

2. Травматизация краев папиллотомии при затрудненном отхождении конкрементов вследствие несоответствия размеров последнего размерам созданного соустья.

3. Избыточная длина разреза БСДК при попытке извлечения крупных конкрементов.

С учетом причин развития кровотечений после ЭПСТ у больных первой группы нами был разработан и внедрен алгоритм действий у больных с механической желтухой, холангитом, направленный на снижение количества кровотечений и летальности от них, который позволил трехкратно снизить как частоту данного осложнения, так и летальность при нем – во второй период исследования кровотечения осложнили ЭПСТ только в 0,6% случаев (3 из 469), из которых только 1 закончился летально.

#### **Заключение**

Охарактеризованные особенности расположения, строения и взаимоотношений интрамуральных сосудов БСДК с его стромой и сфинктерными образованиями, по нашему мнению, имеют значение для вероятности развития кровотечений при первичных вмешательствах на сосочке. Кроме этого, изменения структуры тканей стенки сосочка, динамика течения воспаления вследствие термической и механической травмы при ЭПСТ и поствоспалительного склероза могут менять условия функционирования сосудистого русла, в частности, его гемостатические возможности. Утрата части сфинктеров в результате папиллотомии является фактором, предрасполагающим к снижению вазоконстрикции, зиянию просветов артериальных и венозных сосудов и, соответственно, к увеличению вероятности и интенсивности постпапиллотомических кровотечений при повторных ЭПСТ.

УДК 579.61

### **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

*А.А. Зарудский, А.В. Болдырев*

Кафедра медико-профилактических дисциплин БелГУ

Инфекционный мононуклеоз – болезнь, обусловленная вирусом Эпштейна-Барра, характеризующаяся лихорадкой, генерализованной лимфаденопатией, тонзиллитом, увеличением печени и селезенки, характерными изменениями гемограммы, обладающая вариабельностью и полиморфизмом клинических симптомов, создающих сложности для диагностики [1]. Малая контагиозность связана с высоким процентом иммунных лиц (свыше 50%), наличием стертых и атипичных форм мононуклеоза, которые обычно не выявляются.

Последние работы в области мононуклеоза свидетельствуют о сложности его диагностики. Так, по данным Бондаренко и др., в Кировской инфекционной больнице ошибочный диагноз «ангина» был поставлен 62,5% больным от общего числа пациентов с инфекционным мононуклеозом [2]. Инфекционный мононуклеоз следует дифференцировать с различными видами ангины, ОРВИ, дифтерией. Учитывая, что заболеваемость ангиной среди взрослого населения составляет 4-5% от общего числа регистрируемых заболеваний, а также тот факт, что ангина и ОРВИ являются самыми частыми причинами обращения к участковому врачу очевидна высокая актуальность проблемы диагностики инфекционного мононуклеоза на современном этапе [2,6].

Кроме того, нечасто возникающие при инфекционном мононуклеозе осложнения, могут быть очень тяжелыми. К гематологическим осложнениям относится аутоиммунная гемолитическая анемия, тромбоцитопения и гранулоцитопения, возможна смерть больных от разрыва селезенки; многообразны неврологические осложнения: энцефалит, параличи черепных нервов, в том числе паралич Белла или прозопоплегия, менингоэнцефалит, синдром Гийена-Барре, полиневрит, поперечный миелит, психоз. Могут

развиться гепатит, перикардит, миокардит, интерстициальная пневмония и обструкция дыхательных путей. По мнению О.В. Радионовой и соавт., у половины детей, перенесших инфекционный мононуклеоз, остаются явления иммунодефицита, требующие специфической для этого заболевания медикаментозной коррекции [7].

Особую актуальность проблема инфекционного мононуклеоза приобретает в связи с бурным распространением ВИЧ-инфекции, которая в начале заболевания клинически проявляет себя мононуклеозоподобным синдромом, а, следовательно, настороженность врача в отношении мононуклеоза может способствовать диагностике ВИЧ-инфекции на ранних стадиях [4,9].

За последние десятилетия значительно изменился облик многих классических инфекционных болезней [3]. Эта тенденция вполне справедлива и в отношении мононуклеоза, о чем наглядно свидетельствует противоречивость литературных данных. Так, данные руководства по инфекционным болезням под ред. Учайкиной свидетельствуют о более высокой частоте атипичных форм инфекционного мононуклеоза, исследования О. И. Уразовой и соавт., напротив, утверждают типичность клинических форм заболевания в детском возрасте [5]. Исследования А.П. Помогаевой и О.И. Галактионовой свидетельствуют о недостаточности сведений об особенностях мононуклеоза на современном этапе [8].

