

УДК: 616.42-002-08-053.02

О.І. Юдін, С.В. Веселий

Донецький Національний медичний  
університет ім. М.Горького  
(м. Лиман, Україна)

## КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НЕСПЕЦИФІЧНОГО МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО ЛІМФАДЕНІТУ У ДІТЕЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

**Резюме.** У даному огляді літератури висвітлені питання етіології, патогенезу і клінічних проявів гострого неспецифічного мезаденіту у дітей. До теперішнього часу ця проблема, як і раніше, залишається однією з найактуальніших у дитячій хірургії. Щодо гострого неспецифічного мезаденіту опубліковано досить мало літературних даних, а робіт монографічного характеру - недостатньо. Педіатри і дитячі хірурги постійно цікавляться проблемою цього захворювання, що обумовлено його значимістю для диференціальної діагностики з гострими хірургічними захворюваннями живота, найчастіше з гострим апендицитом. Найбільш частою клінічною "копією" гострого апендициту в дитячому віці є саме неспецифічний мезаденіт. Описано різні класифікації даної патології. Детально викладені різні лабораторні, патоморфологічні й спеціальні інструментальні дослідження у дітей з гострим неспецифічним мезаденітом. На сучасному науковому рівні висвітлені питання діагностики та диференціальної діагностики, а також методи консервативної терапії і оперативного лікування. Проблема діагностики та лікування гострого неспецифічного мезентеріального лімфаденіту в дітей далека від свого вирішення і вимагає подальшого вивчення й розробки алгоритму дій, як щодо неінвазивної діагностики і спрямованої патогенетичної терапії, так і щодо визначення показань для виконання відеохірургічного втручання.

**Ключові слова:** неспецифічний мезаденіт; лікування; хірургія; діти; лапароскопія.

Гострий неспецифічний мезаденіт (ГНМ) до теперішнього часу є одним із маловивчених захворювань дитячого віку. Про ГНМ є досить мало літературних даних, а робіт монографічного характеру - недостатньо. Педіатри і дитячі хірурги постійно цікавляться проблемою цього захворювання, що обумовлено його значимістю щодо диференціальної діагностики з гострими хірургічними захворюваннями живота, найчастіше - з гострим апендицитом. Найбільш частою клінічною "копією" гострого апендициту в дитячому віці є саме неспецифічний мезаденіт [11, 20].

Вперше про неспецифічне запалення мезентеріальних лімфатичних вузлів згадується у 1784 р. Р. Werner і С. Feller. Наприкінці XIX - початку XX ст. на неспецифічну природу мезентеріального лімфаденіту вказували такі хірурги, як О.А. Бобров (1899) і Г.І. Бардулін (1903), французькі вчені Bertien і Worms (1909). Американському хірургові А.О. Wilensky належить перша наукова публікація, присвячена неспецифічному мезаденіту. У 1920 р. він опублікував роботу, де були описані клінічні симптоми захворювання, а також висловив думку про існування патогенетичного взаємозв'язку мезаденіту з гострим апендицитом. Не всі науковці були з ним згодні. Німецькі вчені N. Guleke і F. Neusser (1924) навпаки вважали ГНМ самостійним захворюванням лімфатичного апарату брижі тонкої кишки. Анатомічні дослідження Г.Т. Красовського (1962) виявили зв'язок червоподібного відростка тільки з ілеоцекальними лімфовузлами, тоді як за неспецифічного мезаденіту уражаються лімфовузли ще й кореню брижі тонкої кишки. У другій половині XX сторіччя ГНМ міцно "зайняв свою позицію" у нозології дитячої хірургії як самостійне захворювання. Вивченню цієї проблеми присвятили свої дослідження Н.Г. Дам'є (1955), С.Р. Слуцька (1957), А.Ф. Зверев (1960-1964), Е.М. Литвак (1963), Г.Т. Красовський (1962-1963), В.К. Мазурова (1963-1965), М.Л. Куш

та Л.І. Ткаченко (1984), А.О. Wilensky (1920), I. Aird (1945), G. Sikorska-Wisniewska (2006) та інші [36, 37].

Діагностика і лікування ГНМ істотно ускладнена внаслідок різноманітності причин і неясності патогенезу розвитку захворювання, відсутності специфічних ознак і єдиних діагностичних критеріїв. І найголовніше, досить часто лікар змушений вдаватися до інвазивних методів дослідження для його діагностики [35].

Існує багато класифікацій ГНМ. Деякі з них побудовані за патологоанатомічним принципом, інші - за клінічним. Різноманітність патоморфологічних змін у мезентеріальних лімфовузлах, поліморфізм клінічних проявів, суперечливість у поглядах на етіологію і патогенез даного захворювання - все це відбилося на характері цих класифікацій.

