

ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

*Булдык Е.А.¹, Пискун Д.В.², Грижевская А.Н.², Дмитраченко Т.И.²
УЗ «Минская городская детская инфекционная больница»¹
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»²*

По имеющимся в литературе данным [1, 2, 3] около 80—90% населения инфицировано вирусом Эпштейн - Барра. Инфицирование чаще всего происходит в детском возрасте (до 50-80%), что более характерно для развивающихся стран [2, 4]. Однако в развитых странах заболевание преимущественно отмечается среди подростков и лиц

молодого возраста, на долю которых приходится до 40-50% больных, что связано с реализацией полового пути передачи инфекции [4]. В последние 10 лет в Республике Беларусь также отмечается рост заболеваемости инфекционным мононуклеозом. В указанный период времени показатель заболеваемости увеличился с 5,86 до 9,09 на 100 тыс. населения.

Поражение печени является наиболее частым клиническим проявлением инфекционного мононуклеоза, однако патогенез его остается до конца не выясненным, имеются и значительные различия в частоте возникновения тех или иных симптомов поражения печени.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей клинического течения инфекционного мононуклеоза, касающееся поражения печени. Исследование проводили на основе анализа течения болезни у 108 пациентов, в возрасте от 0 до 30 лет, госпитализированных в стационар на протяжении 2002-2004 гг. с диагнозом инфекционный мононуклеоз. Сонографические исследования проводились аппаратом ультразвуковой диагностики «AU4 Idea».

Среди находившихся под нашим наблюдением больных основную группу составили лица в возрасте от 0 до 6 лет (60,18%), удельный вес возрастной группы 7-14 лет был значительно ниже (22,22%). Еще реже заболевание регистрировалось у лиц 15-20 лет (10,18%) и у пациентов старше 20 лет (7,4%). Среди больных инфекционным мононуклеозом преобладали лица мужского пола (59,26%). Наиболее четко половые различия наблюдались среди больных в возрасте до 3 лет, где представители мужского пола составили 76,31%, и среди лиц в возрасте 20-30 лет (83,33%).

Наиболее характерным было острое начало заболевания (74,07%) с подъема температуры, увеличения шейных и подчелюстных лимфатических узлов.

Следует отметить, что только у 56,48% больных наблюдались все клинические критерии инфекционного мононуклеоза (лихорадка, тонзиллит, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, характерные изменения в гемограмме). У 3,7% больных наблюдавшихся нами имели место кратковременные диспептические явления, которые могут быть связаны с поражением ЖКТ, в первую очередь, печени.

Одним из наиболее частых симптомов заболевания явилась гепатомегалия, которая была отмечена у 96,3% пациентов. Увеличение печени появлялось преимущественно к концу первой недели заболевания. Наиболее выраженная гепатомегалия наблюдалась у детей в возрасте 3-6 лет. Гепатоспленомегалия была зарегистрирована у 86,11% пациентов. Увеличение размеров печени и селезенки чаще

всего отмечалось на протяжении 2-3 месяцев. В отдельных случаях гепатомегалия сохранялась в течении 8 месяцев диспансерного наблюдения.

Желтуха отмечена нами реже, чем указано в литературе (5-25% больных) [5,6]. Только у четырех пациентов (3,7%) из находившихся под нашим наблюдением до поступления в стационар была отмечена иктеричность склер, темная моча, однако, билирубинемия зарегистрирована только у трех пациентов с повышением уровня общего билирубина от 22 до 33 мкмоль/л за счет прямой фракции. Повышение билирубина было кратковременным и сохранялось не более 7 дней. У одного из этой группы больных общий уровень билирубина находился в пределах нормы (14,4 мкмоль/л), хотя также отмечено повышение прямой фракции билирубина до 5,8 мкмоль/л. Одновременно отмечено повышение трансаминаз (4N АлАТ, 2N АсАТ). Вероятно, при поступлении в стационар (11 день болезни) уровень общего билирубина пришел к норме.

