных пределах: 7 дней у 35 больных, 10-14 дней у 48 больных, более 3-х недель у 24 больных. У подростков температура была субфебрильной или умеренно высокой в среднем от 7 до 17 дней. Тогда как у больных в возрасте более 20 лет она была умеренно высокой, высокой и даже гектической, значительно более длительный (у 8 больных была до 45 дней). Синдром интоксикации (слабость, снижение аппетита, ухудшение сна, ломота в теле, состояние астении и пр.) был присущ всем возрастным группам, но различно по степени проявления и комбинации симптомов.

Субъективные ощущения в виде боли в горле, болезненного глотания часто присутствовали с первых дней болезни и были более выражены в подростковом и юношеском возрасте, однако, в сравнении с банальной ангиной видимые изменения в миндалинах больных ИМ появлялись после 3-6-го дня. Объективная картина зева представлялась в виде катарального тонзиллита (17 больных), лакунарной ангины (46 больных), фолликулярной (25 больных), у 7-ми – язвенно-некротической, у 5-ти больных с явлениями паратонзиллита. Изменения со стороны носоглотки были более выражены у молодых, нежели больных в более старшем возрасте, что также способствовало поздней обращаемости за медицинской помощью. Часто больные уже в домашних условиях самостоятельно или по назначению врача принимали антибиотики, но эффекта от лечения не наступало, а, наоборот, ангина прогрессировала, состояние утяжелялось. Этот признак по нашему мнению, помогает врачу утвердиться в правильности диагноза ИМ, а не ангины. Т.о., синдром тонзиллита, по нашим данным отмечен в 76% случаев. Одним из лидирующих синдромов при ИМ является генерализованная лимфаденопатия или локализованный лимфаденит. У 117 из наблюдаемых больных мы отмечали увеличение подчелюстных, угло-челюстных, шейных и подмышечных, реже других лимфоузлов. Чем моложе были больные, тем большая степень увеличения лимфоузлов наблюдалась; по характеристике они были равноценные: умеренно-плотноватые, подвижные, чувствительные или слегка болезненные. Больные отмечали довольно раннее увеличение шейных лимфоузлов, часто не придавая этому значения. Процесс обратного

развития лимфаденопатии затяжной по сравнению с тонзиллитом. Часть больных (21 человек) после месячного пребывания в стационаре были выписаны с явлениями лимфаденопатии. По данным литературы [5] гепато-лиенальный синдром наиболее характерен для детского и подросткового возраста и реже проявляется у взрослых (увеличение печени у 63%, селезенки у 1/3 больных). По нашим наблюдениям у 103 взрослых больных отмечено более частое их увеличение (в 69% и 61% соответственно), т.е. более чем в половине случаев. По характеристике гепато-лиенального синдрома отмечалось более значительное их увеличение, уплотнение, безболезненность, а в сочетании с высокой лихорадкой неизменно возникала необходимость дифференциации с сепсисом, системными заболеваниями крови. Регрессирование гепато-лиенального синдрома замедлено именно в старшей возрастной группе; в 7 случаях из 103 гепато-лиенальный синдром сохранялся на протяжении 1,5 месяцев.

В 18 случаях – 14,5% (все взрослые) была выявлена умеренная желтуха склер и кожных покровов, у них же отмечено увеличение печени, а у 5-ти больных – и селезенки. Субъективно больные отмечали тошноту, снижение аппетита, потемнение мочи. В эпидемиологическом отношении у 2-х больных были контакты на бытовом уровне с больными острым вирусным гепатитом, у 3-х человек имел место парентеральный анамнез. Все они направлены в стационар с предварительным диагнозом: острый вирусный гепатит. В процессе наблюдения за больными отмечено быстрое угасание желтухи. В общей сложности желтушный период был от 5-ти до 8-ми дней – слабо или умеренно выраженная желтуха. Диагностика в подтверждение гепатита была отрицательной (маркеры не обнаружены), несмотря на измененные функциональные пробы печени. Т.е., это говорило в пользу вторичного вирусного гепатита как одного из синдромов ИМ. В сравнении с подростками, сыпь в группе взрослых была значительно реже (у 8и из 21-го (38%) и у 24-х из 103-х (23%) больных соответственно).

