

дом. Предложенные методики позволяют повысить эффективность лечения зрительных расстройств у больных с ишемическими нейропатиями в сравнении с традиционным лечением.

Ключевые слова: сосудистая патология зрительного анализатора, пролонгированная фармакоинфузия.

Резюме

Щеглов В.І., Рижова І.П. *Можливості ендovasкулярного лікування хворих з судинною патологією зорового аналізатора.*

Актуальність роботи обумовлена поширеністю судинної патології зорового аналізатора серед осіб працездатного віку. У роботі наведені дані лікування 138 пацієнтів ендovasкулярним методом. Запропоновані методики дозволяють підвищити ефективність лікування зорових розладів у хворих з ішемічними нейропатіями в порівнянні з традиційним лікуванням.

Ключові слова: судинна патологія зорового аналізатора, пролонгована фармакоінфузія.

Summary

Shcheglov V.I., Ryzhova I.P. *Possibility of endovascular treatment of patients with vascular disease of the optic analyzer.*

Actualnost work due to the prevalence of vascular disease of the visual analyzer in persons of working age. The paper presents the data of treatment 138 patients endovascular method. The proposed method can improve the effectiveness of treatment of visual disorders in patients with ischemic neuropathy compared with conventional treatment.

Keywords: vascular pathology of the visual analyzer, prolonged farmakoinfusion.

Рецензент: д.мед.н., проф. С.А. Усатов

УДК 616.23.007-29

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДОРΟΣЛИХ

Я.Л. Юган

ДЗ "Луганський державний медичний університет"

Вступ

За даними сучасних досліджень, сьогодні приблизно 80-90% населення інфіковане вірусом Епштейна-Барра (ВЕБ) [5,6,15]. Первинна інфекція частіше виникає в дитячому або молодому віці [11]. Шляхи передачі вірусу різні: повітряно-краплинний, контактнo-побутовий, трансфузійний, статевий, трансплацентарний. Після зараження ВЕБ реплікація вірусу в організмі людини і формування імунної відповіді можуть перебігати безсимптомно або проявлятися у вигляді незначних ознак гострої респіраторної вірусної інфекції. Але при попаданні великої кількості інфекта і/або наявності в цей період значного послаблення імунної системи у пацієнта може розвинути картина інфекційного мононуклеозу (ІМ) [3,4,7,13,14,16]. Цікавістю до цієї патології викликана зростанням захворюваності, різноманітністю клінічних проявів, важкістю діагностики на ранньому етапі, тривалою втратою працездатності [10]. На ІМ за статистичними показниками найчастіше хворіють діти, особливо підліткового віку, молоді люди, а останнім часом реєструються часті випадки захворювання серед дорослих людей, і, за даними сучасної літератури, спостерігається залежність клінічних проявів ІМ від вікових особливостей, соматичного статусу, супутніх та хронічних захворювань [12].

Метою нашої роботи було вивчення особливостей клінічних проявів ІМ у дорослих з визначенням закономірностей перебігу хвороби залежно від фази і тяжкості захворювання по матеріалам інфекційних відділень Луганської міської клінічної багатoproфільної лікарні №4.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами: робота виконувалася у відповідності до основного плану комплексної науково-дослідницьких робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і являє собою фрагмент теми НДР «Клініко-патогенетична характеристика інфекційного мононуклеозу, лікування та медична реабілітація» (№ держреєстрації 0113U004716).

Матеріали і методи дослідження

Для реалізації мети дослідження нами було обстежено 162 хворих, які проходили стаціонарне лікування в інфекційних відділеннях Луганської міської клінічної багатопрофільної лікарні №4 з діагнозом "Інфекційний мононуклеоз" (МКБ - 10 - В27) за період часу 2001-2012 років.

Отримані результати та їх аналіз

В умовах спеціалізованого інфекційного відділення для госпіталізації хворих на гострий тонзиліт за 12 років (2001-2012) частота діагностованих випадків ІМ складає 12% від усіх пацієнтів, які були госпіталізовані з діагнозом гострого тонзиліту, причому за останні 5 років відмічена чітка тенденція до підвищення їх кількості.

