

ВЭБ-моноклеоз у детей в современных условиях

Ж. К. ХАКИЗИМАНА, В. Н. ТИМЧЕНКО, М. А. ШАКМАЕВА, Т. А. КАПЛИНА, М. Д. СУББОТИНА, С. Л. БАННОВА, А. В. ФЕДОРОВА, В. Ф. СУХОВЕЦКАЯ, Е. Б. ПАВЛОВА, Н. В. ПАВЛОВА

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

ВЭБ-моноклеоз является широко распространенным инфекционным заболеванием, а так же актуальной проблемой во всем мире.

Цель исследования — изучить клинико-лабораторные особенности ВЭБ-моноклеоза у госпитализированных детей различного возраста в современных условиях. Под наблюдением находились 136 детей в возрасте от 1 г. до 18 лет. У всех больных

ilar papers at core.ac.uk

Результаты: более выраженный синдром лихорадки и лимфаденопатии наблюдались у детей в возрасте старше 3 лет. Острый тонзиллит присутствовал у всех госпитализированных. Аденоидит и гепатоспленомегалия были более выраженными у пациентов младшей возрастной группы. Гиперферментемия определялась более чем у половины пациентов, чаще у детей в возрасте старше 12 лет. В гемограмме чаще всего отмечались: лейкоцитоз и моноцитоз. Атипичные моноклеуры в крови были выявлены у 89% пациентов. Пациенты получали комплексную этиопатогенетическую терапию.

Ключевые слова: ВЭБ-моноклеоз, дети, лечение

EBV mononucleosis in children in modern conditions

J. K. Hakizimana, V. N. Timchenko, M. A. Shakmaeva, T. A. Kaplina, M. D. Subbotina, S. L. Bannova, A. V. Fedorova, V. F. Sukhovetskaya, E. B. Pavlova, N. V. Pavlova

St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of Russia

EBV-mononucleosis is a widespread infectious disease, and also it is an urgent problem of the whole world.

The purpose of the research was to study the clinical and laboratory features of EBV-mononucleosis in hospitalized children of different ages in modern conditions. Under the supervision were 136 children aged from 1 year to 18 years. All of the patients had typical and mainly (85%) moderate form of the disease, and 15% of them patients had a severe form of the disease.

The results: more severe fever and lymphadenopathy were observed in children older than 3 years. Acute tonsillitis was present in all hospitalized children. Adenoiditis and hepatosplenomegaly were greater in the group of patients of a younger age. Hyperfermentemia was determined in more than half of patients, more often in children over 12 years old. In the hemogram leukocytosis and monocytosis were mostly noted. Atypical blood mononuclear cells were detected in 89% of patients. Patients got complex etiopathogenetic therapy.

Keywords: EBV-mononucleosis, children, treatment

Для цитирования: Ж.К. Хакизimana, В.Н. Тимченко, М.А. Шакмаева, Т.А. Каплина, М.Д. Субботина, С.Л. Баннова, А.В. Федорова, В.Ф. Суховецкая, Е.Б. Павлова, Н.В. Павлов. ВЭБ-моноклеоз у детей в современных условиях. *Детские инфекции*. 2020; 19(2):23-28. doi.org/10.22627/2072-8107-2020-19-2-23-28

For citation: J.K. Hakizimana, V.N. Timchenko, M.A. Shakmaeva, T.A. Kaplina, M.D. Subbotina, S.L. Bannova, A.V. Fedorova, V.F. Sukhovetskaya, E.B. Pavlova, N.V. Pavlova. EBV mononucleosis in children in modern conditions. *Detskie Infektsii=Children's Infections*. 2020; 19(2):23-28. doi.org/10.22627/2072-8107-2020-19-2-23-28

Контактная информация: Тимченко Владимир Николаевич (Vladimir Timchenko), д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней у детей им. профессора М. Г. Данилевича ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Главный специалист по инфекционным заболеваниям у детей Северо-Западного Федерального округа России и Комитета по здравоохранению Правительства г. Санкт-Петербурга, Россия, Санкт-Петербург; Professor, MD, Head of the Department of Infectious Diseases in Children, St. Petersburg State Pediatric Medical University, timchenko220853@yandex.ru; orsid.org/0000-0002-4068-1731

Возбудителями инфекционного моноклеоза (ИМ) могут быть различные вирусы (ЦМВ, ВГЧ-6, ВГЧ-7, ВИЧ, аденовирусы), возможно сочетание 2-х и более патогенов. Однако, в педиатрической практике наиболее часто заболевание обусловлено вирусом Эпштейна–Барр (ВЭБ) [1, 2, 3]. В настоящее время ВЭБ-моноклеоз широко распространен во всем мире, включая Россию. По данным ВОЗ, антитела к ВЭБ имеют около 98% взрослого населения планеты и 60% детей раннего возраста [4]. ВЭБ-моноклеоз характеризуется многообразием клинических признаков (лихорадка, интоксикация, лимфаденопатия, тонзиллит, аденоидит, гепатоспленомегалия) и лабораторных проявлений (наличие атипичных моноклеуров, повышение уровня трансаминаз, лимфоцитоз) [5–7]. В РФ в 2018 г. отмечалось повышение заболеваемости ВЭБ-моноклеозом в 1,2 раза (на 26,5%) по сравнению с 2017 г. [8]. В Санкт-Петербур-