Актуальность и сложность диагностики инфекционного мононуклеоза, тенденция к изменчивости клиники заболевания, противоречивость литературных данных обуславливают постановку цели исследования. Целью работы стало выявление особенностей клиники и эпидемиологии инфекционного мононуклеоза на современном этапе.

С учетом вышеизложенного из цели работы вытекают следующие задачи:

- 1) изучение эпидемиологических особенностей заболевания: распределение больных по полу и возрасту, сезонность;
- 2) определение частоты встречаемости и степени выраженности ведущих клинических и лабораторных симптомов инфекционного мононуклеоза в целом и в зависимости от пола и возраста;
- 3) подсчет процента серонегативных форм, изучение возможных причин их появления.
- 4) определение процента ошибочных диагнозов у больных с инфекционным мононуклеозом и анализ причин ошибочной диагностики.

#### **Материалы и методы**

Работа производилась на базе ГИБ г. Белгорода им. Н.Е. Павловского путем изучения историй болезни больных инфекционным мононуклеозом за период с января 2003 по сентябрь 2004г. Общее число больных за исследуемый период – 81, из них 64 – мужского пола, 27 – женского.

Пациенты с инфекционным мононуклеозом были разбиты по возрастным группам, и по полу. В общей массе обследуемых и в каждой отдельной группе был произведен комплексный анализ частоты встречаемости следующих признаков:

1. Клинических:
  - ✓ лихорадка: ее наличие, длительность, характер лихорадочной кривой;
  - ✓ лимфаденопатия: группы увеличенных лимфоузлов, степень их увеличения (размеры);
  - ✓ наличие ангиноподобных изменений;
  - ✓ наличие гепатомегалии, спленомегалии или их сочетание (гепатоспленомегалия).
2. Лабораторных:
  - ✓ данные общих анализов крови и мочи;
  - ✓ показатели биохимического анализа крови;
  - ✓ результаты анализа крови на атипичные мононуклеары и плазмциты.
3. Серологическое подтверждение заболевания: (Ig М к вирусу Эпштейна-Барра).

Далее проводили анализ сезонности заболевания и восприимчивости к нему различных возрастных групп. Учитывая, что среди всех случаев заболевания не оказалось пациентов с возрастом менее двух лет, был выбран метод возрастного деления на интервалы, начиная с двухлетнего возраста: 2-4 года, 5-7 лет, 8-10 и т. д.

Для обработки полученных результатов, построения графиков и диаграмм, а также определения достоверности полученных данных использовали компьютерную программу «Microsoft Excel 2000».

#### Результаты исследования

Среди всех больных (81 пациент) 2/3 составили лица мужского пола (54) и 1/3 – женского (27). Анализ возрастной структуры заболеваемости показывает, что у представителей мужского пола отмечается два неравноценных пика заболеваемости в возрасте от 2 до 5-ти (54,72%) и от 9 до 11-ти (9,43%) лет соответственно: у пациенток – три: от 2 до 5 лет (44,45% от общего числа пациенток с инфекционным мононуклеозом), от 9 до 11 лет (18,52%), от 15 до 17 лет (22,22%) соответственно. В общей структуре также определяются три неравноценных возрастных пика заболеваемости: от 2 до 5 лет – 51,25%, от 9 до 11 лет – 12,5%, до 15 до 17 лет – 11,25%. Таким образом, обращает на себя внимание тот факт, что, если в раннем возрасте от 2 до 5 лет мальчики и девочки болеют примерно одинаково часто, то в возрасте от 15 до 17 лет девочки болеют довольно часто (22,22%), а мальчики почти не болеют (5,66%). После 17 лет заболеваемость низкая у всех больных.

При анализе частоты заболеваемости по времени года с использованием данных о заболеваемости инфекционным мононуклеозом за 2002-2004 годы определяется зимне-весенняя сезонность, пик заболеваний приходится на период февраль-май. Это положение справедливо ко всем больным вне зависимости от пола и возраста.

Из литературных данных известно, что определяющими проявлениями болезни являются: высокая температура, ангина, увеличение лимфоузлов, печени, селезенки, характерные гематологические изменения (увеличение общего количества мононуклеарных клеток и атипичных лимфоцитов) и положительная реакция на гетерофильные антитела [10].

Что касается лихорадки, то с учетом данных анамнеза она встречается у всех больных, т.е. в 100% случаев. При этом в подавляющем большинстве случаев (96,3%) отмечается два температурных пика в течение болезни.

Воспалительные изменения в глотке представлены ее гиперемией, чаще в сочетании с налетами на миндалинах.

