

ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Инфекционный мононуклеоз (железистая лихорадка, болезнь Филатова) – это острое инфекционное заболевание, как правило, вызываемое вирусом Эпштейна-Барр из семейства *Herpesviridae*, характеризующееся: лихорадкой; ангиной; увеличением лимфатических узлов, печени, селезенки, аденоидитом, появлением в периферической крови атипичных мононуклеаров и гетерофильных антител.

Проблема инфекции, вызываемой вирусами семейства герпеса, является одной из актуальных для педиатрии в современных условиях и связана с широкой распространенностью этих вирусов среди детского населения. Заболеваемость инфекционным мононуклеозом среди детского населения в РБ составила в 2009-2010 гг. 1169 случаев (65,3 на 100 тыс. детей в возрасте до 17 лет) и 1330 случаев (74,4 на 100 тыс. детей), соответственно. К сожалению, до настоящего времени существует некоторое расхождение в определении подходов к лечению инфекционного мононуклеоза (ИМ) в русскоязычной учебной и зарубежной справочной литературе [2-5].

Цель исследования – установить эффективность и обосновать включение в комплексную терапию инфекционного мононуклеоза антибиотиков и глюкокортикостероидов.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 100 историй болезней детей в возрасте от 7 месяцев до 16 лет (53 мальчиков и 47 девочек), находившихся на лечении в УЗ «ГДИКБ» г. Минска в 2011 г. с диагнозом ИМ.

Было выделено 4 группы детей. В первую группу вошли 55 детей (55%), у которых проводилась терапия антибиотиками (АБ), во вторую группу – 10 детей (10%), которых лечили глюкокортикостероидами (ГКС), в третью группу – 10 детей (10%), которые не получали АБ или ГКС, в четвертую группу вошли 25 пациентов (25%), у которых проводилась комбинированная терапия АБ+ГКС. Кроме того, все дети получали симптоматическую терапию.

Обследование детей включало общеклинические методы исследования (общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи, биохимический анализ крови), мазок из зева на флору по стандартным методикам. Атипичные мононуклеары в периферической крови были обнаружены у 85% детей. У остальных детей в ОАК определялось

увеличение уровня моноклеарных клеток (лимфоциты, моноциты), количество которых обычно превышало 70%. В постановке диагноза ИМ также помогало обнаружение повышения уровня печеночных ферментов (АлАТ, АсАТ) у 44% детей. Патогенная флора или повышенное (10^5 и более) содержание условно-патогенных микроорганизмов не были выявлены при проведении бактериологического обследования.

Оценка клинико-лабораторных показателей проводилась в сравнении с возрастными нормами [1]. Обработка полученных данных производилась на компьютере с использованием стандартного пакета программ статистического анализа Windows 2000 Microsoft Excel.

Результаты. Эффективность лечения в каждой группе оценивалась по следующим критериям (после начала терапии): продолжительность сохранения лихорадки, налетов на миндалинах, затруднения носового дыхания, увеличения лимфоузлов (Л/У), длительность гепато- и спленомегалии, продолжительность сохранения изменений в ОАК. Полученные данные представлены в таблице.

Клинико-лабораторные данные у пациентов разных групп

Критерии	АБ	ГКС	Без лечения	АБ+ГКС
Длительность температуры, дни	3,96+/- 0,39	1,6+/- 0,58*	1,9+/- 0,94**	2,32+/- 0,35***
Длительность налетов, дни	3,84+/- 0,43	2,9+/- 0,71	4,0±1,0	3,48+/- 0,52
Длительность затрудненного носового дыхания, дни	5,07+/-0,45	1,6+/- 0,67*	1,1+/- 0,74**	3,52+/- 0,54***
Увеличение Л/У, дни	4,38+/- 0,49	2,67+/- 0,71*	4,2+/- 0,87	2,96+/- 0,62
Увеличение печени, дни	1,73+/- 0,38	3,0+/- 0,87	4,3+/- 0,89	2,6+/- 0,63
Увеличение селезенки, дни	0,6+/- 0,22	1,1+/- 0,57	4,5+/- 0,95	1,48+/- 0,53
Лейкоцитоз, дни	5,49+/- 0,44	3,6+/- 0,93	4,5+/- 0,7	4,68+/- 0,59
Сдвиг лейкоцитограммы влево, дни	3,45+/- 0,46	3,3+/- 0,86	4,1+/- 0,84	3,08+/- 0,51
Повышение СОЭ, дни	4,29+/- 0,49	1,7+/- 0,92*	3,2+/- 1,03	3,36+/- 0,64