ге в последнее время наблюдаются высокие показатели заболеваемости ВЭБ-моноклеозом: в 2016 г. — 43,38 на 100 тыс. чел., в 2017 г. — 51,82 на 100 тыс. чел., в 2018 г. — 50,84 на 100 тыс. чел. В 2018 г. максимальные значения регистрировались среди детей в возрасте до 17 лет — 240,9 на 100 тыс. чел. [9]. Среди заболевших наибольшее число составили дети дошкольного возраста (3–6 лет) — 728 на 100 тыс. чел. У подростков в возрасте 15–17 лет отмечалось снижение заболеваемости, а наиболее низкие цифры отмечены у детей первого года жизни.

Трудности клинической диагностики, дифференциальной диагностики ВЭБ-моноклеоза в ранние сроки является одной из причин позднего обращения за медицинской помощью и поздней госпитализации [2, 3, 10–14].

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности ВЭБ-моноклеоза у госпитализирован-

ных детей различного возраста в современных условиях.

Материалы и методы исследования

Нами проведено проспективное сравнительное клинико-лабораторное исследование 136 детей в возрасте от 1 г. до 18 лет с диагнозом «ВЭБ-моноклеоз, типичная форма» на базе инфекционного отделения №1 ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ в период с января по июнь 2019 г. В данное исследование пациенты с другой или сочетанной герпесвирусной этиологией ИМ не включались.

Распределение пациентов по полу было следующее: 71 чел. (52%) — мальчики, 65 чел. (48%) — девочки. Все пациенты разделены на 4 группы: I группа — 15 чел. (11%) в возрасте 1–3 лет со среднетяжелой степенью тяжести — 15 чел. (100%), II группа — 44 чел. (32%) в возрасте 3–7 лет (среднетяжелая степень тяжести — 40 чел. (91%), тяжелая — 4 чел. (9%), III группа — 35 чел. (26%) в возрасте 7–12 лет (среднетяжелая степень тяжести — 27 чел. (77%), тяжелая — 8 чел. (23%), IV группа — 42 чел. (31%) в возрасте 12–17 лет (среднетяжелая степень тяжести — 34 чел. (81%), тяжелая — 8 чел. (19%). Этиологическую расшифровку осуществляли с применением ИФА (определение в крови IgM к VCA) с использованием стандартных тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск); выявление ДНК ВЭБ в крови проводили методом ПЦР в режиме реального времени с применением тест систем «Реал Бест ДНК ВЭБ» (Вектор-Бест Россия). Статистическую обработку полученных результатов проводили на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10.

Результаты и их обсуждение

В большинстве случаев дети госпитализировались в стационар с диагнозом направления «Инфекционный моноклеоз»: в I гр. — 12 чел. (80%), во II гр. — 41 чел. (94%), в III гр. — 28 чел. (82%), в IV группе — 34 чел. (81%). С диагнозом «Лакунарная ангина» чаще поступали пациенты из III и IV гр. — 16 чел. (18%) и 8 чел. (19%) соответственно, реже — из I и II гр. — 1 чел. (7%) и 3 чел. (6%) соответственно. Диагноз «ОРВИ» имел место в 13% случаев, в основном у детей I гр. Таким образом, в большинстве случаев дети госпитализировались в стационар с диагнозом направления: «Инфекционный моноклеоз», и лишь в 21% случаев — «Лакунарная ангина», в 1% — «ОРВИ».

Сроки поступления пациентов в стационар были различными: в течение первых 5 сут. заболевания госпитализировано 49 чел. (36%), на 6–10 сут. — 24 чел. (18%), после 11 сут. — 63 чел. (46%). Среди пациентов I гр. 7 чел. (45%) поступили в стационар в первые 5 сут. болезни, на 6–10 сут. — 6 чел. (40%), после 11 сут. — 2 чел. (15%). Во II гр. дети госпитализированы в первые дни — 21 чел. (49%), на 6–10 сут. — 7 чел. (15%), пос-

ле 11 сут. — 16 чел. (36%). Пациенты III гр. чаще поступали на поздних сроках заболевания (после 11 сут.) — 21 чел. (61%), 8 чел. (24%) — на 6–10 сут., и только 6 чел. (15%) — в первые 5 сут. болезни. В IV группе дети госпитализированы в первые сутки — 8 чел. (19%), на 6–10 сут. — 15 чел. (36%), после 11 сут. — 19 чел. (45%). Следует отметить, что дети в возрасте 1–7 лет, в основном, поступали в стационар на 1-й нед. болезни, старшего возраста — на более поздних сроках заболевания (2–3 нед.).