Характеристика сыпи от розеолезной до пятнисто-папулезной, в 3-х случаях сыпь была геморрагической, сохранялась от 6 до 8 дней в среднем, в 2-х случаях – слабо выраженное шелушение.

Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания явной патологии нами выявлено не было. Со стороны желудочно-кишечного тракта у 8-ми (≈8%)

больных были отмечены жалобы на боли в животе, кратковременное расстройство стула, что первоначально соответствовало диагнозу острой кишечной патологии. Клиника гастроэнтерита в основном наблюдалась в первую неделю заболевания, и в дальнейшем это отразилось на течении заболевания – у всех больных зафиксировано средней тяжести, и даже тяжелое течение с выраженным синдромом токсикоза. Копрологические, бактериологические и серологические исследования помогли исключить кишечную патологию.

Для всей группы больных на протяжении болезни была характерна выраженная адинамия, повышенная раздражительность, апатия, ухудшение сна, постоянная потливость. Несмотря на высокую температуру у 25-ти больных, они отмечали удовлетворительную ее переносимость, это касалось и подростков, и взрослых.

Относительно тяжести заболевания наши наблюдения показали, что ИМ у взрослых протекал тяжелее, клинические варианты были более разнообразны, или протекали по смешанному варианту. По нашим наблюдениям участились септические варианты, что также отмечено у взрослых больных, поэтому на раннем этапе возникает необходимость дифференциации с сепсисом. Приоритетным и окончательным в постановке диагноза ИМ является гемограмма. Она одинакова для всех возрастных групп: лейкоцитоз со сдвигом белой крови вправо за счет лимфоцитоза (увеличение количества лимфоцитов от 40% до 90%), и на фоне его наличие атипичных мононуклеаров в довольно большом количестве – более 5%.

У четверти больных появление атипичных мононуклеаров задерживалось, они

появлялись на 2-й и 3-й недели болезни, что значительно затрудняло диагностику заболевания. С наступлением периода реконвалесценции нарастало количество моноцитов на фоне снижения общего количества лимфоцитов. Атипичные мононуклеары сохранялись довольно долго, постепенно уменьшаясь в количестве на фоне общего лимфоцитоза. При 45-48%-ном содержании лимфоцитов атипичные мононуклеары были единичными или не определялись. В клинике заболевания между степенью спленомегалии, лимфаденита и показателями лимфоцитоза просматривается прямая зависимость. Изменения в печеночной биохимии, увеличение печени подтверждали наличие вторичного гепатита; у 6-ти больных не сопровождалась желтухой.

Т.о., данные наших клинико-лабораторных исследований позволяют нам сделать следующее заключение: мы отмечаем рост заболеваемости ИМ и в частности среди взрослого населения, не исключая влияния экологических факторов на иммунитет человека.

Для взрослых людей чаще характерно постепенное развитие заболевания, разнообразие клинических симптомов и синдромов, их различные сочетания, т.е. клинический полиморфизм. Возросло число септикоподобных вариантов, что обусловлено присоединением вторичной бактериальной инфекции на фоне иммунодефицита. В старшей возрастной группе чаще, чем у подростков, отмечено позднее появление в крови атипичных мононуклеаров, что усложняет диагностику; более длительное течение с медленным регрессированием и восстановлением гемограммы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиллер Е.Е. // Лабораторное дело. 1974. №7. С. 392-394.
2. Бабаев Ю.Я. Клинические проявления инфекционного мононуклеоза. Кн.: «Вирусы и вирусные заболевания», Киев, 1987. С. 39-43.
3. Живица Л.В., Пономаренко Г.Ф., Преина В.А. // Клиническая медицина. 1987. №10. С.121-123.
4. Маврутенко В.В., Шостакович-Корецкая Л.Р. // Інфекційні хвороби. 2000. №4. С. 19-22.
5. Постовит В.А., Дунаевский О.А. Особенности инфекционных болезней у лиц пожилого и старческого возраста. Л., 1982 190 с.

