

УДК : 616.342-001

Бобрук С. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ
ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

У статті висвітлено клініко-лабораторні особливості перебігу інфекційного мононуклеозу у дітей, у період з квітня по липень 2013 року, з урахуванням етіологічних чинників, клінічного перебігу та даних імунологічних досліджень орофарингеального секрету.

Ключові слова: інфекційний мононуклеоз, діти, герпес, цитомегаловірус, вірус Епштейна-Барр.

Бобрук С.В. Клинико – иммунологические особенности течения инфекционного мононуклеоза у детей на современном этапе / Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Украина, Винница

В статье высветлено клинико-лабораторные особенности течения инфекционного мононуклеоза у детей в период с апреля по июль 2013 года, с учётом этиологических факторов, клинического течения и данных иммунологических исследований орофарингеального секрета.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, дети, герпес, цитомегаловирус, вирус Епштейна-Барр.

Bobruk S.V. Clinical - immunological features of the course of infectious mononucleosis in children at the present stage / Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University, Ukraine, Vinnytsya

The article shows the clinical and laboratory characteristics of the course of infectious mononucleosis in children in the period from April to July 2013, based on

etiological factors, clinical course and immunological studies of oropharyngeal licvid.

Key words: infectious mononucleosis, children, Epstein-Barr virus, cytomegalovirus.

Вступ. Досить актуальними на сьогодні стають хвороби зумовлені герпетичною інфекцією. Високий рівнем ураження населення, особливо дитячого, висока контагіозність, довготривала персистенція вірусу з розвитком важких випадків захворювання, інколи з летальними наслідками підштовхують науковців до вивчення цієї проблеми .

На сучасному етапі відомо більше 80 представників сімейства герпесвірусів, тільки 8 із них патогенні для людини [1, с.44]. Для герпетичної інфекції притаманна убіквітарність – можливість знаходження в різних середовищах організма та пантропність - здатність вражати різні органи та системи. Одним із проявів герпетичної інфекції є інфекційний мононуклеоз. діагностики Протягом останніх п'яти років в Україні інтенсивний показник захворюваності серед населення з кожним роком зростає.

За даними літератури встановлено, що на інфекційний мононуклеоз частіше хворіють діти з несприятливим преморбідним фоном , що мають в анамнезі часті ГРВІ, тонзиліти , алергічні прояви, рахіт, пневмонії, родові травми. Переважно на госпітальному етапі діагноз інфекційного мононуклеозу лікарі не ставлять, частіше всього хворим виставляють діагноз « ГРВІ », « Грип » «Гострий тонзиліт», лакуарна форма », або « Підщелепний лімфаденіт » [1, с.44]. Часто таким дітям не приділяється належної уваги і вони випадають з поля зору інфекціоніста. Це зумовлено полісимптомністю цієї нозології, труднощами диференціальної діагностики, багатогранністю клінічних проявів та схожістю ІМ з іншими інфекційними хворобами [2, с.35]. За даними літературних джерел, інфекційний мононуклеоз у 30% зумовлений CMV, в 20% герпесом HSV 6 типу, та найчастіше, клініку інфекційного мононуклеозу зумовлює EBV [3,с.384; 4, с.176]. EBV досить поширений серед

населення, рівень інфікованості ним дорослого населення України- майже 100%, а дитячого-більш ніж 50% [5, с.213].

Мета. Вивчити особливості клінічного перебігу ІМ у дітей на сучасному етапі та з'ясувати показники місцевого імунітету орофарингеального секрету.

Завдання. Обстежити 50 дітей з інфекційним мононуклеозом, залозисто-ангінозною формою, які перебували на лікуванні в Вінницькій обласній клінічній дитячій інфекційній лікарні в період з квітня по липень 2013 року.

Діагноз інфекційного мононуклеозу констатували при наявності типових клінічних симптомів захворювання, при наявних змінах в загальному аналізі крові. Етіологічний чинник встановлювався при допомозі імуноферментного аналізу з визначенням маркерів CMV, та EBV інфекції в сироватці крові (Ig M VCA EBV, Ig G VCA EBV, Ig G EA EBV, Ig G EBNA EBV, Ig M CMV, Ig G CMV), та при допомозі молекулярно-генетичного методу (ПЛР). Крім зазначених досліджень 45 хворим на ІМ проводилися імунологічні дослідження орофарингеального секрету. А саме, досліджувався рівень лактоферину, α -інтерферону 1, фактору некрозу пухлин (ФНП), імуноглобуліну А (Ig A), та секреторного імуноглобуліну А (SIg A).

Результати досліджень. Встановлено, що частіше всього на ІМ хворіють діти, віком від 3 до 6 років, така категорія обстежених склала 39% . Рідше хворіють діти віком від 1 до 3 років-33%, поодинокі випадки захворювання спостерігаються у дітей віком 7-15 років (рис.1).