Перша класифікація ГНМ була запропонована у 1926 р. Wilensky і Hahn. Автори розрізняли неспецифічне запалення (простий мезентеріальний лімфаденіт і гнійний мезентеріальний лімфаденіт) і специфічне туберкульозне запалення мезентеріальних лімфовузлів. Brown (1929) доповнив цю класифікацію описом підгострої і рецидивуючої форми неспецифічного мезаденіту. Rosenberg (1937), визнаючи існування гострої і хронічної стадії даного захворювання, увів поняття щодо блискавичної форми неспецифічного мезентеріального лімфаденіту [5].

У 1955 р. Н.Г. Дам'є запропонував свою класифікацію неспецифічного мезентеріального лімфаденіту:

- Неспецифічна інфекція: гострий мезентеріальний лімфаденіт; хронічний мезентеріальний лімфаденіт; загострення хронічного мезаденіту; гнійний мезаденіт.

- Туберкульозна інфекція: хронічний туберкульозний лімфаденіт; загострення туберкульозного мезентеріального лімфаденіту [5].

Н.Л. Куш, Л.І. Ткаченко (1984) поділяють ГНМ

на гострий і хронічний. Серед гострих виділяють простий і деструктивний (гнійний і гнійно-некротичний), хронічний неспецифічний мезаденіт - первинно-хронічний; вторинно-хронічний (резидуальний і рецидивний у стадії загострення або ремісії). [5].

Більшість сучасних дослідників розглядають ГНМ у рамках синдрому збільшених мезентеріальних лімфовузлів. Найбільш повна класифікація синдрому збільшених мезентеріальних лімфатичних вузлів запропонована В.М. Тімербулатовим і Р.М. Сахаутдіновим (2009). Відповідно за цією класифікацією розрізняють:

I. Первинні мезентеріальні лімфаденіт і лімфаденопатії.

Інфекційні мезентеріальні лімфаденіти: неспецифічні гострі і хронічні вірусні (аденовірус, герпес, грип), бактеріальні та грибові лімфаденіти; специфічні гострі і хронічні: туберкульоз, сифіліс, ієрсиніоз і ін. Пухлинні мезентеріальні лімфаденіти - злоякісні: гострий лейкоз, лімфоми (Ходжкіна і неходжкінські), хронічний лімфобластний лейкоз та ін.

II. Вторинні (реактивні) мезентеріальні лімфаденіти і лімфаденопатії.

Неспецифічні мезаденіти гострі і хронічні: інфекційні: бактеріальної етіології (черевний тиф, дизентерія, сальмонельоз); бактеріальні інфекції при гострих хірургічних і гінекологічних захворюваннях (інфільтрати, абсцеси, перитоніти; грибової (актиномікоз) і іншої етіології; неінфекційні: паразитарні (ехінококоз, альвеококоз), автоімунні захворювання (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона).

Специфічні мезентеріальні лімфаденопатії, непухлинні: дифузні захворювання сполучної тканини, СНІД, хронічні імунопроліферативні синдроми (ангіоімунобластна лімфаденопатія та ін.), первинні імунodefіцити, саркоїдоз, алергічні, токсичні, медикаментозні, постспленектомічний синдром. Пухлинні: метастази солідних пухлин і гемобластозів у лімфатичні вузли.

Чи є необхідність поділу первинного неспецифічного мезаденіту в клінічній практиці в залежності від етіології, форми і перебігу - залишається відкритим питанням.

Зазвичай, ГНМ діагностують у 8-9% дітей, які госпіталізуються у хірургічні відділення з підозрою на гострий апендицит [1, 4]. Дійсна зустрічальність ГНМ до теперішнього часу залишається невідомою, що пов'язано зі складнощами його підтверженої діагностики. Маловивчена роль і місце ГНМ в хірургічній практиці, залишається невирішеною проблема проведення адекватного етіопатогенетичного лікування, відсутня прийнятна класифікація, що дозволила б виробити тактику ведення хворих з даною патологією. Все це призводить до того, що хворі після встановлення діагнозу "гострий мезаденіт" (що, по-суті, є не завжди коректним трактуванням назви хвороби) і виключення гострої хірургічної патології через кілька діб виписуються зі стаціонару додому і цілком допустимо, що вони через деякий час поступлять повторно вже в інші клініки як хірургічного, так і нехірургічного профілю [16, 32, 36, 37, 38].

Основною причиною помилкового діагнозу є відсутність чітких критеріїв диференційної діа-

гностики з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини, і перш за все з гострим апендицитом [7, 8].