Серед хворих на ІМ були 53 жінки (32,7%) та 109 чоловіків (67,3%), тобто осіб чоловічої статі на стаціонарному лікуванні знаходилося майже на 35% більше. Вікова характеристика хворих на ІМ представлена в нижченаведеній таблиці.

Таблиця 1

Вікова характеристика хворих на ІМ

Рік	Вік хворих ІМ				
	16-20	21-25	26-30	31-40	> 40
2001	1	1	-	-	-
2002	14	3	1	-	-
2003	4	4	1	-	-
2004	7	-	-	1	-
2005	7	7	1	-	1
2006	10	1	-	2	-
2007	6	2	3	-	2
2008	11	6	3	4	1
2009	8	4	2	1	-
2010	2	7	1	1	-
2011	8	5	2	1	1
2012	4	9	1	1	-
Всього	82 (50,6%)	49 (30,2%)	15 (9,3%)	11 (6,8%)	5 (3,1%)

З таблиці 1 наглядно видно зменшення кількості зареєстрованих випадків ІМ із збільшенням віку пацієнтів. Найчастіше захворювання зустрічалось у осіб 16-20 років - 82 людини (50,6%) і 21-25 років - 49 осіб (30,2%), що складає сумарно 131 людину (80,8%). У осіб 26-30 років захворювання зустрічалось у 15 випадках (9,3%), 31-40 років - в 11 випад-

ках (6,8%), старше 40 років - в 5 випадках (3,1%), що складає сумарно у людей старше 25 років 31 випадок захворювання на ІМ (19,2%). Вікова захворюваність відповідає даним сучасної медичної літератури [11, 12].

В більшості випадків хворі поступали в клініку з наступними діагнозами: гострий тонзиліт - 78 хворих (48,1%), ГРЗ - 39 хворих (24,1%), гострий вірусний гепатит - 12 хворих (7,4%), лихоманка неясного генезу - 14 осіб (8,6%), і тільки 19 осіб (11,7%) було направлено з діагнозом ІМ. Така різноманітність діагнозів свідчить про труднощі клінічної діагностики, особливо в ранні терміни захворювання. Це пов'язано не стільки з незнанням лікарями цієї патології, скільки з відсутністю патогномонічних ознак, властивих тільки ІМ [1, 10]. Терміни вступу в стаціонар відрізнялися залежно від ранньої клінічної симптоматики і тяжкості загального стану. У перші 3-5 днів захворювання поступило на стаціонарне лікування 53 особи (32,7%), в основному переважав діагноз гострого тонзиліту і ГРЗ. Після 7-ого дня захворювання поступали хворі з діагнозом вірусного гепатиту, на той час у 6 из 12 хворих була помірна іктеричність шкіряних покривів. Ті хворі, які були направлені з діагнозом лихоманки неясного генезу, поступали, як правило, між 7 и 14 днями захворювання, між 10 і 16 днем поступали хворі з діагнозом ІМ (9 осіб) - коли вже була яскрава клінічна картина цього захворювання, а 6 осіб поступило після 3-х тижнів захворювання. З анамнезу встановлено, що захворювання у останніх перебігало без серйозних суб'єктивних відчуттів і порушення загального стану, що і обумовлює тривале лікування в домашніх умовах.

По тяжкості перебігу захворювання хворі розподілялися таким чином: легкий перебіг у 51 особи (31,5%), середньої важкості у 82 хворих (50,6%) і 29 хворих (17,9%) - важкий перебіг захворювання.

