

*Лицкевич Е. А.*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ У ДЕТЕЙ**

*Научный руководитель канд., доц. Манкевич Р. Н.*

*Кафедра детских инфекционных болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – это инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, синдромом полилимфаденопатии, тонзиллитом, аденоидитом и наличием в гемограмме атипичных мононуклеаров. В первые несколько суток заболевание сопровождается развитием синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), что проявляется нейтрофильным лейкоцитозом, сдвигом лейкоцитарной формулы влево и увеличением СОЭ. Данные изменения могут ошибочно приниматься за бактериальную инфекцию или вторичное осложнение с последующим назначением антибактериальной терапии.

**Цель:** оценить клинико-лабораторные показатели у детей с инфекционным мононуклеозом.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 40 медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в УЗ ГДИКБ г. Минска в 2017-2018 гг. с диагнозом ИМ. Возраст пациентов варьировал от 1 до 13 лет (ср. возраст –  $3,6 \pm 0,4$  г.). Обработку данных проводили традиционными методами математической статистики.

**Результаты и их обсуждение.** В большинстве случаев заболевание начиналось остро. Среднее значение температуры составило  $39,4 \pm 0,1^\circ\text{C}$ , средняя длительность повышения температуры была в пределах  $5,9 \pm 0,4$  дня. Аденоидит отмечался у 92,5%, тонзиллит у 85%, фарингит у 100% детей. Налёты на нёбных миндалинах выявлялись у 90% детей. На боль в горле жаловались 15% детей. Снижение аппетита отмечали 55% пациентов. Пальпаторно увеличение шейных лимфоузлов определялось у 85%, подчелюстных у 75%, затылочных у 17,5%, кубитальных у 3% детей. Гепатомегалия выявлена у 95% детей, спленомегалия – у 50%. По данным УЗИ органов брюшной полости вертикальный косой размер правой доли печени в среднем был увеличен на  $22 \pm 1,9\%$  от возрастной нормы, увеличение лимфатических узлов брюшной полости было выявлено у 41% обследованных, в том числе увеличение мезентериальных лимфоузлов отмечалось в 45,5% случаев, лимфоузлов в воротах печени – в 45,5% случаев, лимфоузлов в воротах селезёнки – в 27,3% случаев. Средний размер мезентериальных лимфоузлов составил  $8,2 \pm 1,5$  мм, лимфоузлов в воротах печени –  $9 \pm 1$  мм, лимфоузлов в воротах селезёнки –  $11,3 \pm 3$  мм. Забор общего анализа крови проводился в 1-2-е сутки от начала заболевания. У большинства пациентов в гемограмме наблюдался лейкоцитоз до  $14,4 \pm 0,93 \times 10^9/\text{л}$ , сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет палочкоядерных нейтрофилов ( $7,8 \pm 0,8\%$ ). Уровень сегментоядерных нейтрофилов у детей до 5 лет был повышенным и составил  $49,3 \pm 2,5\%$ , в то время, как у детей старше 5 лет этот показатель был в пределах нормальных значений –  $30,3 \pm 12,4\%$ , СОЭ была повышена до  $25 \pm 2,1$  мм/ч. Поэтому проводилось исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) и прокальцитонина, как маркеров бактериального воспаления. Уровень СРБ также оказался высоким и составил  $70,9 \pm 10,1$  мг/л (рефересное значение  $< 5$  мг/л). Все это свидетельствует о развитии ССВО у детей с ИМ. Для исключения развития тяжелого воспалительного ответа, вызванного бактериальным агентом, определялся уровень прокальцитонина. Он составил  $0,5 \pm 0,1$  нг/мл, что исключает развитие тяжелого воспалительного ответа, вызванного бактериальным агентом.

**Выводы.** При ИМ у большинства пациентов отмечается фебрильная лихорадка ( $39,4 \pm 0,1^\circ\text{C}$ ) в течение 5 – 6 дней, аденоидит, тонзиллит с налётами на нёбных миндалинах, фарингит, полилимфаденопатия, гепатоспленомегалия, снижение аппетита. В первые дни болезни для ИМ в гемограмме характерен лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, нейтрофилез (у детей до 5 лет) и увеличение СОЭ, повышенный уровень СРБ. Для дифференциальной диагностики ИМ и бактериальной инфекции следует использовать прокальцитониновый тест.