Распределение пациентов по полу: 71 чел. (52%) — мальчики, 65 чел. (48%) — девочки. В I гр. болели чаще мальчики — 10 чел. (67%), девочки — 5 чел. (33%). Во II гр. детей преобладали девочки — 28 чел. (64%), мальчики болели реже — 16 чел. (36%). В III гр. девочки болели несколько чаще — 20 чел. (58%), чем мальчики — 15 чел. (42%). В IV группе преобладали мальчики — 30 чел. (71%) над девочками — 12 чел. (29%).

ВЭБ-моноклеоз у госпитализированных детей трех возрастных групп протекал преимущественно в среднетяжелой форме. Процент тяжелых форм заболевания оказался самым высоким у детей в возрасте 7–12 и 12–18 лет (23% и 19% соответственно). Наибольший удельный вес тяжелых форм ВЭБ-моноклеоза у детей старшего возраста, возможно, связан с более поздними сроками обращения в стационар и, соответственно, поздними сроками начала терапии.

Анализ клинической картины заболевания показал, что острое начало болезни имело место у 79 чел. (58%): чаще оно отмечено у детей I и II групп (9 чел. (60%) и 28 чел. (64%) соответственно), в III гр. остро заболели 19 чел. (48%), в IV гр. — 23 чел. (55%).

У 100% детей присутствовал классический синдромокомплекс ВЭБ-моноклеоза, включающий лихорадку, интоксикацию, лакунарный тонзиллит, аденоидит, лимфаденопатию, гепатоспленомегалию.

Синдром интоксикации (снижение аппетита, слабость, вялость и утрата интереса к играм) наблюдался у всех больных с первого дня заболевания.

Синдром лихорадки отмечался у всех детей. В I гр. у 4 чел. (27%) температура тела колебалась в пределах 37,0–38,5°C, у 8 чел. (53%) — 38,6–39,5°C, у 3 чел. (20%) — 39,6°C и выше. Во II гр. уровень повышенной температуры тела 37,0–38,5°C наблюдали у 11 чел. (25%), 38,6–39,5°C — 20 чел. (45%), 39,6°C и выше — 13 чел. (30%); в III гр. температура тела 37,0–38,5°C имела место у 9 чел. (26%), 38,6–39,5°C — 15 чел. (43%), 39,6°C и выше — 11 чел. (31%). В IV гр. у 10 чел. (24%) температура тела колебалась в пределах 37,0–38,5°C, у 17 чел. (40%) — 38,6–39,5°C, у 15 чел. (36%) — 39,6°C и выше. Таким образом, у 44% больных уровень повышения температуры тела составил 38,6–39,5°C, более высокие показатели имели место у пациентов старше 12 лет.

Лимфаденопатия наблюдалась у всех детей. Лимфатические узлы поражались с первого дня болезни

преимущественно шейной группы (передне- и заднешейные): в I гр. пациентов увеличение переднешейных лимфоузлов до 2,0 см наблюдалось у 4 чел. (27%), до 3,5 см — у 7 чел. (46%), более 3,5 см — у 4 чел. (27%). У 5 чел. (30%) лимфоузлы были плотными. У 2 чел. (13%) выявлена болезненность при пальпации. У 10 чел. (67%) отмечалось увеличение заднешейных лимфоузлов, у 2 чел. (13%) — паховых, у 2 чел. (13%) — подмышечных. Во II гр. увеличение переднешейных лимфоузлов до 2,0 см наблюдалось у 8 чел. (18%) детей, до 3,5 см — у 16 чел. (36%), более 3,5 см — у 20 чел. (46%). У 12 чел. (27%) лимфоузлы были плотной консистенции. У 7 чел. (16%) отмечалась болезненность л/у при пальпации. Увеличение заднешейных лимфоузлов — у 18 чел. (41%). В III гр. увеличение переднешейных лимфоузлов наблюдалось у 6 чел. (18%) — до 2,0 см, до 3,5 см — у 12 чел. (34%), более 3,5 см — у 17 чел. (48%). У 7 чел. (20%) лимфоузлы были плотной консистенции. У 6 чел. (17%) отмечалась болезненность при пальпации лимфоузлов. Увеличение заднешейных лимфоузлов имело место у 17 чел. (48%), паховых — у 1 чел. (3%). В IV гр. увеличение переднешейных лимфоузлов до 2,0 см наблюдалось у 4 чел. (10%), до 3,5 см — у 20 чел. (48%), более 3,5 см — у 18 чел. (42%). У 15 чел. (36%) лимфоузлы были плотной консистенции. У 11 чел. (26%) отмечалась болезненность л/у при пальпации. Увеличение заднешейных лимфоузлов — у 18 чел. (43%). Суммируя данные, свидетельствующие о выраженности синдрома лимфаденопатии у детей разного возраста, необходимо отметить, что у пациентов в возрасте старше 3 лет размеры лимфоузлов чаще достигали 3,5 см и более. Болезненность и плотная консистенция л/у чаще отмечалась у пациентов старше 12 лет. Увеличение лимфоузлов подмышечной и паховой группы в основном наблюдалось у детей в возрасте до 3 лет.