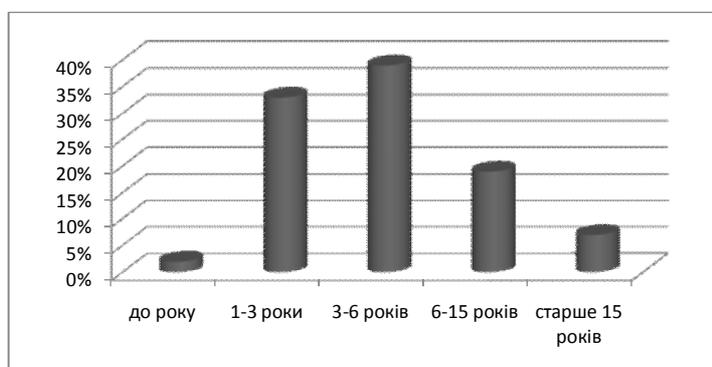


Рис. 1. Розподіл дітей з інфекційним мононуклеозом за віком

Встановлена чітка закономірність: особи чоловічої статі хворіють частіше ніж жіночої, їх відсоток склав 57% . Переважна кількість дітей що хворіє на ІМ були жителі міста (84%), тоді як діти, що проживають в сільській місцевості становили лише 16%.

З групи обстежуваних дітей, ідентифікувати етіологічний чинник вдалося у 45 дітей. Із них у 46,6 % хворих це був EBV інфекція , 33,3% етіологічним чинником виступав CMV, 4% обстежених - це був герпес 6 типу, та у 16,1% хворих це була мікст інфекція (EBV+ CMV) Середня тривалість перебування хворих на інфекційний мононуклеоз у стаціонарі складала 5-6 днів. У всіх обстежених хвороба перебігала із середнім ступенем важкості. Основними клінічними ознаками захворювання були : лихоманка, млявість, загальна слабкість, блідість шкірних покривів, орбітальний набряк, зниження апетиту. Ознаки інтоксикації були помірними в середньому 5-7 діб. Тривалість лихоманки складала 7-12 діб, в середньому температура тіла коливалася в межах 37,5-38,5 °С. Після виписки хворих із стаціонару у дітей спостерігався тривалий субфібрилітет.

Всі діти скаржилися на утруднене носове дихання, яке не полегшувалося після прийому судинно-звужуючих крапель, у 75% із них, мав місце нічний храп.

Під час огляду у всіх обстежених на ІМ визначалася яскрава гіперемія зіву. У 100% дітей мав місце тонзиліт, лакунарна форма у 68% хворих, у 22% обстежених - фолікулярна форма та катаральна форма у 10% дітей. Гіпертрофія мигдаликів спостерігалася у 100% дітей : першого ступеня у 46% обстежених, 30% - другого ступеня , та третього ступеня у -24% дітей. (табл.1.)

Таблиця 1.

Клінічні прояви ІМ у дітей

Клінічні симптоми	Характеристика		

	симптому	n=50	%
Температура	37-38 °С	38	76
	38-39 °С	12	24
Тонзиліт	Катаральна форма	5	10
	Лакунарна форма	43	86
	Фолікулярна форма	2	4
Гіпертрофія мигдаликів	1 ступеня	23	46
	2 ступеня	15	30
	3 ступеня	12	24
Лімфадит	Шийний	2	4
	Піднижньощелепний	0	0
	Паховий	0	0
	Пахвинний	0	0
	Всі групи	48	96
Гепатомегалія	1-3 см.	44	88
Спленомегалія	0,5-1,5 см.	35	70

У 96% дітей з інфекційним мононуклеозом спостерігалась лімфаденопатія, яка проявлялася збільшення потиличних лімфатичних вузлів у 65% дітей, та поєднаним збільшенням шийних та підщелепних лімфатичних вузлів у 86% хворих. Розміри їх коливалися в межах 1-3 см . Пахові та пахвинні вузли візуалізувалися величиною з горошину.

Характерною ознакою інфекційного мононуклеозу є гепатоспленомегалія . У всіх обстежуваних дітей печінка виступала з-під реберної дуги по середньоключичній лінії на 1-3 см. За даними УЗД її консистенція була еластична, а в деяких випадках щільно еластична. Нижній полюс селезінки на

0,5-1,5 см. виступав нижче реберної дуги, тканина селезінки була щільно еластичної консистенції.

Щодо лікування, амбулаторно таким дітям, частіше всього, призначали антибіотики пеніцилінового ряду, що викликали у дітей розвиток екзантеми. Токсико – алергічний дерматит з'являвся на 5-7 добу прийому пеніцилінових антибіотиків та представляв собою елементи плямисто-папульозного висипу. Ознаки токсико-алергічного дерматиту були виявлені у 38% обстежених дітей.

При лабораторному дослідженні в загальному аналізі крові у 72,5% дітей, хворих на ІМ спостерігався лейкоцитоз, 76,47% обстежених мали атипові мононуклеари: від 1-5% у 6 дітей, 5-10% у 13 дітей, та більше 10% атипових мононуклеарів було у 20 дітей. У 11 дітей із 50 обстежуваних у загальному аналізі крові взагалі не типувалися віроцити.