Якщо говорити за частоту за віком, то найбільш схильні до захворювання на ГНЛ діти у віці 5-13 років [1, 5]. У перші десять років життя діти хворіють частіше на ГНЛ, ніж на гострий апендицит [9]. Н.Л.Куш (1984) стверджує, що мезентеріальний лімфаденіт частіше зустрічається у дівчаток (67%). На думку ж J. Aird (1945), частота ГНЛ є вищою у хлопчиків. Звертає на себе увагу сезонність захворювання, яка складається з двох піків. Перший пік припадає на період початку навчального року, а у весняний період він збігається із розпалом захворюваності на гострі респіраторні вірусні інфекції [1, 10].

Клінічні ознаки ГНМ. У клінічній картині ГНМ виділяють два основні періоди: початковий (що маскується) і період клінічних проявів [2]. У початковому періоді в дітей, які схильні до гіперсенситілізації і алергічних проявів, на тлі субфебрилітету можуть відзначатися катаральні явища з боку верхніх дихальних шляхів, кон'юнктивіт, тобто симптоми гострого респіраторного захворювання. Ці симптоми можуть тривати від 12-24 годин до 2-3 діб. Для періоду клінічних проявів захворювання характерний ниючий, а потім періодичний переймоподібний біль у середній частині живота (ділянка пупка, праворуч і нижче від нього), що виступає на перший план у скаргах дітей [16, 17].

Більшість дослідників вважає, що абдомінальний больовий синдром обумовлений роздратуванням нервових рецепторів, якими рясно забезпечена брижа кишечника і очеревина, що покриває його, а також спастичними скороченнями кишкових петель внаслідок прояви функціональної кишкової непрохідності спастичного типу [1, 2]. А.Г. Пугачов (1964) описує відсутність іррадіації болю в животі як характерну особливість ГМЛ.

До загальних симптомів, характерних для ГМЛ, відносять нудоту і блювоту, пов'язуючи їх з рефлекторним роздратуванням очеревини внаслідок запального процесу. За даними Н.Л.Куца (1984), нудота відзначена у 46,5% хворих з ГМЛ, а блювота - у 29,1%.

Характерним для ГМЛ вважається функціональний розлад кишечника у вигляді одноразового або дворазового неряжного кашкоподібного стільця або запорів, млявості їх поєднання з наступним помірним метеоризмом [1, 13].

Загальний стан хворих частіше відповідає середньої тяжкості. Апетит знижений або взагалі відсутній [1]. Температура тіла, як правило, не перевищує 38° С, однак у 25% хворих вона може підвищуватися до 38,5-39° С [9]. При первинному огляді хворого у початковому періоді ГНМ важливою діагностичною ознакою, що відрізняє його від гострої респіраторної інфекції, є біль при пальпації живота в проекції брижі тонкої кишки. Багато вчених описали характерні для даного захворювання місцеві пальпаторні симптоми, але широкого поширення набули тільки три з них:

- симптом Мак-Фаддена (McFadden, 1927), що полягає у визначенні больової реакції по латеральному краю правого прямого м'язу живота на 2-4 см нижче пупка;

- симптом Клейна (W.Klein, 1938) - переміщення болючою точки справа наліво при повороті хворого зі спини на лівий бік. У дослідженнях Н.Л.Куца (1984) позитивний симптом Клейна виявлено у 15,6% випадків при гострому і в 51% - при хронічному неспецифічному мезентеріальному лімфаденіті;

- симптом Штернберга (Sternberg, 1926) - болючість при пальпації по лінії, що з'єднує праву клубову ділянку з лівим підребер'ям, тобто в місцях прикріплення кореня брижі тонкої кишки і локалізації запалених мезентеріальних лімфовузлів у ній. За даними Н.Л.Куца (1984), цей симптом був позитивним у 89,9% випадків ГНМ. Поєднання скарг на біль у центрі живота і болючість при пальпації в області кореня брижі тонкої кишки, на думку ряду авторів, належить до провідних проявів симптомокомплексу мезаденіту [1, 14, 36].

Здуття і помірне напруження м'язів у нижніх відділах живота медіально і вище, ніж при гострому апендициті, а також симптоми подразнення очеревини відзначені при ГНМ лише в незначальному відсотку випадків. При цьому виражені перитонеальні симптоми, які характерні тільки при абсцедуванні мезентеріальних лімфовузлів [1, 17].