Синдром острого тонзиллита наблюдался у всех больных, при этом лишь в 8% случаев (2 чел. — в I гр., 3 чел. — II гр., 3 чел. — III гр., 3 чел. — IV гр.) он носил характер катарального, у большинства детей (125 чел. — 92%) был лакунарным. Больные предъявляли жалобы на боль в горле при глотании, отмечались гиперемия слизистых оболочек небных миндалин, дужек, язычка, гипертрофия миндалин разной степени, налеты на небных миндалинах беловато-желтого цвета. Размер гнойного выпота на миндалинах различался в разных группах: точечные налеты наблюдали у 0 чел. (0%) I гр., у 6 чел. (15%) II гр., у 3 чел. (9%) III гр., у 4 чел. (10%) IV гр., островчатые — у 13 чел. (100%) I гр., у 31 чел. (76%) II гр., у 28 чел. (88%) III гр., у 28 чел. (72%) IV гр., сплошные — у 0 чел. (0%), 4 чел. (9%), 1 чел. (3%), 7 чел. (18%) соответственно. Налеты исчезали в разные сроки от начала терапии в стационаре: у детей I гр. через 5 сут. от начала лечения — у 10 чел. (77%), через 8 сут. — у 3 чел. (23%), II гр. — через 5 сут. — 23 чел. (56%), через 8 сут. — у 13 чел. (32%), после

9-х сут. — у 5 чел. (12%). В III группе у 10 чел. (31%) налеты сохранялись 3—5 сут. от начала терапии, у 16 чел. (50%) — 6—8 сут., у 6 чел. (19%) — 9 сут. и более. В IV группе налеты на миндалинах сохранялись 3—5 сут. от начала терапии у 10 чел. (26%), 6—8 сут. — у 20 чел. (51%), 9 сут. и более — у 9 чел. (23%). Таким образом, у большинства больных ВЭБ-моноклеозом присутствовал синдром лакунарного тонзиллита, при этом налеты чаще носили характер островчатых. У детей в возрасте 1—7 лет налеты чаще исчезали к 5-ым сут. терапии, у пациентов старше 7 лет — к 6—8 сут. от начала лечения.

Воспаление носоглоточной миндалины (аденоидит) выявлено у всех детей, больных ВЭБ-моноклеозом, и сопровождалось заложенностью носа, затрудненным носовым дыханием со скудным отделяемым, хриплым и шумным дыханием через рот, «храпом во сне». В I гр. незначительное затруднение носового дыхания отмечалось у 13 чел. (87%), выраженное — у 2 чел. (13%), во II гр. детей незначительное затруднение носового дыхания — у 35 чел. (80%), выраженное — у 9 чел. (20%), в III гр. скудные проявления заложенности носовых ходов отмечались у 25 чел. (71%), выраженные — у 10 чел. (29%), в IV гр. — у 32 чел. (74%) и 10 чел. (26%) соответственно. Таким образом, наиболее выраженные явления аденоидита отмечались у детей старших возрастных групп.

Гепатоспленомегалия была диагностирована у всех пациентов. Дети жаловались на боли в животе, а также на незначительную болезненность печени и селезенки при пальпации. В I гр. увеличение печени и селезенки в основном не превышало 2 см — у 13 чел. (87%), у 2 чел. (13%) — более 2 см. Во II гр. менее 2 см — у 31 чел. (70%), более 2 см — у 13 чел. (30%). Гепатоспленомегалия в III гр. менее 2 см — у 25 чел. (71%), более 2 см — у 10 чел. (29%), в IV гр. — у 27 чел. (64%) и 15 чел. (36%) соответственно. Таким образом, более выраженный синдром гепатоспленомегалии отмечался у детей старше 3 лет.

Гиперферментемия (увеличение уровня АЛТ, АСТ) имела место у 95 человек (70%). В I гр. детей увеличение трансаминаз наблюдалось у 10 чел. (67%), из них повышение до 100 Ед/л — у 5 чел. (50%), 101—200 Ед/л — у 2 чел. (20%), 201—300 Ед/л — у 1 чел. (10%), более 300 Ед/л — у 2 чел. (20%). Синдром цитолиза во II гр. больных отмечался у 35 чел. (80%), из них до 100 Ед/л — у 19 чел. (54%), 101—200 Ед/л — у 9 чел. (26%), 201—300 Ед/л — у 4 чел. (11%), более 300 Ед/л — у 3 чел. (9%). Гиперферментемия в III гр. пациентов наблюдалась у 23 чел. (66%), из них до 100 Ед/л — у 5 чел. (22%), 101—200 Ед/л — у 8 чел. (34%), 201—300 Ед/л — у 5 чел. (22%), более 300 Ед/л — у 5 чел. (22%). В IV гр. детей увеличение трансаминаз наблюдалось у 27 чел. (64%), из них повышение до 100 Ед/л — у 5 чел. (19%), 101—200 Ед/л — у 5 чел.