Найбільш постійним синдромом в більшості випадків (150 хворих - 92,6%) була лихоманка від субфебрильної (45 осіб) до фебрильної (105 хворих), по характеру: постійна у 21 особи, ремітуюча у 26 хворих, гектична у 10 осіб, у 16 - хвилеподібна, у інших - неправильного характеру. Відповідно і тривалість її коливалася в різних межах: до 7 днів у 60 хворих, 7-14 днів у 48 хворих, більш 2-х тижнів у 24 хворих. Відмічено, що у хворих 16 - 25 років температура була субфебрильною або помірно високою в середньому до 7 днів. Тоді як у хворих віком 25 років і більше температур була помірно високою, високою і навіть гектичною, зберігалася значно триваліший період часу (у 8 хворих була до 45 днів).

Скарги, клінічні і лабораторні показники у хворих на ІМ

Ознака	Абсолютна кількість	% співвідношення
Скарги:		
1. Підвищення температури тіла	150	92,6
2. Біль в горлі	133	82,1
3. Біль в області шиї	15	9,3
4. Тяжкість в правому підреб'ї	9	5,6
5. Слабкість	162	100
6. Збільшення лімфовузлів	23	14,2
7. Іктеричність шкіри і склер	10	6,2
8. Висип	12	7,4
Клініка:		
1. Збільшення заднешийних лімфовузлів	127	78,4
2. Збільшення підщелепних лімфовузлів	139	85,8
3. Збільшення пахових лімфовузлів	70	43,2
4. Збільшення пахових лімфовузлів	26	16
5. Збільшення печінки	29	17,9
6. Збільшення селезінки	49	30,2
7. Гіперемія слизової ротоглотки	120	74,1
8. Гнійний наліт на мигдаликах	94	58
9. Іктеричність шкіри і склер	10	6,2
10. Висип	12	7,4
Лабораторно:		
1. Мононуклеари	162	100
2. Лейкоцитоз	49	30,2
3. Підвищення ШОЕ	52	32,1
4. Підвищення АЛАТ	93	57,4
5. Підвищення АСАТ	5	3,1
6. Підвищення білірубіну	26	16,2
7. Підвищення тимолової проби	81	50

Синдром інтоксикації (слабкість, зниження апетиту, погіршення сну, ломоту в тілі, стан астенії та ін.) був присутній у всіх вікових групах, але по-різному по мірі прояву і комбінації симптомів. Суб'єктивні відчуття у вигляді болю в горлі, хворобливого ковтання часто були присутні з перших днів хвороби і були більш виражені у хворих віком до 25 років, проте, порівняно з гострим тонзилітом явні зміни в мигдаликах у хворих на ІМ з'являлися після 3-6-го дня захворювання. Об'єктивна картина слизової ротоглотки була представлена у вигляді катарального тонзиліту у 26 хворих, лакунарної ангіни - 46 хворих, фолікулярною ангіною - 32 особи, у 16 хворих - виразково-некротичною формою, у 5 хворих з явищами паратонзиліту. Зміни з боку ротоглотки були більш виражені у молодих, ніж у хворих більш старшого віку, що також сприяло пізньому звертання за медичною допомогою. Часто хворі вже в домашніх умовах самостійно або за призначенням лікаря приймали антибіотики, але ефекту від лікування не наставало, а, навпаки, ангіна прогресувала, загальний стан становився важчим. Ця ознака, на нашу думку, допомагає лікареві впевнитися в вірності діагнозу ІМ, а не гострого тонзиліту. Таким чином, синдром тонзиліту, за нашими даними відмічений у 120 чоловік (74,1%).

Одним з провідних синдромів при ІМ є генералізована лімфаденопатія або локалізований лімфаденіт [1]. З таблиці 2 видно, що у 139 хворих (85,8%) на ІМ ми відмічали збільшення підщелепних лімфовузлів, заднешийних лімфовузлів у 127 хворих (78,4%), пахових лімфовузлів у 70 хворих (43,2%), пахових лімфовузлів у 26 хворих (16%). Чим молодше були хворі, тим більше спостерігалися збільшення лімфатичних вузлів. За характеристикою вони були однотипові: помірно-щільнуваті, рухливі, чутливі або злегка хворобливі. Хворі відмічали досить раннє збільшення шийних лімфовузлів, часто не надаючи цьому значення. Процес зворотнього розвитку лімфаденопатії носить затяжний характер в порівнянні з гострим тонзилітом. Частина хворих (21 людина) після місячного перебування в стаціонарі були виписані з явищами лімфаденопатії.

