

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ**

А.И. Батырканова, Б.Н. Нурмаматова, Д.К. Чыныева, А.А. Мамажанова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра детских инфекционных болезней,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: dosent56@mail.ru

Резюме. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 58 детей, больных инфекционным мононуклеозом находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за 2017-2018 годы. Выявлены особенности клинического течения инфекционного мононуклеоза.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, клиника, диагностика, лечение.

**БАЛДАРДА МОНОНУКЛЕОЗ ЖУГУШТУУ ООРУСУНУН
КЛИНИКА-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

А.И. Батырканова, Б.Н. Нурмаматова, Д.К. Чыныева, А.А. Мамажанова

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Балдар жугуштуу оорулар кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында мононуклеоз жугуштуу оорусу дарыланган, 58 баланын оору баяны изилденген.

Негизги создор: мононуклеоз, клиника, аныктоо, дарылоо.

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES
OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS IN CHILDREN**

A.I. Batyrkanova, B.N. Nurमतatova, D.K. Chynyeva, A.A. Mamazhanova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Dept of Child Infectious Diseases,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. A retrospective analysis of case histories of 58 children with infectious mononucleosis who were hospitalized in the Republican Clinical Infectious Diseases Hospital (RCIB) for 2017-2018 was carried out. The features of the clinical course of infectious mononucleosis were revealed.

Key words: infectious mononucleosis, clinical manifestation, diagnostics, treatment.

Введение. Проблема инфекционного мононуклеоза у детей является одной из наиболее актуальных в инфекционной патологии. Известно, что инфекционный мононуклеоз является распространенным, полиэтиологичным заболеванием,

которое характеризуется лихорадкой, генерализованной лимфаденопатией, поражением носоглотки и ротоглотки, увеличением размеров печени и селезенки, количественными и качественными изменениями мононуклеаров в периферии-

ческой крови [1,2]. Инфекционный мононуклеоз вызывается вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ), относящийся в семейству Herpesviridae, подсемейству гаммагерпесвирусов IV типа и являющийся представителем онкогенных ДНК-содержащих вирусов. ВЭБ вызывает трансформацию и неконтролируемую пролиферацию инфицированных В-лимфоцитов за счет нарушения их апоптоза [2,3]. Из-за угнетения Т-клеточного звена иммунитета развивается пожизненная персистенция вируса в организме человека, способствующая развитию аутоиммунных реакций, злокачественных опухолей лимфоидных органов, индукции вторичного иммунодефицитного состояний [4].

В последнее время отмечается подъем заболеваемости инфекционным мононуклеозом среди детей как раннего, так и старшего возраста, так по данным Республиканской клинической инфекционной больницы г. Бишкек с 2011 года по 2018 частота заболеваемости инфекционного мононуклеоза у детей г. увеличилась в 4 раза [5,6].

Клиническая картина инфекционного мононуклеоза зачастую маскируется под видом других инфекционных заболеваний и, соответственно диагностируется поздно. Болезнь протекает в тяжелой форме с развитием осложнений и рецидивирующим течением в 15,0-25,0% случаев [1,4].

Цель исследования. Представить клинико-эпидемиологические особенности течения инфекционного мононуклеоза у детей.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 58 историй болезни детей в возрасте от 1 года до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за период 2017 по 2018 годы с диагнозом инфекционный мононуклеоз. При диагностике инфекционного мононуклеоза обращали внимание на эпидемиологические данные и характерные клинические проявления инфекции. Использовали общеклинические методы исследования, данные общего анализа крови, где выявляли наличие атипичных мононуклеаров, а также метод иммуноферментного анализа (ИФА). Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и их обсуждение

Возрастная структура детей, больных инфекционным мононуклеозом была представлена следующим образом: дети от 1 года до 3 лет (3,1%); от 3 до 7 лет (53,8%) и дети старше 7 лет (43,1%) (рис.). Это свидетельствует, о том, что наиболее часто инфекционным мононуклеозом болею дети дошкольного возраста и младшего школьного возраста.

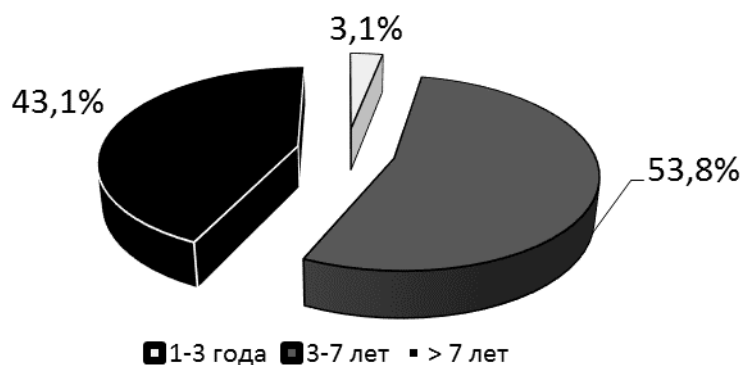


Рис. Возрастная структура детей, больных инфекционным мононуклеозом.

Среди наблюдаемых детей, больных инфекционным мононуклеозом мальчики составили 63,8%, девочки – 36,2%. Большинство пациентов (79,3%) были городскими жителями, 30,7% составили жители сельской местности, преобладали организованные дети (63,8%).

Дети с инфекционным мононуклеозом наблюдались в РКИБ преимущественно в зимне-весеннее время года. Контакт с больными инфекционным мононуклеозом по данным эпидемиологического анамнеза был выявлен лишь у одного ребенка. Родители у большинства больных инфекционным мононуклеозом детей заболевание связывали с переохлаждением.

