

инфекции и локализовались, как правило, в правой илеоцекальной области, а при моновирусном гепатите А — в правом подреберье и эпигастральной области.

Таким образом, клиника распространенного в настоящее время спорадического псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза отличается выраженной температурной реакцией в начале заболевания, симптомами интоксикации и обильной экзантемой различного характера. Сочетанные формы псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза с вирусным гепатитом А характеризуются сочетанием симптомов иерсиниоза и вирусного гепатита, что необходимо учитывать в дифференциальной диагностике и терапии.

Литература

1. Савенкова М.С., Афанасьева А.А., Скурда Т.А., Капустин И.В. / *Детские инфекции*. — 2004. — № 4 — С. 10–14.

2. Учайкин В.Ф., Гордеев А.В., Бениова С.Н. *Иерсиниозы у детей*. — М. : ГЭОТАР, 2005.

Поступила в редакцию 04.06.2008.

FEATURES OF THE IERSINIOSIS IN CHILDREN IN MONO- AND MIXT-FORMS

N.V. Burma¹, E.N. Yursova², O.F. Sedulina², T.V. Pomelova¹, I.V. Belogortseva¹, O.A. Skaly¹, A.S. Butyukova¹, O.V. Vyalkova¹

¹City Hospital No. 2, (Vladivostok), ²Vladivostok State Medical University

Summary — Results of clinical supervision of 144 children with pseudo-tuberculosis and intestinal iersiniosis and their combinations to virus hepatitis A. The clinical features of sporadic variants of the specified infections, their expressed severity, frequency and character of the exanthema syndrome, and also a combination of symptoms of iersiniosis and virus hepatitis A in mixed cases are submitted, that is necessary to take into account in diagnostics and treatment of children.

Key words: children, iersiniosis, mixed infections, clinic.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 4, p. 60–62.

УДК 616.988.55-022-053.3/5

Р.В. Ремезкова, О.Г. Савина, Л.И. Рыбаченко, М.А. Терпугова, И.Я. Белова, Н.Л. Гельцер, Е.В. Ананьева, Т.О. Свириноква, И.А. Маслякко

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

КЛИНИКА ЭПШТЕЙНА–БАРР-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, дети, клиника.

Обследованы 113 детей в возрасте от 1 года до 14 лет, среди которых 51 (45,1%) были в возрасте от 1 года до 3 лет. У больных с помощью иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции верифицировали Эпштейна–Барр-инфекцию, преимущественно в среднетяжелой форме (97,3%). Анализ клиники показал, что у детей раннего возраста в начале болезни преобладали симптомы острого респираторного заболевания с лимфаденитом, что затрудняло диагностику инфекции, и только в разгар болезни развивался патогномичный симптомокомплекс, который регистрировался у детей старшего возраста уже в начале заболевания.

Введение. Несмотря на то что проблеме инфекционного мононуклеоза посвящено достаточно много научных трудов, актуальность ее по-прежнему остается. Это связано прежде всего с высокой заболеваемостью инфекционным мононуклеозом, которая в России составляет 7,5 случаев на 100 тыс. населения. Наиболее распространена она среди детского населения — 34,0 на 100 тыс. [5]. Клинические проявления у детей разнообразны, что создает определенные трудности для своевременной и правильной диагностики, также возникают проблемы при дифференциально-диагностическом разграничении инфекционного мононуклеоза и заболеваний, сопровождающихся мононуклеозоподобным синдромом. Частота ошибок на догоспитальном этапе составляет от 40 до 90%, особенно у детей раннего возраста [6]. Благодаря появлению новых

методов диагностики были подробнее изучены клиника и вопросы диагностики инфекционного мононуклеоза, вызванного цитомегаловирусом, герпесвирусами и сочетанными вариантами этих инфекций [2, 3, 4].

Учитывая все вышеизложенное, мы провели детальный анализ клиники и течения инфекционного мононуклеоза, вызванного вирусом Эпштейна–Барр (ВЭБ) в возрастном аспекте.