(19%), 201—300 Ед/л — у 10 чел. (36%), более 300 Ед/л — у 7 чел. (26%).

Длительность синдрома цитолиза в разных возрастных группах была следующей: снижение АЛТ и АСТ до нормы на 1 неделе лечения происходило у 6 чел. (60%) I гр., у 19 чел. (54%) II гр., у 9 чел. (39%) III гр., у 8 чел. (30%) IV гр. детей. В свою очередь, снижение трансаминаз до нормы на 2 неделе лечения происходило у 4 чел. (40%) I гр., у 16 чел. (46%) II гр., у 14 чел. (61%) III гр., у 19 чел. (70%) IV гр. Следует отметить, что повышение уровней АЛТ и АСТ чаще имело место у детей старше 7 лет, в этой же возрастной группе чаще выявлялась длительность гиперферментемии до 2-х недель.

Анализ гемограммы у больных ВЭБ-моноклеозом показал, что лейкоцитоз наблюдался у 122 чел. (90%), в том числе в I гр. детей — у 13 чел. (87%), при этом количество лейкоцитов не превышало $20 \times 10^9/\text{л}$ у 11 чел. (85%), у 2 чел. (15%) — цифры были выше. Во II гр. пациентов лейкоцитоз был выявлен у 43 чел. (98%), при этом количество лейкоцитов менее $20 \times 10^9/\text{л}$ — у 31 чел. (72%), более $20 \times 10^9/\text{л}$ — у 12 чел. (28%). В III гр. больных лейкоцитоз установлен у 31 чел. (89%), при этом количество лейкоцитов до $20 \times 10^9/\text{л}$ — у 26 чел. (84%), выше — у 5 чел. (16%). В IV гр. пациентов лейкоцитоз был выявлен у 38 чел. (90%), при этом количество лейкоцитов менее $20 \times 10^9/\text{л}$ — у 28 чел. (74%), более $20 \times 10^9/\text{л}$ — у 10 чел. (26%). Самые высокие цифры отмечались у пациентов II гр. Лимфоцитоз в гемограмме при ВЭБ-моноклеозе зарегистрирован у 30 чел. (22%): в I гр. — у 4 чел. (27%), во II гр. — у 9 чел. (20%), в III гр. — у 6 чел. (17%), в IV гр. — у 11 чел. (26%). Моноцитоз выявлен у 63 чел. (46%): в I гр. — у 7 чел. (47%), во II гр. — у 19 чел. (43%), в III гр. — у 17 чел. (49%), в IV гр. — у 20 чел. (48%). Процентное содержание моноцитов в I гр. составило $12,63 \pm 2,91\%$, во II гр. — $11,07 \pm 1,44\%$, в III гр. — $11,94 \pm 1,77\%$, в IV гр. — $11,56 \pm 1,56\%$. Палочкоядерный нейтрофилез отмечался у 52 чел. (38%): в I гр. — у 6 чел. (40%), во II гр. — у 17 чел. (39%), в III гр. — у 14 чел. (40%), в IV гр. — у 15 чел. (36%). Повышенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ) имела место в I гр. у 4 чел. (27%), во II гр. — у 14 чел. (32%), в III гр. — у 10 чел. (29%), в IV гр. — у 13 чел. (31%). Колебания СОЭ в I группе составили $26,67 \pm 9,42$ мм/ч, во II группе — $31,73 \pm 14,16$ мм/ч, в III группе — $28,70 \pm 6,11$ мм/ч, в IV группе — $29,1 \pm 9,23$ мм/ч.

Атипичные моноклеары (АтМ) отмечались у 121 чел. (89%), их количество колебалось в широких пределах — от 2 до 45%. В I гр. АтМ обнаружены у 13 чел. (87%): уровень АтМ до 10% — у 4 чел. (31%), 11—20% — у 6 чел. (46%), более 20% — у 3 чел. (23%). Во II гр. атипичные моноклеары зафиксированы у 37 чел. (84%): уровень АтМ до 10% — у 6 чел. (16%), 11—20% — у 20 чел. (54%), более 20% — у 11 чел. (30%). В III гр. атипичные моноклеары находили у 32 чел. (91%),

уровень АтМ до 10% — у 12 чел. (37%), АтМ в количестве 11—20% — у 13 чел. (41%), более 20% — у 7 чел. (22%). В IV гр. атипичные моноклеары зафиксированы у 38 чел. (90%): уровень АтМ до 10% — у 15 чел. (40%), 11—20% — у 19 чел. (50%), более 20% — у 4 чел. (10%). В гемограмме чаще всего отмечались следующие изменения: лейкоцитоз до $20 \times 10^9/\text{л}$, моноцитоз, п/я нейтрофилез. Реже встречались лимфоцитоз, ускоренная СОЭ. Лейкоцитоз чаще выявлялся у детей 3—7 лет, моноцитоз — у пациентов старше 7 лет, нейтрофилез — у детей младше 12 лет. Атипичные моноклеары в крови были выявлены у 89% пациентов. Количество атипичных моноклеаров чаще всего находилось в диапазоне от 11% до 20% во всех возрастных группах.

