

Манкевич Р. Н.

*Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск*

Василёнок Е. В.

*Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск*

АРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ПОЛИЛИМФАДЕНОПАТИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ У ДЕТЕЙ

В последние годы в мире отмечается неуклонный рост заболеваемости инфекционным мононуклеозом (ИМ) детского населения, в том числе и в Республике Беларусь. ИМ — это инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, синдромом полилимфаденопатии, тонзиллитом, аденоидитом и наличием в гемограмме атипичных мононуклеаров. В 85 % случаев ИМ вызывается вирусом Эпштейна–Барр (ВЭБ), в остальных — другими возбудителями (цитомегаловирус, герпес-вирусы 6, 7 типа, вирус иммунодефицита человека, аденовирус, иерсинии, токсоплазма и др.). Одним из наиболее частых синдромов ИМ, вызванного особенно ВЭБ, является синдром лимфаденопатии, при котором отмечается увеличение различных групп лимфатических узлов, как поверхностных, так и глубоких групп [1–7]. По данным литературы, наиболее характерным считается увеличение следующих групп лимфатических узлов: поднижнечелюстные, шейные и мезентериальные [1, 2, 4–7]. Поэтому **целью** нашего исследования было оценить синдром лимфаденопатии при ИМ у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы. Обследовано 135 детей с ИМ в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в 2015 г. в УЗ ГДИКБ г. Минска. Из них 105 пациентов с ИМ, вызванным ВЭБ (ИМ-ВЭБ), составили группу исследования. Остальные пациенты, у которых причиной ИМ был другой патоген (ИМ-неВЭБ), вошли в группу контроля. Также в группу контроля были включены пациенты с вирусными заболеваниями, при которых возможно увеличение лимфоузлов, особенно в брюшной полости: 25 детей с ротавирусной инфекцией (РВИ) и 24 ребёнка с энтеровирусной инфекцией (ЭВИ). Все пациенты с ИМ-ВЭБ были разделены на три группы. В 1 группу вошли 35 детей в возрасте 1–5 лет (ср. возр. $3,2 \pm 0,2$ года), из них 19 мальчиков и 16 девочек. Во 2 группу — 35 человек в возрасте 6–10 лет (ср. возр. $7,4 \pm 0,2$ года), из них 20 мальчиков и 15 девочек. В 3 группу 35 пациентов в возрасте 11–17 лет (ср. возр. $14 \pm 0,4$ лет), из них 24 мальчика и 11 девочек. Все группы сопоставимы по возрасту ($p < 0,05$) и полу.

Диагноз ИМ выставлялся на основании типичной клинической картины и обнаружения в периферической крови атипичных мононуклеаров свыше 10 %. Верификация диагноза осуществлялась обнаружением иммуноглобулинов М к вирусному капсидному антигену ВЭБ в крови пациентов методом иммуноферментного анализа (ИФА), а также определением ДНК ВЭБ методом полимеразной цепной реакции. РВИ верифицировалась обнаружением ротавирусного антигена в фекалиях пациентов методом ИФА, а ЭВИ — определением в крови иммуноглобу-

линов М к энтеровирусам методом ИФА. Увеличение лимфатических узлов в брюшной полости (мезентериальных, в области ворот печени и ворот селезенки) определяли методом УЗИ. Статистическую обработку полученных данных проводили традиционными методами математической статистики с использованием стандартного обеспечения для IBM PC.

Результаты и обсуждение. Синдром полилимфаденопатии с вовлечением поверхностных и глубоких групп лимфатических узлов был характерен для большинства пациентов с ИМ-ВЭБ (выявлялся у 86 %, 89 % и у 92 % пациентов 1, 2 и 3 групп соответственно), в то время как среди пациентов контрольной группы лимфаденопатия отмечалась только у 4,2 % детей. При этом установлено наличие полилимфаденопатии с вовлечением в патологический процесс 3–4 групп лимфатических узлов. Среди периферических лимфатических узлов имело место увеличение преимущественно шейных и поднижнечелюстных лимфоузлов, которое наблюдалось у детей всех групп. Шейные лимфоузлы представляли собой чаще «цепочки» эластической консистенции, практически безболезненные при пальпации. У пациентов с ИМ-ВЭБ среди шейных лимфатических узлов чаще увеличивались заднешейные, а у детей контрольной группы выявлялись переднешейные и заднешейные. Это были, в основном, пациенты с ИМ-неВЭБ и несколько человек с ЭВИ, для пациентов с РВИ увеличение лимфатических узлов было не характерно.