Материалы и методы. Обследованы 113 детей в возрасте от 1 года до 14 лет (69 мальчиков и 44 девочки), больных инфекционным мононуклеозом средней и тяжелой степени тяжести. Тяжелая форма регистрировалась в 2,7% случаев, среднетяжелая — в 97,3% (пациенты с легкими формами в стационар не поступали). Среди наблюдаемых были дети от 1 года до 3 лет (51 ребенок — 45,1%)

На догоспитальном этапе ошибки в постановке диагноза были достаточно часты: правильный диагноз был поставлен лишь в 30,1% случаев. Чаше дети поступали с различными формами ангины (55,8%) и острыми респираторно-вирусными инфекционными заболеваниями (14,1%), сопровождавшимися мононуклеозоподобным синдромом, лимфаденитом и гепатомегалией.

Диагноз верифицировался на основании твердофазного иммуноферментного анализа, с помощью которого определяли антитела к антигенам

ВЭБ-инфекции (анти-VEB VCA IgM, анти-VEB NA IgG и анти-VEB EA IgG), а также методом полимеразной цепной реакции: выявляли ДНК ВЭБ в сыворотке крови.

Результаты и их обсуждение. Клинические проявления у всех больных детей с инфекционным мононуклеозом, вызванным ВЭБ, были типичны (табл. 1). Заболевание начиналось остро, с первых дней болезни на первый план выступали такие симптомы, как гипертермия, вялость, недомогание, головная боль, гиперемия зева. Лихорадка выявлялась у всех больных и достигала $39,5^{\circ}\text{C}$ и более, отличаясь монотонностью, отсутствием эффекта от приема жаропонижающих препаратов и длительностью в среднем $7,7 \pm 1,3$ дня. На 2–3-и сутки заболевания в большинстве случаев присоединялось затрудненное носовое дыхание, дети дышали открытым ртом, у половины пациентов проявлялось «храпящее» дыхание во сне, голос приобретал гнусавый оттенок. Лицо было одутловатым с пастозностью век у 52 больных. Изменения в ротоглотке сопровождались явлениями тонзиллита. Во всех случаях отмечалась боль в горле при глотании, распространенная яркая гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, гипертрофия миндалин II–III степени. В то же время инфильтрация и зернистость мягкого неба, дужек отмечались менее чем в половине случаев. Гнойные налеты характеризовались обильными распространенными наложениями на миндалинах, а длительность «ангинозного» периода составила в среднем $7,2 \pm 0,8$ дня. Чаше регистрировалось увеличение подчелюстных лимфоузлов. У половины обследуемых встречается лимфопролиферативный синдром, как правило, с вовлечением трех-четырех групп лимфатических узлов.

Увеличение печени определялось на 1–2-й день заболевания. При пальпации край печени был эластичным, выявлялась умеренная болезненность. Почти в половине случаев регистрировались абдоминальные боли, связанные с растяжением капсулы печени. Увеличение селезенки определялось у 49 детей. Экзантема у большинства пациентов появлялась на 3–5-й день заболевания и сохранялась в течение 5–7 дней. Она характеризовалась ярко-розовыми пятнисто-папулезными высыпаниями, как правило, средних размеров. Интенсивность высыпаний была различной. Элементы сыпи располагались на туловище и конечностях, сопровождались кожным зудом, исчезали без пигментации и шелушений (табл. 1).

Анализ клинической картины инфекционного мононуклеоза в разгар болезни (5–10-й день) по-

Таблица 1
Клиника инфекционного мононуклеоза, вызванного ВЭБ, в различные сроки болезни