Немає єдиної думки з приводу діагностичної цінності пальпації збільшених лімфатичних вузлів у хворих на ГНМ [22]. Діагностична цінність УЗД може знижуватися у хворих, які були госпіталізовані за екстремними показаннями, через відсутність відповідної підготовки кишечника [23, 24]. Оглядова рентгенографія черевної порожнини не дозволяє побачити будь-яких змін при ГНМ. За даними комп'ютерної томографії (КТ) можлива діагностика ГНМ при виявленні кластеру з трьох або більше лімфатичних вузлів розміром 5 мм або більше (в середньому близько 10 мм) при їх розташуванні в брижі. Вони, як правило, однорідної консистенції і зосереджені в правому нижньому квадранті брижі тонкої кишки [14, 25, 26]. Встановлено, що в нормі діаметр брижових лімфовузлів по короткій осі в середньому становить 3,6 мм (від 3 до 6 мм) з найбільшими вузлами із середнім діаметром 4,8 мм (від 3 до 9 мм) [28]. За визначенням М.Масам і співавт. (2002), ГНМ прийнято вважати збільшення трьох або більше лімфовузлів на 5 мм і більше в діаметрі. Деякі автори відзначають, що при наявності скарг на болі в правих відділах живота, наявність за даними КТ потовщення стінки кишки та збільшених мезентеріальних лімфовузлів у правій клубовій області слід виключити наявність ієрсиніозу [27].

Діагностична лапароскопія. За даними В.М.Тімербулатова і співавт. (2009), найбільш інформативним методом діагностики ГНМ є діагностична лапароскопія. Разом з тим, як і будь-яке інвазивне дослідження, лапароскопія пов'язана з можливістю ускладнень, частота яких становить від 0,3 до 7,6% [24]. Лапароскопічна картина ГНМ включає набряк, інфільтрацію брижі тонкої кишки, наявність щільної консистенції рухомих збільшених лімфатичних вузлів від блідо-рожевого до червоного (яскрава гіперемія) кольору, що розташовуються групами ("пакетами") приблизно однакового розміру [30]. За даними іншого дослідження, ізольоване збільшення мезентеріальних

лімфовузлів, виявлене при проведенні відеохірургічної ревізії черевної порожнини, супроводжувалося зміною їх кольору від блідо-рожевого до рожевого при відсутності гіперемії брижі і паріетальної очеревини без конкретної локалізації по ділянках кишечника, а розміри їх значно варіювали - від 0,5 до 1,5 см. [10]. За даними Н.Л.Куца (1984), характерною ознакою була наявність набряклості брижі. При вторинному запаленні мезентеріальних лімфовузлів (при гострій хірургічній, гінекологічній патології органів черевної порожнини), їх колір може змінюватися від червоного до бордового відтінків. Відзначена також гіперемія брижі у всіх випадках в поєднанні з гіперемією інших відділів очеревини [30]. При цьому збільшені лімфатичні вузли брижі локалізувалися безпосередньо поблизу первинного хірургічного вогнища, а поширеність мезаденіту залежала від ступеня деструкції у первинному вогнищі [13].

Інформативність лапароскопії при диференціальній діагностиці ГНМ і гострого апендициту становить від 95 до 99%. Так, за даними П.І. Бортулева і співавт. (2009), у 31 хворого діагноз ГНМ був встановлений за результатами лапароскопії, і тільки у 4 випадках через неможливість виведення червоподібного відростка для лапароскопічної візуалізації виникла необхідність виконання відеоасоційованої апендектомії. Подальше патогістологічне дослідження червоподібних відростків показало відсутність в них запальних змін при підтвердженні діагнозу мезентеріального лімфаденіту.

Гістологічне дослідження лімфовузлів. Гістологічна картина мезентеріальних лімфовузлів при вторинному і первинному лімфаденіті ідентична і відповідає гострому запаленню [10]. За даними П.І. Бортулева і співавт. (2009), найбільш виражені морфологічні зміни спостерігалися в ретикулярній стромі, фолікулах і міжфолікулярних тканинах, що проявлялося у гіперплазії, синусовому гістіоцитозі та регіонарному лімфаденіті. У запалених лімфовузлах виділяється коркова і мозкова речовина і визначається чітко виражена сполучнотканинна капсула з трабекулами. У корковій речовині розташовуються невеликого розміру вузлики з реактивним центром (центр розмноження). Мозкова речовина утворена мозковими тяжами і синусами. Міжвузелькова зона, яка містить малі лімфоцити і макрофаги, має щільну будову. Щільність розташування клітин у ній є такою ж, як і в лімфатичних вузликах, однак клітини не зливаються, оскільки між ними є дуже тонкий прошарок сполучної тканини або проміжні синуси. У кірковій речовині лімфатичного вузла йде інтенсивна проліферація лімфоцитів групи "В" [13].

У мозковій речовині лімфатичного вузла мозкові тяжі, що складаються з плазмоцитів і плазмобластів, мають ізольоване розташування й оточені мозковими синусами, проте окремі ділянки мозкової речовини характеризуються дифузним поширенням лімфоцитів і макрофагів з порушенням загальної структури мозкових тяжів, що вказує на реакцію імункомпетентних клітин (продукція антитіл) на наявний інфекційний процес [10]. Морфологічна картина псевдотуберкульозного мезаденіту описана при ієрсиніозному ураженні мезентеріальних лімфатичних вузлів. При цьому

в капсулі лімфатичного вузла визначалися зони фібриноідного некрозу, гіперплазія лімфоїдної тканини з формуванням невеликих абсцесів [15].