При оценке групп глубоких лимфатических узлов по данным УЗИ органов брюшной полости у большинства (89 %) пациентов с ИМ-ВЭБ имело место увеличение лимфатических узлов, которые определялись в области ворот печени и/или ворот селезенки. При этом увеличения мезентериальных лимфатических узлов нами не было выявлено ни у одного ребенка, что отличается от общепринятых литературных данных [1, 2, 4–7]. Для пациентов контрольной группы увеличение лимфоузлов в брюшной полости было не характерно и выявлялось в 22,4 % случаев ($p < 0,05$) и только у детей с ИМ-неВЭБ.

У детей 1 группы (1–5 лет) в 69 % случаев отмечалось увеличение лимфатических узлов в области ворот печени (ср. размер $5,4 \pm 0,6$ мм) и в области ворот селезенки (ср. размер $4,6 \pm 0,7$ мм). У пациентов 2 группы (6–10 лет) увеличение лимфатических узлов в области ворот печени и селезенки выявлялось достоверно чаще, чем в 1 группе (в 83 % случаев, $p < 0,05$), средние размеры их были тоже достоверно больше и составили $9,2 \pm 0,9$ мм и $8,3 \pm 0,8$ мм соответственно ($p < 0,05$). Для пациентов 3 группы (11–17 лет) также было характерно увеличение лимфатических узлов в 86 % случаев (достоверно чаще в сравнении с 1 группой ($p < 0,05$) и 2 группой ($p < 0,05$)), при этом средний размер лимфоузлов в области ворот печени составил $13,3 \pm 1,1$ мм, а средний размер лимфоузлов в области ворот селезенки — $10,1 \pm 0,8$ мм.

Выявлена достоверная прямая коррелятивная связь между возрастом пациентов и размером лимфатических узлов при ИМ-ВЭБ. Чем старше пациент с ИМ-ВЭБ, тем чаще встречается увеличение лимфатических узлов в воротах печени и в воротах селезенки, а также увеличивается и диаметр лимфоузлов. При оценке лимфоузлов в области ворот печени коэффициент корреляции составил $r = +0,46$, $p < 0,001$, лимфоузлов в области ворот селезенки — $r = +0,14$, $p < 0,05$.

Выводы:

1. Для большинства пациентов с ИМ, вызванным ВЭБ, не зависимо от возраста характерен синдром полилимфаденопатии, который характеризуется преимущественным увеличением шейных, поднижечелюстных лимфатических узлов, а также лимфоузлов в области ворот печени и селезенки. При этом не характерно увеличение мезентериальных лимфатических узлов.

2. Чем старше пациент, тем достоверно чаще встречается увеличение лимфатических узлов в области ворот печени и селезенки ($p < 0,05$) и тем достоверно больше их размер ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, И. П. Диагностическое значение клинико-лабораторных признаков инфекционного мононуклеоза / И. П. Баранова, Д. Ю. Курмаева, О. Н. Лесина // Детские инфекции. 2013. № 3. С. 51–55.

2. Инфекционный мононуклеоз у детей, ассоциированный с вирусами герпеса 4-го и 5-го типов / Е. Б. Касимова [и др.] // Инфекционные болезни. 2012. Т. 10, № 3. С. 44–47.

3. Манкевич, Р. Н. Клинико-лабораторные показатели и терапия инфекционного мононуклеоза у детей / Р. Н. Манкевич, М. А. Свистунова // Здоровоохранение. 2015. № 11. С. 9–13.

4. Клинико-лабораторная характеристика инфекционного мононуклеоза у детей / Г. П. Мартынова [и др.] // Лечение и профилактика. 2015. № 4(16). С. 29–35.

5. Постаногова, Н. О. Клинико-лабораторные особенности инфекционного мононуклеоза у госпитализированных детей в зависимости от этиологии заболевания / Н. О. Постаногова, Л. В. Софронова, Т. К. Рысинская // Актуальные вопросы педиатрии : материалы межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участием. 2016. С. 98–103.

6. Эпштейн–Барр вирусная инфекция у детей : совершенствование программы диагностики и лечения / Э. Н. Симованьян [и др.] // Детские инфекции. 2016. № 1. С. 15–24.

7. Myers, A. L. Abdominal and Retroperitoneal Lymphadenopathy / A. L. Myers, M. A. Jackson // Clinical syndromes and cardinal features of infectious diseases. 2008. Vol. 47. № 12. P. 187–206.