ДО ПИТАННЯ КЛІНІКИ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДОРΟΣЛИХ

Н.Ф. Меркулова,¹ Е.О. Белкіна,¹ В.В. Нікітіна,¹ Н.А. Єкімова²

Харківський державний медичний університет,¹ Обласна клінічна інфекційна лікарня²

РЕЗЮМЕ.

Узагальнені клінічні дані 124 хворих на інфекційний мононуклеоз різних вікових груп від підліткового до літнього. Клінічне порівняння перебігу хвороби у підлітків і дорослих показало ідентичність симптоматики. Відмінною ознакою у дорослих є значна різноманітність симптомів та синдромів, тобто клінічний поліморфізм. Захворювання частіше починається повільно, пізніше з'являються у крові атипичні мононуклеари, повільна регресія захворювання. Частіше з'являються випадки септичного перебігу захворювання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інфекційний мононуклеоз, клініка, атипичні мононуклеари, септичні варіанти

TO QUESTIONS OF MONONUCLEOSIS IN ADULT

N.F. Merkulova,¹ E.A. Belkina,¹ V.V. Nikitina,¹ N.A. Ekimova²

Kharkiv state medical university¹, Regional clinical infection hospital²

SUMMARY.

Clinics of 124 patients of different ages were presented. Clinical polymorphism was found in adults in comparison with adolescents. Mononucleosis is more often characterized by gradual onset of disease, later appearance of atypical mononuclear in blood samples, slow regression of symptoms. Septic forms were found more often in adolescents.

KEY WORDS: mononucleosis unfection, clinic, atypical mononuclears, septic forms

УДК 616.24 – 002.1 – 022.7:579.873.21

ПАТОГЕНЕЗ И ТЕРАПИЯ СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

В.В. Никонов

Харьковская медицинская академия последипломного образования

РЕЗЮМЕ

Проблем, связанных с сепсисом, достаточно много. В основе патогенеза сепсиса ведущая роль принадлежит как возбудителю, так и вырабатываемому им токсину, который запускает целый каскад патологических процессов. Значительная роль отводится эндогенным медиаторам (цитокинам), играющим важную роль в приспособительных реакциях организма, при их срыве развивается септический процесс. Приводятся основные направления в лечении этого страдания. Одним из важнейших моментов в лечении септического процесса является антибактериальная терапия.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: сепсис, патогенез, эндогенные медиаторы, антибактериальная терапия

Впервые классическое определение сепсиса было разработано в начале XX века. Тогда сепсис представляли как наличие в организме очага, из которого непрерывно в кровяное русло попадают патогенные возбудители. В результате этого возникают субъективные и объективные симптомы характеризующие процесс. Это классическое определение, от которого многие клиницисты не отказались и в настоящее время, мало отражает клиническую ситуацию, а следовательно возникают как клинические, так и лечебные ошибки, приводящие к поздней диагностике и не адекватному лечению этого страдания [8].

Несколько лет назад конценсусная конфе-

ренция общества критической медицины и торакальных врачей США (1993-1994 гг.) предложила, на наш взгляд, наиболее оптимальные клинические и лабораторные критерии сепсиса.

Согласно этой конференции определение сепсиса основывается на клинических критериях и не требует обнаружения возбудителя в крови. Сепсис определяется как системная реакция на инфекцию и манифестирует в виде тахикардии, тахипноэ, изменением температуры и лейкоцитоза или лейкоцитопении. Патологические сдвиги возникающие в организме при сепсисе были названы синдромом системного воспалительного ответа [3].