За даними літератури гепатолієнальний синдром найбільш характерний для дитячого і підліткового віку і рідше проявляється у дорослих (збільшення печінки у 63%, селезінки у 1/3 хворих) [11,12]. За нашими спостереженнями на іктеричність шкіри і склер пред'являли скарги 10 осіб (6,2%), тяжкість в правому підреб'ї у 9 осіб (5,6%), об'єктивне збільшення селезінки спостерігалось у 49 осіб (30,2%), збільшення печінки в 29 (17,9%) випадках. За характеристикою гепатолієнального

синдрому відзначалося збільшення печінки і селезінки, ущільнення цих органів, при пальпації безболісність, а у поєднанні з високою лихоманкою незмінно виникала необхідність диференційної діагностики з сепсисом, системними захворюваннями крові [8, 9]. Регрес гепатолієнального синдрому уповільнений саме в старшій віковій групі; у 3 випадках з 78 гепатолієнальний синдром зберігався протягом 1,5 місяця. Усі хворі, у яких були скарги на нудоту, зниження апетиту, потемніння сечі, іктеричність шкіри і склер, тяжкість в правому підребір'ї, усі вони були направлені в стаціонар з попереднім діагнозом: гострий вірусний гепатит. В процесі спостереження за хворими відмічено швидке згасання жовтяниці. В цілому жовтяничний період був від 5 до 8-ми днів, при цьому жовтяниця була слабо або помірно виражена. Всі хворі з підозрою на гострий вірусний гепатит були обстежені на маркери до вірусів гепатиту А, В та С, при цьому результат був негативний, незважаючи на зміни функціональних проб печінки. Тобто, це говорило на користь вторинного гепатиту як одного з синдромів ІМ.

Висип на шкіряних покрових у хворих на ІМ відзначався у 12 осіб (7,4%). Порівняно з хворими до 25 років, висип в групі хворих, яким було більше за 25 років, був значно рідший - у 2 з 12 хворих (16,7%). Характеристика висипу від розеолезної до плямисто-папульозної, в 2-х випадках висип був геморагічним, зберігався від 6 до 8 днів в середньому, в 3-х випадках - слабо виражене луцення.

З боку шлунково-кишкового тракту у 8-ми (4,9%) хворих були відмічені скарги на болі в животі, короткочасна діарея, що спочатку відповідало діагнозу гострої кишкової патології. Клініка гастроентериту в основному спостерігалася в перший тиждень захворювання, і надалі це відбилося на течії захворювання - в усіх хворих зафіксовано середня важкість, і навіть важка течія з вираженим синдромом токсикозу. Копрологічні, бактеріологічні і серологічні дослідження допомогли виключити кишкову патологію.

З боку серцево-судинної системи і органів дихання явної патології нами виявлено не було.

Для всіх хворих на ІМ упродовж хвороби була характерна виражена адинамія, підвищена дратівливість, апатія, погіршення сну, постійна пітливість. Незважаючи на високу температуру у 25-ти хворих, всі вони відмічали задовільну її переносимість, це було характерно як для підлітків, так і для дорослих. Відносно тяжкості захворювання наші спостереження показали, що ІМ у дорослих перебігав важче, клінічні варіанти були різноманітніші, або протікали по змішаному

варіанту. За нашими спостереженнями частіше реєструються септичні варіанти, що також було відмічено у дорослих хворих, тому на ранньому етапі виникає необхідність диференціації з сепсисом [10].

