

**ФГБОУ ВО ДОНГМУ**

**Изучение функционального состояния  
гепатобилиарной системы при инфекционном  
мононуклеозе Эпштейна-Барр вирусной  
этиологии**

Выполнили: Е. В. Пшеничная, Н. П. Кучеренко, Л. П. Лепихова

Эпштейна–Барр-вирусная инфекция (ЭБВИ), наряду с остальными инфекционными заболеваниями, встречающимися среди детского населения, остается одной из наиболее актуальных в современной педиатрии. Свою популярность вирус получил не только из-за повсеместного распространения среди всех возрастных групп, но еще и потому, что сам по себе вирус обладает тропизмом к различным клеткам организма, о чем свидетельствует многообразие клинической картины.

ВЭБ — наиболее частая этиологическая причина острого инфекционного мононуклеоза.

Одно из проявлений инфекционного мононуклеоза (ИМ), как первичной инфекции, так и реактивации, - поражение печени, которое в период манифестации ВЭБ-инфекции носит характер острого гепатита, сопровождающегося гепатомегалией, желтухой, повышением уровней прямого и непрямого билирубина и активности трансаминаз.

Гепатоспленомегалия при мононуклеозе связана с поражением макрофагов селезенки и печеночных клеток Купфера вирусом герпеса типа IV (вирусом Эпштейна-Барра). При этом наблюдается увеличение лимфоузлов (зачастую генерализованное) – со значительным повышением уровня лимфоцитов в крови – и воспалительный отек селезенки и печени, гепатоспленомегалия в сочетании с абсолютным лимфоцитозом.

# Актуальность

- ▶ высокий уровень инфицированности детского населения;
- ▶ поражение иммунной системы;
- ▶ развитие тяжелых форм заболевания с присоединением бактериальной инфекции;
- ▶ частая хронизация;
- ▶ риск развития онкологических заболеваний.

# **Цель исследования**

изучить особенности изменения гепатобилиарной системы при инфекционном мононуклеозе Эпштейна-Барр вирусной этиологии.

# Материалы и методы

Нами проведен анализ 60 истории болезни детей, которые находились на стационарном лечении в инфекционном отделении ЦГКБ № 1 г. Донецка.

У всех больных заболевание характеризовалось подострым постепенным началом — субфебрильной температурой, умеренными болями в горле, болями в области шеи за счет увеличения лимфатических узлов, а также постепенным нарастанием признаков интоксикации. Диагноз был выставлен на основании характерной клинической картины заболевания, эпидемиологического анамнеза. Всем больным проводилось исследование общего анализа крови, в том числе с определением атипичных мононуклеаров, биохимическое исследование крови с определением общего билирубина и его фракций, показателей АЛТ, АСТ. Для подтверждения диагноза определялись иммунологические маркеры — ДНК в полимеразной цепной реакции, иммуноглобулины М, G в иммуноферментном анализе. Дополнительно для дифференциальной диагностики проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, определялись маркеры вирусного гепатита.

# Результаты и обсуждение

Из 60 детей в возрасте до 3-х лет было 16 (26,6%), от 4-х до 6 лет – 15 (25%), от 7 до 14 – 20 (33,3%) и старше 14 лет – 9 (15%). В анамнезе жизни у всех детей отмечался неблагоприятный преморбидный фон: частые ОРВИ (85 %), аллергический дерматит (18,3 %), хронический тонзиллит (5 %), дискинезия желчевыводящих путей (26,6 %). Предварительными диагнозами были: лакунарная ангина – 15 случаев (25%), аденовирусная инфекция, тонзиллярная форма – 4 (6,7%), острый вирусный гепатит – 1 (1,6%) и у 30 (50%) заподозрен инфекционный мононуклеоз. Разнообразие клинических диагнозов свидетельствует о трудностях диагностики данного заболевания.



# Результаты и обсуждение

У всех детей инфекционный мононуклеоз протекал с классическими клиническими проявлениями: интоксикационным синдромом, лихорадкой (38-39°C) в течение 7 – 10 дней, признаками поражения ротоглотки (лакунарная ангина) с увеличением небных миндалин до 2 – 3 степени, лимфаденопатией, с преимущественным увеличением подчелюстных и шейных лимфатических узлов.

Гепатомегалия выявлялась в 100% случаев, спленомегалия – 43,3% больных. В гемограмме у 71,6% больных выявлен лейкоцитоз в сочетании с лимфоцитозом, у 28% содержание лейкоцитов оставалось в пределах возрастных норм, моноцитоз - 51,6%. Наличие атипичных мононуклеаров в периферической крови было выявлено у 81,6%, количество их варьировало от 5 до 28%. В биохимическом анализе крови в 100% случаев отмечалось повышение уровня билирубина и трансаминаз (АЛТ, АСТ), при этом желтушность кожи и слизистых оболочек не отмечалось, что свидетельствует о том что заболевание протекало в безжелтушной форме.

# Результаты и обсуждение

Среди эхографических признаков вовлечения в патологический процесс печени наблюдались: изменение эхогенности у 78,3% (47 человек), из них у 63,3% (38 детей) – повышение, у 15% (9 детей) – снижение, изменение эхоструктуры печени в виде ее диффузной неоднородности за счет мелки гипер – и гипозэхогенных включений у 43,3% (26 больных). Отсутствие эхографических признаков поражение печени наблюдалось в 21,6% (13 детей) случаев.

При эхорграфическом исследовании желчного пузыря (ЖП) у 25% (15 человек) была выявлена деформация и признаки воспаления в виде утолщения стенок.

Маркеры вирусного гепатита отсутствовали.

# Выводы

Таким образом, наше исследование позволило установить, что поражение печени при инфекционном мононуклеозе Эпштейна-Барр вирусной этиологии имеет ряд клинико-лабораторных признаков, в частности, гепатомегалию, изменение показателей функциональной активности печени.

Эхографические признаки изменения желчного пузыря можно трактовать как возможность воздействия самого вируса.