Диференціальна діагностика болю в животі у дітей, хворих на ГНМ, утруднена неможливістю збору точного анамнезу, негативною реакцією на огляд у пацієнтів молодшого віку, стертістю клінічних симптомів, наявністю супутньої патології [2, 3, 5, 31].

Основними тактичними принципами при диференціальній діагностиці болю в животі у дітей залишаються комплексна оцінка клініко-лабораторних даних і динамічне спостереження. Слід зазначити ряд диференціальних відмінностей в діагностиці гострого апендициту і ГНМ. При ГНМ біль в животі у більшості випадків починається в нижній половині живота і лише трохи згодом концентрується у правій клубовій області [32]. На відміну від гострого апендициту, розвиток ГНМ носить більш пролонгований характер - до декількох діб. Крім того, клінічна картина не так яскраво виражена, при цьому часто відсутні місцеві перитонеальні знаки, часто присутні катаральні явища і герпетична інфекція. Характерною рисою є сезонність захворювання, яка зростає в осінній і весняний періоди [1, 10, 25]. Нещодавно проведений метааналіз клінічних даних і лабораторних аналізів (кількість лейкоцитів, паличкоядерний зсув вліво, рівень СРБ) у дорослих показав, що поєднання результатів клінічного обстеження і лабораторних даних має набагато більше діагностичне значення для діагностики гострого апендициту, ніж інтерпретація кожного результату окремо [18]. При застосуванні УЗД і КТ позитивна прогностична цінність для гострого апендициту склала 0,62, для мезентеріального лімфаденіту - 0,42, при використанні клініко-лабораторного алгоритму - 0,81. У літературі описані приклади використання клінічних шкал оцінки, що дозволяють діагностувати гострий апендицит [33, 34]. Згідно з даними багаточисленних досліджень, клінічні і лабораторні показники окремо мають малу діагностичну значимість, при зіставленні їх разом достовірність підвищується. Таким чином, традиційні методи клінічного обстеження хворих з "гострим животом" не дозволяють точно встановити правильний діагноз, провести диференціальну діагностику ГНМ з гострими хірургіч-

ними захворюваннями органів черевної порожнини. Тим часом, постановка правильного діагнозу без застосування інвазивних методів залишається вкрай актуальною.

Відсутність єдиного погляду на етіологію і патогенез ГНМ є причиною різного підходу до питань лікування даного захворювання [1]. Як правило, хворі з невираженими проявами ГНМ не вимагають спеціального лікування [8]. Принципово важливим етапом лікування хворих з ГНМ є диференційно-діагностичний, що дозволяє виключити необхідність хірургічного втручання. На думку багатьох авторів, лікування ГНМ має включати постільний режим, антибактеріальну, інфузійну терапію (за показаннями) поряд з терапією противірусними засобами (ацикловір та ін.) [1, 10, 12, 13]. Таким чином, проблема діагностики та лікування гострого неспецифічного мезентеріального лімфаденіту далека від свого вирішення і потребує подальшого вивчення і розробки як алгоритму неінвазивної діагностики, так і цілеспрямованої патогенетичної терапії й профілактики захворювання у дітей.

За даними А.В.Новосельцева с соавт. (2000 р.), за допомогою лапароскопії вдалося уникнути марної лапаротомії і апендектомії у більшій частині пацієнтів (87,4%). З них, у 8,8% виявлено ілеоцекальний мезаденіт. Клінічна картина ГНЛ, як вірусної (ентеровірусна, аденовірусна інфекція), так і бактеріальної (псевдотуберкульоз, неспецифічна бактеріальна інфекція тощо) етіології настільки нагадує прояви гострого апендициту, що багатьом хірургам буває дуже складно відмовитися від операції. У подібних випадках саме виконання лапароскопії дозволяє уникнути рутинного оперативного втручання [6, 19, 21, 35, 40, 41, 42, 43].

Таким чином, проблема діагностики та лікування гострого неспецифічного мезентеріального лімфаденіту у дітей є далекою від свого вирішення і потребує подальшого вивчення і розробки алгоритму як щодо неінвазивної діагностики і цілеспрямованої патогенетичної терапії, так і щодо показань стосовно відеохірургічного втручання. Важлива роль у цьому надається розробці способу прогнозування перебігу та результатам лікування даного захворювання у дітей.