Наиболее часто в процесс вовлекаются подчелюстные, передние и задние шейные, углочелюстные лимфоузлы, редко – затылочные лимфоузлы (3,7% от всех больных). Полилимфаденопатия значительно преобладает (96,3% больных) над изолированным поражением одной группы лимфоузлов (подчелюстные или переднешейные).

Данные о встречаемости гепатоспленомегалии у пациентов мужского и женского пола представлены в таблице.

Пол	Гепатомегалия	Спленомегалия	% от общего количества больных ИМ	% от пациентов с ИМ данного пола
женский	-	-	8,64%	25,00%
мужской	-	-	20,99%	32,08%
женский	-	+	1,23%	3,57%
мужской	-	+	2,47%	3,77%
женский	+	-	9,88%	28,57%
мужской	+	-	28,40%	43,40%
женский	+	+	14,81%	44,86%
мужской	+	+	13,58%	20,75%

Примечание: + означает наличие, - – отсутствие данного признака

Серонегативные варианты встречаются сравнительно нечасто – в 13,58% случаев. Обращает на себя внимание тот факт, что в 8 случаев из 11 больных с серонегативным

вариантом ИМ отмечалось возникновение мононуклеозной папулезной сыпи. При этом ни у одного больного с серопозитивным вариантом ИМ сыпи не было.

Процент ошибочных диагнозов при направлении больных составил 44%, в 4% указывалась необходимость исключения инфекционного мононуклеоза, в 52% случаев – был сразу выставлен правильный диагноз. Среди ошибочных диагнозов наиболее часто встречаются следующие: лакунарная ангина (59,1% от всех ошибок), лимфадениты различной локализации (9,1%), диагноз ОРВИ (9,1%). При поступлении в инфекционную больницу процент ошибочных диагнозов снизился до 20%, в 12% случаев отмечалась необходимость дифференциации мононуклеоза и каких-либо других заболеваний. Среди ошибочных диагнозов наиболее часто встречаются следующие: лакунарная ангина (43,75%), лакунарная ангина/хронический пиелонефрит (12,50%) и лакунарная ангина/шейный лимфаденит (12,50%). Из 11 случаев, требующих дифференциации мононуклеоза и другой патологии 6 также приходится на лакунарную ангину. Ошибочный клинический диагноз был выставлен в 6 случаях – 7,41%, из них в 4 случаях был поставлен диагноз лакунарной ангины, в 2 – аденовирусной инфекции.

Таким образом, налицо затруднения в диагностике инфекционного мононуклеоза на догоспитальном и госпитальном этапах. Основные причины неточной диагностики на догоспитальном этапе – невозможность лабораторной диагностики. В основе ошибочного клинического диагноза лежат разные причины. В трех случаях – это атипичный для данной патологии возраст больных: юноши 23, 25, 25 лет. В остальных случаях – основная причина – позднее определение атипичных мононуклеаров и плазмочитов в общем анализе крови (на 4-6 день от начала заболевания), отрицательный результат серологического исследования.

#### **Выводы**

Таким образом, в ходе нашей работы установлены следующие клинико-эпидемиологические особенности инфекционного мононуклеоза:

I. Мальчики болеют вдвое чаще, чем девочки. Наблюдается выраженная зимне-весенняя сезонность заболевания. Пик заболеваемости приходится на возраст 2-5 лет. В возрасте от 15 до 17 лет девочки болеют довольно часто (22,22%), а мальчики почти не болеют (5,66%). После 17-ти лет заболеваемость низкая.

II. Из особенностей клинической симптоматики следует выделить:

а) четкое преобладание полилимфоаденопатии над изолированным поражением 1 группы лимфоузлов;

б) обязательное присутствие лихорадки у всех больных, два температурных пика в течение болезни;

в) нехарактерность изолированной спленомегалии.

III. В плане лабораторной диагностики следует отметить, что встречаемость серонегативных форм составляет 13,58%. При этом обращает на себя внимание тот факт, что из 11 серонегативных пациентов у 8 в клинике была мононуклеозная сыпь. Отсутствие таковой в серопозитивных вариантах позволяет утверждать о возможной закономерности этого сочетания. В этом случае и серонегативацию и сыпь можно объяснить как проявление извращенной иммунной реакции, возможно гипозергической или же инфекционным мононуклеозом, который вызван не ВЭБ.

IV. Инфекционный мононуклеоз – заболевание, представляющее значительные трудности в плане дифференциальной диагностики, прежде всего с лакунарной ангиной и аденовирусной инфекцией. Опорой для постановки правильного диагноза служат клиника мононуклеоза и лабораторные данные. В основе ошибочного клинического диагноза лежат разные причины: атипичный для данной патологии возраст больных (23-25 лет), позднее определение атипичных мононуклеаров и плазмочитов в общем анализе крови – на 4-6 день от начала заболевания), отрицательный результат серологического исследования.