Симптом		Частота регистрации			
		начало заболевания		разгар болезни	
		абс.	%	абс.	%
Повышение t° выше $39,5^{\circ}\text{C}$		113	$100,0 \pm 0,0$	102	$90,3 \pm 2,6$
Пастозность лица		52	$46,0 \pm 6,9$	11	$9,7 \pm 2,6$
Нарушение носового дыхания		100	$88,5 \pm 3,0$	79	$69,9 \pm 4,2$
Увеличение миндалин II–III ст.		113	$100,0 \pm 0,0$	97	$85,8 \pm 3,1$
Зернистость задней стенки глотки		48	$42,4 \pm 7,1$	72	$63,7 \pm 4,4$
Гнойные налеты на миндалинах		77	$68,1 \pm 5,3$	37	$32,7 \pm 4,3$
Увеличение лимфоузлов	тонзиллярных	91	$80,5 \pm 4,1$	99	$87,6 \pm 2,9$
	шейных	74	$65,5 \pm 5,5$	100	$100,0 \pm 0,0$
	подмышечных	36	$31,9 \pm 4,4$	36	$31,9 \pm 4,4$
	паховых	31	$27,4 \pm 4,2$	31	$27,4 \pm 4,2$
Увеличение печени		73	$64,6 \pm 5,5$	108	$95,6 \pm 1,7$
Увеличение селезенки		49	$43,4 \pm 4,6$	31	$27,4 \pm 4,1$

казал, что в подавляющем большинстве случаев сохранялся гипертермический синдром (в пределах $38,0$ – $38,5^{\circ}\text{C}$), в половине наблюдений регистрировалась вторая волна лихорадочного периода. Одутловатость лица и пастозность век оставались лишь у десятой части детей, в то время как нарушение носового дыхания регистрировалось более чем в половине случаев.

Явления тонзиллита с течением болезни уменьшались, гнойные налеты на миндалинах наблюдались лишь у трети больных. Но сохранялась и увеличивалась частота встречаемости зернистости задней стенки глотки и небных дужек. В период разгара болезни регистрировалась лимфаденопатия преимущественно тонзиллярных и шейных лимфоузлов, умеренно болезненных при пальпации, не спаянных между собой и окружающими тканями.

Постоянным симптомом инфекционного мононуклеоза в период разгара является гепатомегалия, ибо возбудитель обладает высокой тропностью к ткани печени и вызывает некроз и дистрофию гепатоцитов на фоне высокой активности регенераторных процессов [1, 7] — она регистрировалась почти во всех наблюдениях. Две трети пациентов жаловались на абдоминальные боли. Увеличение селезенки регистрировалось в каждом третьем случае (табл. 1).

Итак, в клинической картине инфекционного мононуклеоза у детей преобладали симптомы интоксикации, поражение рото- и носоглотки, лимфаденопатия преимущественно тонзиллярных и шейных узлов, гепато- и спленомегалия.

Клинические проявления инфекционного мононуклеоза у детей раннего возраста характеризовались острым началом с подъема температуры и появления

Таблица 2
Характеристика клиники инфекционного мононуклеоза в зависимости от возраста

Симптом		Частота регистрации			
		1–3 года		4–14 лет	
		абс.	%	абс.	%
Повышение температуры		51	100,0±0,0	62	100,0±0,0
Пастозность лица		2	3,9±2,5	50	80,6±5,0*
Нарушение носового дыхания		51	100,0±0,0	62	100,0±0,0
Зернистость задней стенки глотки		34	66,7±6,5	14	22,6±5,2*
Гнойные налеты на миндалинах		15	29,4±6,3	62	100,0±0,0*
Увеличение лимфоузлов	тонзиллярных	34	66,7±6,5	40	64,5±6,0
	шейных	49	96,1±2,5	42	67,7±5,9
	подмышечных	14	27,4±6,2	22	35,5±6,0
	паховых	11	21,6±5,7	20	32,2±5,8
Увеличение печени		46	90,2±4,0	62	100,0±0,0
Увеличение селезенки		7	13,7±4,7	42	67,7±6,0*

* Разница между возрастными группами статистически значима.

симптомов интоксикации. Затруднение носового дыхания было характерно для всех детей данной группы, «храпящее» ночное дыхание зарегистрировано лишь у 5 больных.