## Література

1. Алексеенко О.В. Основні принципи лікування ускладнень гнійно-септичного генезу в хірургії / О.В. Алексеенко, А.Г. Іфтодій, С.С. Федоряк // Праці науков. конф. "Вчені Буковини-народній охороні здоров'я". - Чернівці, 1994.- С.56-57.
2. Алексеенко А.В. Организация и эффективность физиотерапевтического лечения в хирургическом стационаре / А.В. Алексеенко, А.Г. Ифтодий, В.В. Тарабанчук [и др. ] // Клиническая хирургия.- 1990.- №1.- С.54-55.
3. Алексеенко А.В. Внутритканевый электрофорез. - Черновцы: облполиграфиздат, 1991.- 84 с.
4. Андрейчин М.А. Використання ентеросорбентів у комплексному лікуванні хворих на гострі кишкові інфекції: Метод, рекомендації / М.А. Андрейчин, В.В. Гебеш, О.Л. Івахів [та ін.] - Тернопіль, 1992.-17 с.
5. Аринчин В.Н. Эндогенная интоксикация у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями / В.Н. Аринчин, В.А. Катько, В.В. Дмитриев [и др.] // Матер. юбилейной конф., посвящ. 100-летию С.Д.Терновского. - Москва, 1996. -С. 7-8.
6. Арапов Д.А. Против гипердиагностики и сверхрадикализма / Д.А. Арапов // Апендицит. - Киев, 1966. - С. 19-22.
7. Астахов А.А. Возможности термографической диагностики гнойно-воспалительных заболеваний у детей / А.А. Астахов, С.В. Рябчук // Труды Крымского мед. ин-та.- Симферополь, 1989.- т.122.- С. 37-39.
8. А. с. 12611621 СССР, МКИ А.61В 5/00. Способ диагностики заболеваний почек / Белов М. Е., Ветошников В.С., Гоженко А. И. и др. // Бюллетень изобретений, 1986.- №37.- 2 с.