Проведенный нами анализ результатов биохимических исследований показал, что у больных инфекционным мононуклеозом имеет место изменение основных биохимических параметров, преимущественно связанных с ферментами печени со значительным повышением АлАТ и АсАТ, свидетельствующими о наличии цитолиза. Следует обратить внимание на то, что частота повышения уровня АсАТ была несколько выше, чем частота повышения уровня АлАТ, 69,7% и 61,1% соответственно. Однако уровни повышения аланинаминотрансферазы были значительно выше. У 39,47% больных инфекционным мононуклеозом уровни повышения АсАТ не превышали 1,5N, для АлАТ этот показатель был несколько ниже и составил 30,3% пациентов. Повышение АсАТ менее 4N отмечено у 88,16% больных, аналогичный показатель для АлАТ составил 73,64% пациентов. Ни у одного больного аспаратаминотрансфераза не превышала 7N, тогда как уровни АлАТ более 7N отмечены у 7,57% больных. Нами также у 34,67% больных зарегистрировано снижение коэффициента де Ритиса, что может указывать на то, что при инфекционном мононуклеозе имеет место не только поражение печени, но и, возможно, поражение сердца. Полученные нами данные позволяют подтвердить опубликованное в литературе предположение о наличии у больных инфекционным мононуклеозом «разнокачественности» цитолиза с выделением двух его типов: «сердечного» типа цитолиза и «печеночного» [5].

Среди наблюдаемых нами больных у 39,13% отмечено повышение тимолового показателя, что может быть объяснено наличием вы-

раженных диспротеинемических нарушений за счет появления в крови дополнительных белковых фракций.

При проведении сонографического исследования нам удалось установить, что ультразвуковая картина органов брюшной полости при инфекционном мононуклеозе имеет свои особенности, отличающие данное заболевание от сходной по некоторым клиническим проявлениям аденовирусной инфекции. Наиболее характерными эхопризнаками инфекционного мононуклеоза являются увеличение размеров печени, повышение эхогенности ее структуры, особенно в перипортальной зоне, увеличение размеров селезенки, округление ее нормальной серповидной формы и повышение эхогенности ее структуры. Дополнительно проведенное ультразвуковое исследование 240 больных с аденовирусной инфекцией позволило определить отличительные эхопризнаки указанного заболевания – увеличение размеров печени с выраженным снижением ее эхогенности, подчеркнутость стенок портальных трактов, увеличение селезенки. Следует обратить внимание, что увеличение селезенки при аденовирусной инфекции наблюдалось значительно реже (64%), при этом также имело место округление ее формы и снижение эхогенности.

Таким образом, результаты проведенных исследований выявили частое поражение печени при инфекционном мононуклеозе, характеризующееся гепатомегалией, признаками цитолиза при крайне редком нарушении пигментного обмена.

Литература:

1. Berger C. Infectious mononucleosis // Ther Umsch. 2003. - №60(10). - P. 625-630.
2. Ternak G., Uj M., Szucs G. et al. Sero-epidemiologic study of Epstein-Barr virus markers in patients without mononucleosis at a department for infectious diseases. // Orv Hetil. 1995. - № 10,136(50). - P. 2727-2730.
3. Leogrande G, Jirillo E. Studies on the epidemiology of child infections in the Bari area (south Italy). VII. Epidemiology of Epstein-Barr virus infections. // Eur J Epidemiol. 1993. - №9(4). - P. 368-372.
4. Grotto I., Mimouni D., Huerta M. et al. Clinical and laboratory presentation of EBV positive infectious mononucleosis in young adults. // Epidemiol Infect. 2003. - №131(1) - P. 683-689.
5. Ющук Н.Д., Рослый И.М., Белова Е.Г., Бургасова О.А., Попова Т.И. Функциональное состояние печени при инфекционном мононуклеозе у взрослых. // Лечащий врач, 1998. - №3
6. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. - М.: «Медицина», 1999. - 809 с.