У детей раннего возраста гнойные налеты на миндалинах встречались достоверно реже, чем у детей старшего возраста. Но респираторный синдром и зернистость задней стенки глотки достоверно чаще выявлялись у детей, заболевших в раннем возрасте. Однако некоторые симптомы, свидетельствующие о поражении лимфоидного аппарата, в старшей возрастной группе встречались достоверно чаще, чем в младшей. Так, у старших детей преобладали гипертрофия миндалин III степени и зернистость задней стенки глотки.

Шейный лимфаденит наблюдался во всех возрастных группах. У детей старшего возраста диаметр лимфатических узлов достигал 2,5–3,5 см, чаще они формировали пакеты. Реже пальпировались единичные лимфатические узлы. У детей раннего возраста размеры шейных лимфоузлов доходили 1,0–1,5 см, они располагались в виде конгломератов, были умеренно болезненными, не спаянными с окружающими тканями.

Гепатомегалия регистрировалась у детей всех возрастных групп. В раннем возрасте она встречалась в подавляющем большинстве наблюдений, край печени опускался на 2,0–2,5 см ниже реберной дуги, что можно было принять за возрастную норму. У всех детей старшего возраста печень выступала из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3,5–4,0 см, что явно выше возрастной нормы. У детей старшего возраста увеличение печени в половине случаев сопровождалось умеренным увеличением активности аминотрансфераз (до 2,3 ммоль/л). Увели-

чение селезенки достоверно чаще регистрировалось у детей старшего возраста (табл. 2).

Итак, сравнительная характеристика клиники инфекционного мононуклеоза, вызванного вирусом Эпштейна – Барр в различных возрастных группах, позволяет сделать вывод, что основными клиническими симптомами здесь являются лихорадка, тонзиллит, лимфаденит и гепатомегалия различной степени выраженности. В раннем возрасте эта инфекция в остром периоде не имеет выраженных клинических проявлений, кроме признаков острого респираторного заболевания с лимфаденитом, в то время как у детей старшего возраста инфекция протекает с более яркой симптоматикой.

Литература

1. Волчкова Е., Пак Ю., Пархоменко Ю. и др. // *Леч. врач.* – 2004. – № 12. – С. 28–31.
2. Иванова В.В., Родионова О.В., Аксенов О.А. и др. // *Эпидемиология и инфекц. болезни.* – 2001. – № 4. – С. 22–28.
3. Краснов В.В. *Инфекционный мононуклеоз. Клиника, диагностика, современные принципы лечения.* – Нижний Новгород, 2003.
4. Носик Н.Н., Стаханова В.М. // *Клин. микробиология и антимикроб. терапия.* – 2000. – Т. 2, № 2, – С. 70–78.
5. Покровский В.И., Поздеев О.К. *Медицинская микробиология.* – М.: ГЭОТАР, 1999.
6. Черешкина Н.М. *Инфекционный мононуклеоз (Болезнь Филатова) у детей.* – М.: Медицина, 1973.
7. Straus S.E., Cohen J.I. et al. // *Ann. Inter. Med.* – 1993. – Vol. 118. – P. 45–58.

Поступила в редакцию 04.06.2008.

EPSTEIN–BARR INFECTION AT CHILDREN IN AGE ASPECT

R.V. Remezko, O.G. Savina, L.I. Rybachenko, M.A. Terpugova, I.Ya. Belova, N.L. Geltser, E.V. Anan'eva, T.O. Svirinkova, I.A. Maslyanko
City Hospital No. 2 (Vladivostok)

Summary – 113 children, in the age from 1 year till 14 years are surveyed, among which 51 (45.1%) were in the age from 1 year till 3 years. At patients with the immune ferment analysis and polymerase chain reaction verified the Epstein–Barr infection was found, mainly in moderate form (97.3%). The analysis of clinic has shown, that at children of early age in the beginning of illness the symptoms of acute respiratory disease with lymphadenitis prevailed in clinic, that complicated diagnostics of the infection, and only in the peak of illness typical complex of the signs has developed which was registered at children of advanced age already in the beginning of disease.

Key words: mononucleosis infectious, children, clinic.