При проведенні імунологічного дослідження орофарингеального секрету встановлено, що рівень лактоферину у всіх дітей з інфекційним мононуклеозом при поступленні складав в середньому 4495 нг/мл, що майже в 5 раз перевищував норму. SIg A в орофарингеальному секреті був значно нижчий у порівнянні з контрольною групою- 0,243 г/л, при нормі 0,5-2,5 г/л. Значно перевищував показники норми α -інтерферон 1, його рівень складав 23,25 пг/мл. В межах норми зберіглися показники ФНП та Ig A (табл.2.).

Таблиця 2.

Імунологічні показники орофарингеального секрету у дітей, хворих на ІМ

Показники	Середнє значення	Норма
Лактоферин	4495 нг/мл.	600-900 нг/мл.
α-інтерферону1	23,25 пг/мл.	10-15 пг/мл.
ФНП	4,026пг/мл.	0-10 пг/мл.
Ig A	0,02 г/л.	0-0,2 г/л.
SIg A	0,243 г/л.	0,5-2,5 г/л

Середня тривалість лікування у стаціонарі у дітей хворих на ІМ становила 6-7 днів. Близько 1/3 хворих виписувалися із стаціонару з повним одужанням (зникали ознаки інтоксикації, нормалізувалася температура та клініко-лабораторні показники), всі інші діти мали залишкові явища хвороби і потребували продовження терапії в амбулаторних умовах. У них мав місце субфібрилітет, тривало були збільшені печінка та селезінка.

Висновки:

1. Одним із актуальних питань сучасної інфектології є інфекційний мононуклеоз. Рівень захворюваності на цю патологію з кожним роком зростає.
2. Особливостями перебігу сучасного інфекційного мононуклеозу є лихоманка, млявість, загальна слабкість, блідість шкірних покривів, зниження апетиту, утруднене носове дихання, нічний храп. У 100% дітей відмічається тонзиліт, з гіпертрофією мигдаликів та яскрава гіперемія зіву. Лімфаденопатія проявляється збільшення потиличних шийних та підщелепних лімфатичних вузлів. У дітей печінка та селезінка виступала з-під реберної дуги по середньоключичній лінії.
3. Виявлені значні порушення у хворих на інфекційний мононуклеоз при вивченні місцевого імунітету. Вони полягали у значному підвищенні лактоферину та α -інтерферон 1, тоді як SIg A в орофарингеальному секреті був значно нижчий у порівнянні з контрольною групою. В межах норми зберігалися показники ФНП та Ig A. В загальному аналізі крові спостерігалася поява віроцитів.

Література:

1. Касымова Е. Б. Инфекционный мононуклеоз у детей, ассоциированный с вирусами герпеса 4-го и 5-го типов / под. ред. Е. Б. Касымова, О. А. Башкина, Х. М. Галимзянов, С. Ж. Неталиева //Инфекционные болезни.-2012.-№3.-с.44
2. Возіанова Ж. І., Глей А. І. Інфекційний мононуклеоз, спричинений вірусом Епштейна-Барр // Мистецтво лікування.-2005.-№5(21).-С.35-42.

3. Руководство по инфекционным болезням у детей / под. ред. В.Ф.Учайкина. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 384с.
4. Нисевич Н.И. Инфекционный мононуклеоз у детей / Н.И.Нисевич, В.С.Казарин, М.О.Гаспарян. – М.: Медицина, 1975. – 176 с.
5. Виговська О.В., Крамарев С.О., Тарадій Н.М. Аспекти патогенезу хронічної форми Епштейна-Барр вірусної інфекції у дітей // VII Конгрес педіатрів України «Актуальні проблеми педіатрії» (11-13.10.2011, м. Київ).-К., 2011.-С.213-218.

References :

1. Kasymova E. B. Infectious mononucleosis associated with herpes virus types 4 and 5 in children/ E. B. Kasymova, O. A. Bashkina, S. Zh. Netalieva // Infectious diseases.-2012.-№3.- p.44
2. Vozianova Zh. I., Glej A. I. Infekcijny`j mononukleoz, sprychynenyj virusom Epshtejna-Barr // Mystecztvo likuvannya.-2005.-№ 5(21).-S.35-42.
3. Rukovodstvo po infektsionnym boleznyam u detey / V. F. Uchaykin.- M.: GEOTAR Meditsin, 1999. - p. 384
- 4.Nisevich N. I. Infectious mononucleosis in children / N. I. Nisevich, V. S. Kazarin, M. O. Gasparian. – М.: Medicina, 1975.- p.176
5. Vygovska O. V., Kramaryev S. O., Taradij N. M. Aspekty patogenezu xronichnoyi formy` Epshtejna-Barr virusnoyi infekciyi u ditej // VII Kongres pediatriv Ukrayiny` «Aktual`ni problemy` pediatriyi» (11-13.10.2011, m. Ky`yiv).-К., 2011.-S.213-218.