Больные инфекционным мононуклеозом дети поступили в поздние сроки на $6,0 \pm 2,0$ день болезни из-за несвоевременной диагностики и недооценки тяжести их состояния на догоспитальном уровне. Без направления врачей в инфекционный стационар поступили 33 (56,9%) больных из-за длительной лихорадки и наличия гнойной ангины. По направлению центра семейной медицины поступили 25 (43,1%) детей, из них 18 (72,0%) были направлены с диагнозом ангина и лишь 3 (5,2%) с диагнозом инфекционным мононуклеозом. Это свидетельствует о необходимости ранней дифференциальной диагностике инфекционного мононуклеоза с другими инфекционными заболеваниями врачами центров семейной медицины.

В приемном отделении РКИБ был выставлен диагноз инфекционного мононуклеоза 41 (71,0%) больных и 17 (27,6%) детям – синдром гнойной ангины. До поступления в стационар 46,6% больных получили антибактериальную терапию следующими препаратами: пенициллинового ряда 24,1% больных, цефалоспорины - 12,1%, макролиды - 8,6% и аминогликозиды - 1,7%.

Инфекционный мононуклеозом диагностировался по наличию основного симптомокомплекса: лихорадка до $38,5-40^{\circ}\text{C}$ регистрировалась у всех детей в течение 9 ± 3 дней; увеличение регионарных лимфатических узлов, преимущественно шейных групп было выявлено у 54 (93,1%), затрудненное носовое дыхание и синдром ангины выявлены у абсолютного большинства больных (97,0%), при этом гнойные налеты на миндалинах выявлены у 54 (93,1%) больных. Характерный для этого заболевания симптом, как храпящее дыхание во сне определялся у 47(81%) детей, заложенность носа – у 47(81,0%); увеличение печени – в 51 (78,5%), увеличение селезенки – в 36 (55,4%).

Заболевание протекало в тяжелой форме у 46,6% больных инфекционным мононуклеозом детей и среднетяжелой форме у 53,4%. Следует отметить, что двое детей с тяжелой формой инфекционного мононуклеоза дополнительно обследованы на наличие заболевания крови.

Сопутствующие заболевания были диагностированы у 7 (12,0%) больных и были представлены герпетическим поражением кожи и слизистых, что свидетельствует о течении микст инфекции, которая протекает в ассоциации с вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ).

Анализ лабораторных данных показал, что в периферическом анализе крови у 51 (89,2%) детей были выявлены атипичные мононуклеары до 10:100. Лейкоцитоз $10-15 \times 10^9$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево наблюдался в 70,7% случаев, что свидетельствовало о течении синдрома гнойной ангины, характерного для этой инфекции.

Иммуноферментный анализ (ИФА) был проведен лишь 4 детям с инфекционным мононуклеозом и определено наличие IgM к ВЭБ, что диктует о необходимости внедрения и более широкого

использования современных методов диагностики (ИФА, ПЦР) инфекционного мононуклеоза.

Все дети с инфекционным мононуклеозом получили антибактериальную терапию: цефалоспорины (60,3%), препаратами пенициллинового ряда (36,2%) в течение 5-7 дней. Детям с тяжелой формой болезни назначали гормональную терапию в течение 1-3х дней.

Длительность пребывания в стационаре больных с инфекционным мононуклеозом составила $7 \pm 2,3$ койко-дня.

Выводы:

1. Возрастную структуру больных инфекционным мононуклеозом составляют преимущественно дети от 3 до 7 лет (53,8%) и дети старше 7 лет (43,1%)

2. Больные инфекционным мононуклеозом дети поступают в поздние сроки (на $6,0 \pm 2,0$ день болезни) из-за трудности дифференциальной диагностики на догоспитальном уровне, что требует о необходимости алгоритма диагностики и ведения больных инфекционным мононуклеозом.

3. Заболевание протекает у 46,6% больных детей в тяжелой форме. Наличие сопутствующих герпетических инфекций у детей с инфекционным мононуклеозом свидетельствует о течении микст инфекции, которая протекает в ассоциации с ВЭБ.

4. Частота инфекционного мононуклеоза у детей дошкольного возраста диктует о необходимости внедрения современных методов диагностики инфекционного мононуклеоза.

Литература

1. Хмилевская, С.А. Эпштейна — Барр вирусная инфекция у детей: Особенности цитокинового ответа и иммунопатологические реакции / С.А. Хмилевская, И.А. Зайцева, Е.В. Михайлова // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2009. -Т. 5, № 2. - С. 222–226.

2. Инфекционные болезни у детей / под ред. В. Н. Тимченко. - 2-е изд. - СПб.: СпецЛит, 2006. – 576 с.

3. Вирусы семейства герпеса и иммунитет / [Ф.С. Харламова и др.]// Детские инфекции. - 2006. — №3. — С.3-10.

4. Адеишвили, П.С. Современные представления о поражении ротоглотки при инфекционном мононуклеозе / П.С. Адеишвили, О.В. Шамиева, Н.А. Гусева // Детские инфекции. - 2012. - №3. – С. 42-45.

5. Шайымбетов, А.Т. Течение инфекционного мононуклеоза у детей / А.Т. Шайымбетов, М.К. Мамбетова, Р.М. Кадырова // Вестник КГМА. – 2012. - №1. – С.79-83.

6. Шайымбетов, А.Т. Сравнительный анализ особенностей течения инфекционного мононуклеоза и ангины у детей / А.Т. Шайымбетов, С.В. Чечетова, Р.М. Кадырова // Вестник КГМА. – 2014. - №3. – С.79-82.