Длительность пребывания больных ВЭБ-моноклеозом в стационаре была различной. В частности дети I гр. в большинстве случаев находились в отделении 5—7 койко-дней — 8 чел. (53%), 6 чел. (40%) — 8—10 койко-дней, 1 чел. (7%) — более 11 койко-дней. Во II гр. так же преобладали дети, находившиеся в стационаре 5—7 койко-дней — 22 чел. (50%), 8—10 койко-дней — 9 чел. (21%), более 11 койко-дней — 13 чел. (30%). Пациенты III гр. находились в стационаре: 5—7 койко-дней — 10 чел. (29%), 8—10 койко-дней — 14 чел. (40%), более 11 койко-дней — 11 чел. (31%). Пациенты IV гр. пребывали на стационарном лечении: 5—7 койко-дней — 13 чел. (31%), 8—10 койко-дней — 17 чел. (40%), более 11 койко-дней — 12 чел. (29%). Поздняя выписка из стационара была обусловлена тяжестью течения заболевания, а так же поздними сроками обращения за медицинской помощью.

Терапия детей, госпитализированных с ВЭБ-моноклеозом, включала: противовирусные средства (ацикловир, виферон), инфузионную терапию с целью детоксикации, антибактериальные препараты, симптоматические средства. Ацикловир назначали: 4 чел. (27%) I гр., 16 чел. (36%) II гр., 20 чел. (57%) III гр., 25 чел. (60%) IV гр. Виферон (суппозитории ректальные) получали 30 чел. (22%), в том числе: 6 чел. (40%) I гр., 12 чел. (27%) II гр., 4 чел. (11%) III гр., 8 чел. (19%) IV гр. Виферон — человеческий рекомбинантный интерферон α -2b с антиоксидантами (витамин С и витамин Е) — назначался по схеме: от 1 года до 7 лет по 150 000 МЕ по 2 раза в сут., в возрасте от 7 до 17 лет — по 500 000 МЕ по 2 раза в сут., курс терапии — 5 сут.

Анализ клинической эффективности применения Виферона показал отчетливую положительную динамику клинических синдромов, что соответствует раннее полученным результатам [3, 5, 12, 13]. У всех детей, получавших Виферон, отмечалось уменьшение длительности лихорадки и синдрома интоксикации, быстрее купировались явления острого тонзиллита и аденоидита, гепатомегалии, средний койко-день в младшей группе составил в среднем 6 сут., в школьной

группе — 6,2 сут. При терапии Вифероном отмечено более гладкое течение ВЭБ-моноклеоза. Побочных реакций при применении Виферона не отмечено ни у одного пациента. Во всех возрастных группах вифероно-терапия способствовала снижению сроков пребывания детей в стационаре и снижению материальных затрат на лечение.

Инфузионная терапия с целью детоксикации проводилась у 88 чел. (65%), в том числе: у 9 чел. (60%) I группы, у 26 чел. (59%) II группы, у 27 чел. (77%) III группы, у 26 чел. (62%) IV группы. Антибиотики получали 13 чел. (87%) I гр., 39 чел. (89%) II гр., 34 чел. (97%) III гр., 40 чел. (95%) IV гр.

Заключение

В современных условиях ВЭБ-моноклеоз у госпитализированных детей протекает в типичной, преимущественно (85%) среднетяжелой форме с характерным синдромокомплексом: лихорадкой, интоксикацией, лакунарным тонзиллитом, аденоидитом, лимфаденопатией, гепатоспленомегалией. Данные синдромы наблюдались в 100% случаев. В 15% случаев регистрировались тяжелые формы заболевания преимущественно у детей старшего возраста, что, в частности, связано с более поздними сроками обращения в стационар, а также поздним началом терапии. Острое начало болезни имело место у 58% детей, больных ВЭБ-моноклеозом. Увеличение уровня АЛТ, АСТ имело место у 70% детей. В гемограмме больных чаще отмечались лейкоцитоз (90%), моноцитоз (46%), п/я нейтрофилез (38%), реже — лимфоцитоз (22%), ускоренная СОЭ (30%). Атипичные моноклеары выявлены у 89% пациентов.

Проведенный анализ показал, что имеются возрастные особенности по срокам поступления в стационар: дети в возрасте до 12 лет чаще поступали в стационар на 1-й нед. болезни, старшего возраста — на более поздних сроках (2—3 нед.).

