

Кленницкая Т.А.

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА КАК МАРКЕР ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Батян Г. М.

1-я кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Узловатая эритема(УЭ) – неспецифический иммуновоспалительный синдром, который может быть вызван широким спектром факторов инфекционной и неинфекционной этиологии. К инфекционным антигенам относят β -гемолитические стрептококки группы А, микобактерии туберкулеза, иерсинии, сальмонеллы, цитомегаловирусы, вирусы гепатитов В и С, вирусы Эпштейна-Барр, герпеса и др. УЭ является не редким симптомом ревматических заболеваний, системных васкулитов и др. Заболевание характеризуется достаточно выразительной клинической симптоматикой, однако до сих пор нет цельной и единой концепции его этиопатогенеза, клинико-морфологического субстрата и терапии. В основе патогенеза лежит образование и отложение иммунных комплексов на эндотелии сосудов и вокруг них, что приводит к воспалительному поражению мелких сосудов кожи и подкожной клетчатки. Имеет значение активация комплемента и гиперпродукция фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α) с формированием гранулем. УЭ в некоторых случаях развивается при сальмонеллезе, где основным повреждающим фактором является высвобождение значительного количества эндотоксина в кровотоке вследствие гибели бактерий, что обуславливает запуск иммунных реакций и развитие острого воспалительного ответа. В отдельных случаях сальмонеллы фиксируются в макрофагально-гистиоцитарной системе, что, при наличии несостоятельности иммунной системы, может привести к пролиферативному воспалению с клиническими симптомами сходными с проявлениями системного васкулита. Такие иммунопатологические изменения характерны для субклинической формы сальмонеллеза, которая протекает бессимптомно.

Цель: оценить частоту возникновения УЭ в клинике инфекционных заболеваний.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 2759 пациентов с диагнозом сальмонеллез (A02.0-A02.9), находившихся на лечении в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска в 2015-2019 гг., и 39 пациентов с диагнозом узловатая эритема (L52).

Результаты и их обсуждение. Из 2759 пациентов с диагнозом сальмонеллез, типичная форма, только у 9 (0,3%) выявлена УЭ. Среди 48 пациентов с УЭ было 24 мальчика и 24 девочки (1:1). 45,8% (n=22) в возрасте до 5 лет, 31,3% (n=15) – до 10 лет, 22,9% (n=11) – до 16 лет. У 35 пациентов с УЭ выявлены инфекционные агенты: у 25,7% (n=9) - *Salmonella enteritidis* (типичная форма сальмонеллеза), у 25,7% (n=9) – *Salmonella enteritidis* (без гастроинтестинальных проявлений), у 28,6% (n=10) – стрептококковая инфекция (ринофарингит, тонзиллит, рожистое воспаление), у 8,5% (n=3) – аденовирусная, у 5,7% (n=2) – энтеровирусная, у 2,9% (n=1) – цитомегаловирусная, у 2,9% (n=1) – кандидозная инфекция (афтозный стоматит). У 7 пациентов с УЭ и фарингитом либо ринофарингитом, инфекционный агент не был выявлен. У 6 пациентов УЭ была единственным клиническим проявлением.

Выводы. При наличии адекватного иммунного ответа, сальмонеллезная инфекция протекает в типичной форме, без формирования иммунопатологического синдрома в виде узловатой эритемы. У пациентов с лабораторно выявленной сальмонеллезной инфекцией без клинических проявлений развивается узловатая эритема, как маркер несостоятельности иммунных реакций. При диагностике УЭ без других клинических проявлений в план обследования рекомендуется включать исследование на сальмонеллезную инфекцию.