Примечание: * – достоверное отличие показателя в 1-й и 2-й группах пациентов ($p<0.05$), ** – достоверное отличие показателя в 1-й и 3-й группах пациентов ($p<0.05$), *** – достоверное отличие показателя в 1-й и 4-й группах пациентов ($p<0.05$)

Как видно из представленных данных, применение ГКС достоверно уменьшает продолжительность лихорадки, длительность сохранения

затрудненного носового дыхания и лимфоаденопатии. Кроме того, продолжительность сохранения налетов при использовании этих препаратов имеет тенденцию к снижению, а лабораторные признаки воспаления (по данным ОАК) достоверно не различаются у пациентов разных групп. Влияние ГКС на течение заболевания было бы, очевидно, более заметным, если бы эти препараты назначались более продолжительным курсом, а не в виде эпизодического применения (на 1-2 суток). В последнем случае нередко (у 28,6% детей) отмечался синдром отмены ГКС, который проявлялся через день после прекращения введения препарата повторным подъемом температуры тела до фебрильного уровня.

Полагаем, что, несмотря на эффективность применения ГКС, они должны назначаться только при тяжелом течении инфекционного мононуклеоза, в первую очередь протекающем с обструкцией верхних дыхательных путей, цитопениями или при поражении ЦНС. ГКС не должны использоваться только для снижения температуры (фактически, как жаропонижающие), т.к. отдаленные последствия их применения не всегда можно предсказать.

Кроме того, не найдено достоверного различия по исследованным показателям в 1-й и 3-й группах пациентов. Это означает, что назначение АБ не влияет на течение ИМ. У 23 детей, получавших аминопенициллины (69,7%), развилась типичная пятнисто-папулезная экзантема (что совпадает с литературными данными). Хотя хорошо известно, что применение аминопенициллинов при ИМ противопоказано, не всегда удается сразу правильно поставить диагноз, что во многом и определило назначение этих препаратов почти у каждого третьего ребенка.

Интересно, что 18,8% детей с ангиной получали АБ терапию более 10 дней, что представляется непонятным, т.к. в большинстве случаев банального стрептококкового тонзиллита или фарингита уже через 2-3 дня эффективной терапии состояние пациента, практически, нормализуется. Поэтому необычно упорное течение вроде бы обычной ангины должно расцениваться как специфический тонзиллит, и в большинстве случаев это будет связано с небактериальной этиологией заболевания.

Заключение. Положительная динамика (исчезновение налетов, улучшение носового дыхания, нормализация температуры тела, уменьшение лимфатических узлов) при лечении инфекционного мононуклеоза глюкокортикостероидами наблюдалась раньше, чем у детей, получавших антибиотики.

Синдром отмены наблюдался у 28.6% детей при применении глюкокортикоидов короткого курса (1-2 дня) и проявлялся через день

после прекращения введения препарата повторным подъемом температуры тела до фебрильного уровня.

Применение антибиотиков у пациентов с инфекционным мононуклеозом целесообразно только в случае доказанного присоединения бактериальной инфекции.

При назначении антибиотиков для лечения пленчатого тонзиллита отсутствие эффекта от адекватной этиотропной терапии через 48-72 часа от ее начала ставит под сомнение бактериальную природу заболевания и должно заставить врача задуматься о возможном специфическом характере ангины (наиболее вероятно – об инфекционном мононуклеозе).

Если у пациента с ангиной есть лейкоцитоз за счет увеличения мононуклеарных клеток и увеличение трансаминаз, это должно заставить задуматься о наличии инфекционного мононуклеоза.

Раннее назначение ГКС при наличии показаний позволяет сократить сроки пребывания в стационаре и является экономически обоснованным.

Литературные ссылки

1. Записная книжка практического врача №4. Педиатрия в цифрах и фактах. Важнейшие физиологические критерии здорового ребенка (по материалам справочной литературы) / Медицинские новости. 1997. №12. V приложение. С. 1-6.
2. Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов /под. ред. проф. В.Н. Тимченко, – 3-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2008. – С. 224-230.
3. Учайкин, В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. – М.: ГЕОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – С. 262-274.
4. Nelson textbook of pediatrics, 18-th Edition. / [edited by] R.M. Kliegman [et al.]. 2008. P. 1372-1377.
5. Feigin and Cherry's textbook of pediatric infectious diseases, 6-th Edition. Vol. 2 / [edited by] R.D. Feigin [et al.]. 2009. P. 2043-2071