Пріоритетним і остаточним в постановці діагнозу ІМ є гемограма. Вона однакова для всіх вікових груп: лейкоцитоз із зрушенням білої крові праворуч за рахунок лімфоцитозу (збільшення кількості лімфоцитів від 40% до 90%), і на тлі цього наявність атипичних мононуклеарів в досить великій кількості - більше 5%. У чверті хворих поява атипичних мононуклеарів затримувалася, вони з'являлися на 2 і 3-му тижні хвороби, що значно затруднювало діагностику захворювання. З настанням періоду реконвалесценції наростала кількість моноцитів на тлі зниження загальної кількості лімфоцитів. Атипичні мононуклеари зберігалися досить довго, поступово зменшувались в кількості на тлі загального лімфоцитозу. При 45-48% -ном вмісті лімфоцитів атипичні мононуклеари були одиничними або не визначалися. У клініці захворювання між збільшенням печінки і селезінки, лімфаденітом і показниками лімфоцитозу є видима пряма залежність. Збільшення печінки, зміни в біохімічному аналізі крові (підвищення АЛАТ (57,4%), АСАТ (3,1%), тимолової проби (50%), білірубіну (16,2%)) підтверджували наявність вторинного гепатиту.

При детальному вивченні анамнезу життя, що відображено в таблиці 3 були виявлені супутні захворювання з боку шлунково-кишкового тракту: хронічний холецистит (21,0%), хронічний панкреатит (4,3%), хронічний гастрит (2,5%), хронічний вірусний гепатит С (2,5%), хронічний гастродуоденіт (1,9%), виразкова хвороба 12-палої кишки (1,9%), виразкова хвороба шлунку (1,9%), хвороба Жильбера (1,2%), солітарна проста кіста печінки (0,6%). Патологія сечостатевої системи: хронічний пієлонефрит (3,0%), хронічний цистит (2,5%), ерозія шийки матки (1,9%), хронічний простатит (1,2%), кіста яєчника (1,2%). Патологія серцево-судинної системи: вегето-судинна дистонія (6,0%), гіпертонічна хвороба (3,0%), серцева недостатність (1,9%), синдром Рейно (0,6%). У одного хворого (0,6%) був виявлений міокардитичний кардіосклероз з передсердною екстрасистолією. Патологія дихальної системи: хронічний тонзиліт (6,8%), хронічний бронхіт (4,5%), гострий гнійний гайморит (0,6%) і інша патологія: сколіоз (4,3%), ідіопатична подагра (0,6%). Таким чином, ми відмічаємо зростання захворюваності на ІМ і зокрема серед дорослого населення, не виключаючи вплив хронічних та супутніх захворювань а також екологічних чинників на імунітет людини [12].

Супутня патологія у хворих на ІМ

Супутня патологія	Абсолютна кількість	% співвідношення
Хронічний гастрит	4	2,5
Хронічний гастродуоденіт	3	1,9
Хронічний холецистит	34	21,0
Хронічний панкреатит	7	4,3
Хронічний вірусний гепатит С	4	2,5
Виразкова хвороба 12-палої кишки	3	1,9
Виразкова хвороба шлунку	3	1,9
Солітарна проста кіста печінки	1	0,6
Хвороба Жильбера	2	1,2
Хронічний цистит	4	2,5
Хронічний пієлонефрит	5	3,0
Кіста яєчника	2	1,2
Хронічний простатит	2	1,2
Ерозія шийки матки	3	1,9
Гіпертонічна хвороба	5	3,0
Вегето-судинна дистонія	10	6,0
Синдром Рейно	1	0,6
Миокардитичний кардіосклероз	1	0,6
Передсердна екстрасистолія	1	0,6
Серцева недостатність	3	1,9
Хронічний бронхіт	8	4,9
Хронічний тонзиліт	11	6,8
Гострий гнійний гайморит	1	0,6
Сколіоз	7	4,3
Ідіопатична подагра	1	0,6

Для підвищення інформованості лікарів амбулаторно-поліклінічної ланки, дерматологів, ЛОР-лікарів і лікарів інших медичних спеціальностей, включаючи представників сімейної медицини, слід посилити інформаційно-освітню діяльність відносно цього захворювання, ретельно ознайомити з сучасною діагностикою хвороби, ефективними підходами до лікування, реабілітації і профілактики ІМ [2].