Возрастные особенности эпидемиологических и клинико-лабораторных данных ВЭБ-моноклеоза у госпитализированных больных были следующими:

- острое начало заболевания более характерно для детей в возрасте 1—7 лет (I и II группы);
- более высокий уровень температуры тела (выше 38,6—39,5°C) имел место у пациентов старше 3 лет по сравнению с детьми 1—3 лет, длительность лихорадки более 6 сут. также чаще отмечалась в возрастной группе старше 3 лет;
- наиболее выраженные явления аденоидита отмечались у детей I группы (1—3 лет);
- острый тонзиллит у 92% детей носил характер лакунарного, островчатые налеты у детей I и II групп чаще исчезали через 5 сут. терапии, у пациентов старше 7 лет — через 6—8 сут.;
- лимфаденопатия диагностирована у всех наблюдаемых детей. Более выраженные проявления лимфа-

денопатии были у пациентов старше 3 лет. Чаще отмечалось увеличение переднешейных лимфоузлов, в 84% случаев их размеры превышали 2 см. В 29% случаев лимфоузлы были плотными, в 19% случаев — болезненными при пальпации. Увеличение заднешейных лимфоузлов присутствовало в 46% случаев, паховых — в 2%, подмышечных — в 1%. Увеличение заднешейной группы лимфоузлов отмечалось чаще у детей до 3 лет, так же как и подмышечных, паховых. Болезненность при пальпации чаще присутствовала у детей старше 3 лет;

— гепатоспленомегалия была более выраженной у детей в возрасте 1—3 лет;

— лабораторное обследование выявило у детей старше 12 лет большую частоту и длительность (более 2 нед.) повышения уровней печеночных ферментов;

— у детей в возрасте 3—7 лет отмечался наиболее высокий процент атипичных моноклеаров в крови;

— включение в комплексную терапию больных ВЭБ-моноклеозом детей интерферона альфа-2b (ВИФЕРОН, суппозитории ректальные) обуславливает быстрое обратное развитие клинических симптомов, нормализацию лабораторных показателей, предупреждает наложение ОРВИ. Полученные результаты согласуются с опубликованными ранее данными, отражающими многолетнюю практику эффективного и безопасного применения Виферона при герпесвирусных инфекциях [3, 5, 12, 13].

Литература/References:

1. Тимченко В.Н., Павлова Е.Б., Михайлов И.Б., Хмилевская С.А. Диагностика и лечение детских инфекций. СПб, СпецЛит, 2020:476.
[Timchenko V.N., Pavlova E.B., Mikhailov I.B., Khmylevskaya S.A. Diagnosis and treatment of childhood infections. St. Petersburg, SpetsLit, 2020:476. (in Russ.)]
2. Исаков В.А. Герпесвирусные инфекции человека: руководство для врачей СПб: СпецЛит, 2013:670.
[Isakov V.A. Human herpesvirus infections: a guide for St. Petersburg doctors: SpetsLit, 2013:670. (in Russ.)]
3. Тимченко В.Н., Хмилевская С.А. «Болезни цивилизации (корь, ВЭБ-моноклеоз) в практике педиатра: руководство для врачей» Санкт-Петербург. СпецЛит. 2017:527.
[Timchenko V.N., Khmylevskaya S.A. «Diseases of civilization (measles, EBV-mononucleosis) in the practice of a pediatrician: a guide for doctors» St. Petersburg. SpecialLit. 2017:527. (in Russ.)]
4. Шестакова И.В., Малышев Н.А., Лебедев В.В. Клинические рекомендации. Инфекционный моноклеоз у взрослых. М.: Национальное научное общество инфекционистов; 2014:74.
[Shetakova I.V., Malyshev N.A., Lebedev V.V. Clinical recommendations. Infectious mononucleosis in adults. M.: National Scientific Society of Infectious Diseases; 2014:74. (in Russ.)]
5. Тимченко В.Н., Баннова С.Л., Павлова Е.Б., Каплина Т.А., Федорова А.В. и др. ВЭБ-моноклеоз на госпитальном этапе: клиническая характеристика и этиотропная терапия у детей различного возраста. Педиатр. 2018. 9(6): 77—82.
[Timchenko V.N., Bannova S.L., Pavlova E.B., Kaplina T.A., Fedorova A.V. et al. EBV-mononucleosis at the hospital stage: clinical characteristics and etiotropic therapy in children of different ages. *Pediatr.* 2018. 9(6): 77—82. (in Russ.)]