9. Бабов К.Д. Модулирующий эффект физических факторов при действии на иммунокомпетентные органы / Бабов К.Д., Павлова Е.С., Горчакова Г.А. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.-1999.-№1.-С. 41-44.
10. Баиров Г.А. Неотложная хирургия детей / Г.А. Баиров.- Л. Медицина, 1983.-406 с.
11. Бортулев П. И. Острый неспецифический мезаденит у детей / П.И. Бортулев, В. В. Нескучаев // Медицинский вестник Северного Кавказа. -2009, №1.-С.83-84.
12. Бобильова О.О. Оцінка стану здоров'я дітей в залежності від радіоекологічної ситуації, що склалася внаслідок аварії на ЧАЕС / О.О. Бобильова // Укр. радіол. журн.- 1996.- Т.4, №1.- С 21-23.
13. Боднар Б.М. Апендикулярний перитоніт у дітей, фактори, що погіршують його перебіг, та шляхи оптимізації комплексного лікування: Автореф. дис....д-ра мед. наук / Б.М. Боднар. 14.01.09-Національний мед. ун-т ім. О. О. Богомольця.- Київ, 1998.- 32 с.
14. Боднар Б.Н. Иммуные нарушения и их коррекция тимостимулином при распространённых формах перитонита у детей / Б.Н. Боднар, И.И. Пастернак, Л.А. Безруков [и др.] // Детская хирургия.-2000.- №5.- С. 14-16.
15. Боднар Б.М. Імунний статус як показник ефективності лікування гострого неспецифічного брижового лімфаденіту у дітей / Б.М. Боднар, С.В. Шестобуз, С.М. Микитинський, Д.А. Трефаненко // Українські медичні вісті.- 2001.- Т.4.- С.15-28.
16. Васильева М.Ф. Термография в диагностике и оценке лечения пиелонефрита у детей / М.Ф. Васильева, Е.В. Дворовенко // Тепловизионная мед. аппаратура и практика её применения.-ТемП-85. Тез. докл.,1985 - С.400-402.
17. Выховская А.Г.Применение тепловизионного метода в диагностике послеоперационного медиастенита / А.Г. Выховская, Г.Г. Челисова, А.С. Подосинников // Хирургия.-1978.-№2.-С.111-114.
18. Гебеш В.В. Оральная дегидратация и энтеросорбция в комплексном лечении больных кишечными и другими инфекциями / В.В. Гебеш // Лікарська справа.- 1994.-№1.-С. 13-18.
19. Давыдовский И.В. К вопросу о нормальных отрезках в хирургической практике / И.В. Давыдовский, В.С. Юдина // Клиническая медицина. - 1964. - Т. 42, № 6. - С. 8-10.
20. Давиденко В. Б. Синдром "острого живота" у детей / В. Б. Давиденко // Медицина неотложных состояний. - 2006, № 6 (7).- С.109-111.
21. Джумабаев Э.С. Острый катаральный аппендицит: нужна ли аппендэктомия / Э.С. Джумабаев, О.А. Ахлиддинов // Хирургия. - 2004. - № 2. С. 69-72.
22. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г.Н. Дранник. - Одесса: Астро Принт, 1999. - 604 с.
23. Знаменский Д.Д. Применение лечебно-профилактических препаратов, изготовленных на основе кремний-органических адсорбентов: Метод, рекомендации / Д.Д. Знаменский, А.В. Григорьев, Л.В. Кейсевич [и др.] — К., 1994.- 16 с.
24. Исаков Ю.Ф. Абдоминальная хирургия у детей / Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, Т.В. Красовская. - М.: Медицина, 1988. - 414 с.
25. Исаков Ю.Ф. Острый аппендицит в детском возрасте / Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, А.Ф. Дронов. - М: Медицина, 1980.-192 с.
26. Использование жидких кристаллов для диагностики воспалительных процессов у детей / Г.И. Баиров, В.В. Горелый, А.Н. Саввина, М.В. Мухина // Вестник хирургии.-1973.-№1.-С. 121-123.
27. Боднар Б.М. Сучасна оцінка імунологічних показників у дітей з гострим деструктивним аппендицитом, ускладненим поширеними формами перитоніту / Б.М. Боднар, І.І. Пастернак, Л.О. Безруков [и соавт.] // Буковинський медичний вісник.- 2000. - Т.4, №1-2.- С. 85-88.
28. Использование термографии в диагностике хронических гастроэнтерологических заболеваний у детей / Б.Г. Апостолов, Н.В. Гончар, Е.Б. Брюнелли, В.Ф. Суханова // Педиатрия.- 1987.- №6.- С.12-15.
29. Іфтодій А.Г. Вплив електричного поля постійного струму на госпітальну мікрофлору II / А.Г. Іфтодій // Клін. хірургія.- 1998.- №3.- С. 26-27.
30. Іфтодій А.Г. Вплив електричного поля постійного струму різної густини на депонування антимікробних засобів у вогнищі запалення (експериментальне дослідження) / А.Г. Іфтодій // Буковинський мед. вісник.- 1998.- Т.2, №4.-С 141-150.
31. Іфтодій А.Г. Комплексна профілактика та лікування деяких ранніх післяопераційних ускладнень з використанням постійного струму в порожнинній хірургії: Автореф. дис....д-ра мед.наук / 14.01.03 - Київська мед. академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика.- Київ, 1999.- 32 с.
32. Казаков Г.М. Хронический неспецифический брыжеечный лимфаденит у детей / Г.М. Казаков // Вестн. хирургии.- 1959.-№8.-С. 87-90.
33. Калугин В.А. Динамическая радиационная теплотрия в оценке функционального состояния почек у больных гломерулонефритом пиелонефритом: Дис....д-ра мед. наук: Київ, 1989.-382 с.
34. Калугін В.О. Динамічна радіаційна теплотрія: можливості і перспективи / В.О. Калугін, В.П. Пішак - Чернівці: Вид-во "Прут", 1998.- 187 с
35. Кульсартов С.К. О механизме боли при неспецифическом мезентериальном лимфадените / С.К. Кульсартов // Хирургия. - 1973. - № 6. -С. 91-93.
36. Куш Н. Л., Ткаченко Л.И. Неспецифический мезентериальный лимфаденит у детей / Н. Л. Куш, Л.И. Ткаченко.- Киев: Здоровье. 1984. 79 с.
37. Мазурова В.К. К вопросу о неспецифическом брыжеечном лимфадените в детском возрасте / В.К. Мазурова // Клин. хирургия.- 1965. №7.- С. 92-93.
38. Мирошниченко А.Г. Мониторный толстокишечный сорбционный диализ в коррекции иммуноде-

фицита при распространённом перитоните / А.Г. Мирошниченко, Н.А. Беляков, А.Х. Умеров [и др.] // Труды конф. "Эфферентные методы в клинике". - Минск, Могилёв, 1993. - С.15-23.

39. Орлов Н.С. Термография при острых аппендицитах / Н.С. Орлов, Ю.С. Черняев // Клин.хирургия.- 1974.-№8.-С. 5-11.

40. Рыкалин И.К. Острый аппендицит и брыжеечный лимфаденит / И.К. Рыкалин // Труды Саратовского медицинского института. - Саратов,1964.-Т. 43.-С. 121-123.

41. Шилова М.В. Эпидемиология туберкулеза в России / М.В. Шилова, И.М. Сон // 5 Национальный Конгресс по болезням органов дыхания. -М., 1995. - № 1769. - С. 46-48.

42. Sim A.J.W. Mesenteric adenitis: CT diagnosis of primary versus secondary causes, incidence, and clinical significance in pediatric and adult patients / A.J.W. Sim // Theor. Surg. - 1987. - Vol. 2. - P. 44-48.