Висновки

1. ІМ є досить поширеним інфекційним захворюванням, що зустрічається частіше у осіб чоловічої статі і у пацієнтів молодого віку.

2. Для дорослих людей частіше характерний поступовий розвиток захворювання, різноманітність клінічних симптомів і синдромів, їх різні поєднання, тобто клінічний поліморфізм.

3. Збільшилось число септикоподібних варіантів, що обумовлено приєднанням вторинної бактеріальної інфекції на тлі імунодефіциту і супутньої хронічної патології.

4. У старшій віковій групі частіше відмічена пізня поява в крові атипових мононуклеарів, що ускладнює діагностику; триваліша течія з повільним регресом і відновленням гемограми.

Література

1. Бабаєв Ю.Я. Клинические проявления инфекционного мононуклеоза / Ю.Я. Бабаєв – Киев, 1987. – С. 39-43.
2. Богомолов Б.П. Инфекционные болезни: неотложная диагностика, лечение, профилактика / Б.П. Богомолов. – М.: Ньюдиамед, 2007. – С. 474-488.
3. Возіанова Ж.І. Інфекційні та паразитарні хвороби / Ж.І. Возіанова. – Т. 2. – Київ: Здоров'я, 2001. – С. 611-625.
4. Гранитов В.М. Герпесвірусная инфекция / В.М. Гранитов. – М.: Медицинская книга; Н.Новгород: Издательство НГМА, 2001. – 88 с.
5. Инфекционные болезни / Ю.В. Лобзин, Т.М. Зубик, К.С. Иванова [и др.]. – СПб.: Спецлит, 2001. – С. 172-175.
6. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. – [2-е изд.]. – М.: Геотар-Медицина, 2009. – С. 450-457.
7. Інфекційні хвороби / М.Б. Тітов, Б.А. Герасун, Л.Ю Шевченко [та інші.]. – Київ: Вища школа, 1995. – 481 с.
8. Казмирчук В.Е. Диагностика и лечение инфекции, вызванной Эпштейн-Барр вирусом (вирусом герпеса человека 4 типа) / В.Е. Казмирчук, Д.В. Мальцев // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2011. – № 4 (43). – С. 69-75.
9. Лазарева Г.Ю. Диагностический справочник инфекциониста / Г.Ю. Лазарева. – М.: АСТ, 2007. – С. 197-200.
10. Лобзин Ю.В. Маски инфекционных болезней / Ю.В. Лобзин, Ю.П. Финогеев, Ю.А. Винакмен. – СПб.: Фолиант, 2003. – 200 с.
11. Пархоменко В.П. Инфекционный мононуклеоз у детей / В.П. Пархоменко, А.Ф. Виноградов // Российский медицинский журнал. – 2005. – № 2. – С. 56-58.
12. Постовит В.А. Особенности инфекционных болезней у лиц пожилого и старческого возраста / В.А. Постовит, О.А. Дунаевский. – Л., 1982. – 190 с.

13. Ющук Н.Д. *Лекции по инфекционным болезням. В 2 т. / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. - Т. 1. - [2-е изд.] . - М.: ВУНМЦ, 1999. - С. 228-242.*

14. Cruchley A.T. *Epstein-Barr virus: biology and disease / A.T. Cruchley, D.M. Williams, G. Niedobitek // Oral Dis. - 1997. - Vol. 3, № 1. - P. 153-156.*

15. Glenda C. *The ins and outs of EBV infection / C.Glenda Faulkner, S. Andrew Krajewski and H.Dorothy, A Crawford // Trends in Microbiology. - 2000 - № 8. - P. 185-189.*

16. *Principles and practice of infection disease / edition by Gerald L. Mandell, R. Gordon Douglas, Jr. John E. Bennet. - [3-rd ed.]. - Churchill Livingstone New York; Edinburgh; London; Melbourne; Tokyo, 1990. - P. 796-800.*