6. Тимченко В.Н. Инфекционные болезни у детей. СПб, СпецЛит, 2012:623.
[Timchenko V.N. Infectious diseases in children. St. Petersburg, SpetsLit, 2012: 623. (in Russ.)]
7. Тюняева Н.О., Софронова Л.В. Инфекционный моноклеоз: этиологические факторы, проблемы диагностики и лечения (научный обзор). Вестник новых медицинских технологий. 2014. 21(3):184–189.
[Tunyayeva N.O., Sofronova L.V. Infectious mononucleosis: etiological factors, problems of diagnosis and treatment (scientific review). *Bulletin of New Medical Technologies*. 2014. 21(3):184–189. (in Russ.)]
8. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году: Государственный доклад. — М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2019: 254.
[On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population in the Russian Federation in 2018: State report. — М.: Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-being, 2019:254. (in Russ.)]
9. Данные по заболеваемости организационно-методического отдела инфекционной службы Комитета по здравоохранению СПб, 2016–2018 гг.
[Data on the incidence of the organizational and methodological department of the infectious services of the Health Committee of St. Petersburg, 2016–2018. (in Russ.)]
10. Баннова С.Л. Сравнительная характеристика инфекционного моноклеоза Эпштейна–Барр вирусной природы у детей дошкольного и школьного возраста. Ученые записки СПб мед. универ. им. акад. И. П. Павлова. СПб.: Изд. СПбГМУ, 2010; 17(2):43–45.
[Bannova S.L. Comparative characterization of Epstein – Barr infectious mononucleosis of viral nature in preschool and school children. *Scientific notes St. Petersburg honey. Univer. them. Acad. I.P. Pavlova*. SPb.: Publ. SPbSMU, 2010; 17 (2): 43–45. (in Russ.)]
11. Тимченко В.Н. Воздушно-капельные инфекции в практике педиатра и семейного врача: руководство для врачей всех специальностей. СПб.: 2007:644.
[Timchenko V.N. Airborne infections in the practice of a pediatrician and family doctor: a guide for doctors of all specialties. SPb.: 2007: 644. (in Russ.)]
12. Тимченко В.Н., Баннова С.Л., Калинина Н.М. и др. Клиническая и иммунологическая эффективность рекомбинантного интерферона альфа-2b при остром Эпштейна-Барр вирусном моноклеозе у детей дошкольного возраста. Детские инфекции. 2016; 15(3): 30–37.
[Timchenko V.N., Bannova S.L., Kalinina N.M. et al. Clinical and immunological efficacy of recombinant interferon alfa-2b in acute Epstein-Barr viral mononucleosis in preschool children. *Detskie Infektsii=Children's Infections*. 2016; 15(3): 30-37. (in Russ.)]
<https://doi.org/10.22627/2072-8107-2016-15-3-30-38>
13. Тимченко В.Н., Баннова С.Л., Федорова А.В., Назарова А.Н. Клинико-лабораторные критерии тяжести и принципы терапии острого инфекционного моноклеоза Эпштейна-Барр вирусной этиологии у детей. Педиатр. 2015; 6(4):147–153.
[Timchenko V.N., Bannova S.L., Fedorova A.V., Nazarova A.N. Clinical and laboratory criteria for severity and principles of therapy for acute infectious Epstein-Barr mononucleosis of viral etiology in children. *Pediatr*. 2015; 6(4): 147–153. (in Russ.)]
14. Yuge A., Kinoshita E., Moriuchi M. et al. Persistent hepatitis associated with chronic active Epstein-Barr virus infection. *Pediatr Infect Dis J*. 2004; 23(1): 74–76.

Информация о соавторах:

Хакизimana Жан-Клод (Jean-Claude Hakizimana, full-time post-graduate student), очный аспирант кафедры инфекционных заболеваний у детей им. проф. М.Г. Данилевича, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет; orsid.org/0000-0003-3441-3244

Шакмаева Мария Александровна (Mariia Shakmaeva, 2-year resident), ординатор 2 года обучения кафедры инфекционных заболеваний у детей имени профессора М.Г. Данилевича, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет, shakmaevainf@mail.ru; orsid.org/0000-0003-1402-3556

Каплина Татьяна Анатольевна (Tatyana Kaplina, PhD, Associate Professor), к.м.н. доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей имени профессора М.Г. Данилевича, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет, detinfection@mail.ru; orsid.org/0000-0003-1659-2058

Субботина Мария Дмитриевна (Maria Subbotina, PhD, Associate Professor), к.м.н., доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей им. проф. М.Г. Данилевича, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, detinfection@mail.ru; orsid.org/0000-0001-8748-7146

Баннова Светлана Леонидовна (Svetlana Bannova, PhD, Associate Professor), к.м.н. доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей имени профессора М.Г. Данилевича, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет, Россия, detinfection@mail.ru; orsid.org/0000-0003-1351-1910

Федорова Анна Владимировна (Anna Fedorova, Associate), ассистент кафедры инфекционных заболеваний у детей им. проф. М.Г. Данилевича, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, detinfection@mail.ru; orsid.org/0000-0003-2870-4344

Суховецкая Вера Федотовна (Vera Sukhovetskaya, PhD, Associate Professor), к.м.н. доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей имени профессора М.Г. Данилевича, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет МЗ РФ, verafedotovna@mail.ru; orsid.org/0000-0002-1566-7137

Павлова Елена Борисовна (Elena Pavlova, PhD, Associate Professor), к.м.н., доцент кафедры фармакологии с курсом клинической фармакологии и фармакоэкономики, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, infarm@bk.ru; orsid.org/0000-0002-7596-1004

Павлова Наталья Валерьевна (Natalia Pavlova, PhD, Associate Profess), к.м.н., ассистент кафедры инфекционных заболеваний у детей им. проф. М.Г. Данилевича, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия, detinfection@mail.ru; orsid.org/0000-0002-0661-6477

Статья поступила 30.05.2020

Конфликт интересов: Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest: The authors confirmed the absence conflict of interest, financial support, which should be reported