43. The etiology of peripheral lymphadenopathy in children / C. Karadeniz, A. Oguz, U. Ezer [et al.] // Pediatr. Hematol. Oncol. - 1999. - Vol. 16. -P. 525-531.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ,  
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО  
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО  
МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ЛИМФАДЕНИТА  
У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

*О.И. Юдин, С.В. Веселый*

Донецкий Национальный медицинский  
университет им. М.Горького  
(г. Лиман, Украина)

**CLINICAL MANIFESTATIONS, DIAGNOSIS  
AND TREATMENT OF ACUTE NONSPECIFIC  
MESENTERIC LYMPHADENITIS  
IN CHILDREN  
(LITERATURE REVIEW)**

*Yudin O.I., Veselyy S.V.*

Donetsk National Medical  
University. M. Gorky  
(Lyman, Ukraine)

**Резюме.** В данном обзоре литературы освещены вопросы этиологии, патогенеза и клинических проявлений острого неспецифического мезаденита у детей. До настоящего времени данная проблема по-прежнему остается одной из самых актуальных в детской хирургии. Об остром неспецифическом мезадените опубликовано достаточно мало литературных данных, а работ монографического характера - недостаточно. Педиатры и детские хирурги постоянно интересуются проблемой этого заболевания, что обусловлено его значимостью для дифференциальной диагностики с острыми хирургическими заболеваниями живота, чаще всего - с острым аппендицитом. Наиболее частой клинической "копией" острого аппендицита в детском возрасте является именно неспецифический мезаденит. Описаны различные классификации данной патологии. Подробно изложены различные лабораторные, патоморфологические и специальные инструментальные исследования у детей с острым неспецифическим мезаденитом. На современном научном уровне освещены вопросы диагностики и дифференциальной диагностики, а также методы консервативной терапии и оперативного лечения. Проблема диагностики и лечения острого неспецифического мезентериального лимфаденита у детей далека от своего решения и требует дальнейшего изучения и разработки алгоритма действий как по неинвазивной диагностике и направленной патогенетической терапии, так и в определении показаний к выполнению видеохирургического вмешательства.

**Ключевые слова:** неспецифический мезаденит; лечение; хирургия; дети; лапароскопия.

**Summary.** In this review of the literature highlights the etiology, pathogenesis and clinical manifestations of acute nonspecific mezadenitis children. So far this problem still it remains one of the most important in the world of children's surgery. About acute nonspecific mezadenitis small enough data in the literature, and the works of monographic character - is insufficient. Pediatricians and pediatric surgeons are constantly interested in the problem of this disease, due to its importance for the differential diagnosis of acute surgical diseases of the stomach, often with acute appendicitis. The most common clinical "copy" of acute appendicitis in children is precisely the non-specific mezadenitis various classification of this pathology. Details are set out various laboratory, pathological and special instrumental examination in children with acute nonspecific mezadenitis. In the modern scientific level highlights the issues of diagnosis and differential diagnosis, as well as methods of conservative treatment and surgical treatment. Problems of diagnosis and treatment of acute nonspecific mesenteric lymphadenitis in children are far from being solved and requires further study and development of the algorithm, as in non-invasive diagnosis and pathogenesis therapy aimed and to the testimony for surgical video intervention.

**Keywords:** nonspecific mezadenitis; treatment; surgery; children; laparoscopy.

**Контактна інформація:**

**Веселий Сергій Володимирович**, д.м.н., професор, в.о.завідувача кафедри хірургії та дитячої хірургії Донецького НМУ ім. М.Горького.

**Контактна адреса:** Кафедра хірургії та дитячої хірургії, Донецький НМУ ім. М.Горького, бул. Машинобудівників, 39, м. Краматорськ, Україна.

**Контактний телефон:** +38 (050) 5864042.

**e-mail:** veselyysv@gmail.com

**Контактная информация:**

**Веселый Сергей Владимирович**, д.м.н., профессор, и.о.зав.кафедры хирургии и детской хирургии Донецкого НМУ им. М.Горького

**Контактный адрес:** кафедра хирургии и детской хирургии, Донецкий НМУ им. М.Горького, бул. Машиностроителей, 39, г. Краматорск, Украина.

**Контактный телефон:** +38 (050) 5864042

**e-mail:** veselyysv@gmail.com.

**Contact Information:**

**Cheerful Sergey**, MD, professor, i.o.zav.kafedry surgery and pediatric surgery Donetsk NMU them. Gorky.

**Contact Address:** Department of Surgery and Pediatric Surgery, Donetsk NMU them. Gorky, Mechanical Engineers Str., 39, Kramatorsk, Ukraine.

**Phone:** +38 (050) 5864042.

**e-mail:** veselyysv@gmail.com

---