Резюме

Юган Я.Л. *Особенности клинического течения инфекционного мононуклеоза у взрослых.*

Проведено исследование особенностей клинической характеристики больных инфекционным мононуклеозом, находившихся на стационарном лечении. Для взрослых людей чаще характерно постепенное развитие заболевания, разнообразие клинических симптомов и синдромов, их разные сочетания, то есть клинический полиморфизм. В старшей возрастной группе чаще отмечено позднее появление в крови атипичных мононуклеаров, которая усложняет диагностику; более длительное течение с медленным регрессом и восстановлением гемограммы.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, клиника.

Резюме

Юган Я.Л. *Особенности клинического течения инфекционного мононуклеоза у взрослых.*

Проведено дослідження особливостей клінічної характеристики хворих на інфекційний мононуклеоз, що знаходилися на стаціонарному лікуванні. Для дорослих людей частіше характерний поступовий розвиток захворювання, різноманітність клінічних симптомів і синдромів, їх різні поєднання, тобто клінічний поліморфізм. У старшій віковій групі частіше відмічена пізня поява в крові атипичних мононуклеарів, що ускладнює діагностику; триваліший перебіг з повільним регресом і відновленням гемограми.

Ключові слова: інфекційний мононуклеоз, клініка.

Summary

Yugan Y.L. *Adults have features of clinical motion of infectious mononucleosis.*

A study of clinical features characteristic of patients with infectious mononucleosis who on stationary treatment was provided. For the persons of ripe years more frequent characteristic gradual development of disease, variety of clinical symptoms and syndromes, them different combinations, id est clinical polymorphism. In the patients age-related group late appearance is more frequent marked in blood of atipic mononuclear, which complicates diagnostics; more protracted flow is with slow regress and proceeding in hemogram.

Key words: infectious mononucleosis, clinic.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.О. Терьшин

УДК 314.32:575.1(477.61)

ОЦІНКА ПОТЕНЦІАЛУ ЗБІЛЬШЕННЯ НАРОДЖУВАНOSTІ ТА ГЕНЕТИЧНОГО ТЯГАРЯ В ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

О.О. Агафонова

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

В умовах несприятливої демографічної ситуації, коли кожні п'ять років на 20% зменшується кількість жінок, які здатні народити дитину, особливо актуальним є збереження і розвиток вагітності у подружніх пар, які бажають мати дітей [1-3]. Сьогодні проблема репродуктивних втрат за рахунок плоду, особливо невиношування вагітності, яке складає близько 50 % в їх структурі [4], за своєю соціальною значущістю є найактуальнішою. За різними оцінками частота невиношування вагітності складає 10-25%. Підвищенню її рівня сприяє ранній початок статевого життя, збільшення кількості вагітностей серед дівчаток-підлітків і жінок пізнього репродуктивного віку, широкое поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом [5].

Розвиток генетики людини дає сьогодні зрозуміти, що в основі всіх захворювань як спадкової, так і мультифакторіальної природи, куди відносять і патологію репродуктивної системи, важлива роль належить генетичним факторам. Так, генетичний фактор вважається однією з головних причин невиношування вагітності на ранніх термінах. І якщо раніше в це поняття входило лише наявність хромосомних аберацій як у подружжя, так і у абортусів [5, 6-8], то сьогодні при наявності нових високотехнологічних молекулярних методів діагностики уже визначають і генні мутації, і наявність спадкової схильності. Ризик невиношування залежить від функціонального стану генів системи детоксикації, фолатного циклу, головного комплексу гістосумісності HLA-системи, факторів згортання крові, факторів росту [9]. Відносний внесок генетичних і середовищних факторів різний в кожному окремому випадку, і їх необхідно оцінювати для кожного подружжя, адже проблему невиношування неможливо вирішити лише під час вагітності, необхідне комплексне обстеження поза вагітністю, в т.ч. ранне досимптоматичне виявлення пар з високим ризиком [9].