#### **Библиографический список**

1. Уразова, О.И. Особенности течения у детей инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр / О.И. Уразова, А.П. Помогаева, В.В. Новицкий и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – №4. – С.57-58.

2. Бондаренко, А.Л. Ошибки в диагностике ангина / А.Л. Бондаренко, Е.Г. Тихомолова, Е.П. Тихомолова и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – №4. – С.58-60.
3. Покровский, В. И. Современные принципы и методы диагностики инфекционных заболеваний / В.И. Покровский, О.А. Дунаевский // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – №4. – С.5-7.
4. Покровский, В.В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В.В. Покровский. – М., 2000.
5. Уразова, О.И. Клинико-гематологические и цитогенетические проявления инфекционного мононуклеоза у детей / О.И. Уразова, В.В. Новицкий, А.П. Помогаева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004. – №3. – С.34.
6. Морозова, С. В. Терапия острых бактериальных инфекций околоносовых пазух и глотки / С.В. Морозова // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т.11, №22.
7. Родионова, О.В. Принципы применения иммуномодулирующей терапии с использованием препарата «Ликопид» у детей после перенесенного мононуклеоза / О.В. Родионова, Н.В. Александрова, А.А. Букина, Г.Ф. Железникова // Иммунология. – 2003. – Т. 24, № 4. – С. 233-237.
8. Помогаева, А.П. Варианты течения Эпштейн-Барр вирусной инфекции у детей в очагах инфекционного мононуклеоза / А.П. Помогаева, О.И. Галактионова // Бюллетень Сибирской медицины. – 2003. – №2. – С.86-89.
9. Титов, Л.П. Серологические и эпидемиологические особенности инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр, в республике Беларусь / Л.П. Титов, Е.О. Самойлович, Б. Кочановский, Х.И. Вольф // Вопросы вирусологии. – 1999. – №1. – С.21-24.
10. Rocio Hurtado, Eric S. Rosenberg, Before Seroconversion: The Clinical and Scientific Events of Acute HIV Infection and the Immunologic Benefits of Treatment// Clinical Care January 1, 2001.
11. Cozad J. Infectious mononucleosis // Nurse Pract. – 1996. – Vol.21, №3. – P14-16, 23, 27-28.

УДК 577.175.632:616.12-088

## **ОСОБЕННОСТИ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ**

***В.Ф. Каменев, Н.И. Оболонкова, Ю.С. Бончук***  
Кафедра внутренних болезней №2 БелГУ

Разработка новых лечебных подходов, способных повысить эффективность лечения хронического обструктивного бронхита является одной из актуальных проблем современной медицины. Учитывая, что в основе этих заболеваний лежат нарушения в системе иммунитета, обусловленные персистенцией бактерий, вирусов, простейших и других инфекционных агентов, можно ожидать, что при восстановлении её функциональной полноценности заболевание подвергнется регрессии. Поэтому в настоящее время активно создаются и синтезируются лекарственные препараты способные оказывать воздействия на различные звенья иммунитета. Однако, их применение в клинической практике, не обеспечивает существенного «прорыва» в восстановлении саногенетической направленности со стороны иммунной системы у этой категории больных. С нашей точки зрения это связано с тем, что при проведении иммунотерапии нарушается принцип – «низшее подчинено высшему».

На сегодняшний день иммунологи придерживаются тезиса, что иммунная система функционирует по принципу сообщающихся весов, в которых «груз находящийся на одной чаше, приводит в действие всю систему». Таким образом, независимо от того, на какое звено иммунитета будет направлено моделирующее действие иммунокорректора, в конечном итоге, изменится функциональная активность всей иммунной системы (Петров Р.В., Хайтов Р.М.). Мы считаем, что этот тезис соответствует истине лишь у здоровых людей. При болезнях вследствие нарушения кооперации взаимосвязь различных звеньев иммунитета нарушается, поэтому воздействуя на одно звено иммунитета не всегда мы наблюдаем восстановление саногенетической направленности со стороны других. Мы рассматриваем иммунитет, как «иерархичную систему», где высшему звену подчиняется низшее, то есть Т-звено иммунитета при нормальном функционировании способно нормализовать другие звенья. Эта концепция находит своё подтверждение при анализе показателей состояния иммунной системы у больных хроническим обструктивным бронхитом. Как правило эти состояния не возникают на здоровой основе,