**РАННЯ ДІАГНОСТИКА ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗА В ДІТЕЙ НА ПІДСТАВІ АНАЛІЗУ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ХВОРОБИ**

**Колесник Яна Володимирівна**

ORCID ID: 0000-0003-2984-6563

Асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб

Університет «Харківський національний медичний університет»

**Слєпченко Маргарита Юр’ївна**

ORCID ID: 0000-0001-5539-2177

Асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб

Університет «Харківський національний медичний університет»

*Україна*

У світі на інфекційний мононуклеоз (ІМ) щорічно хворіють від 16 до 800 осіб на 100 тис. населення [1]. За даними ВООЗ, понад 50% дітей перших 10 років і 80-90% дорослих мають специфічні до вірусу антитіла як маркер попереднього інфікування [2]. Рівень інфікованності дорослого населення України - майже 100%, а дитячого – більш ніж 50%, при цьому у 50% з них відзначають рецидивуючий перебіг хвороби. [3].

Клінічна картина ІМ надзвичайно поліморфна, що зумовлює труднощі діагностики захворювання і призводить до діагностичних помилок [4]. Пізня діагностика активних форм ЕБВ інфекції, а звідси-несвоєчасне лікування можуть зумовити неконтрольовану проліферацію В-лімфоцитів, що є причинним фактором малегнезаціі ВЕБ-інфікованих клітин з розвитком лімфопроліферативних захворювань.

Під загальноприйнятим клініко – лабораторним спостереженням перебувало 104 дітей хворих на ІМ. Захворювання перебігало переважно в середньотяжкій формі – 99 випадків (95,2%), у 5 (4,8%) хворих – тяжкій. Більша частина дітей, хворих на ІМ були в віці трьох-п'яти років – 49 (47,1%), дещо менше - шести-десяти − 28 (26,9%) і одинадцяти-п'ятнадцяти – 27 (26%). Хлопчики хворіли дещо частіше (57,3%), ніж дівчатка (42,7%).

Усі хворі поступали до стаціонару в середньому на 1,83±0,26 добу від початку хвороби. В усіх випадках захворювання починалось гостро. Інтоксикаційний синдром був помірно виражений та проявлявся слабкістю, зниженням апетиту, головний болем, лихоманкою. Лихоманка відзначалася в 100% випадків. При цьому підвищення температури тіла до 38°С реєструвалося у 29 дитини (27,9%) на протязі 5 – 7 днів, фебрильна лихоманка відмічалася в 75 хворих (72,1%) та тривала 4-7 днів

Початок ІМ зі скарг хворого на біль у горлі спостерігався в 66 випадках (63,5%), тривалість якого був в середньому 4,1±0,05 доби. При огляді хворих одутлість обличчя спостерігалася в 11 дітей (10,6%), блідість шкіри – в 34 випадку (32,7%), ці симптоми зберігались 4,1±0,03 та 4,12±0,08 доби відповідно.

Аденоідит, проявом якого було утруднення носового дихання зустрічався у 61 хворих (58,6%) та тривав 5,18±0,11 доби.

Гострий тонзиліт відмічався в 100% випадків, його катаральна форма відмічалася в 6 хворих (5,8%), фолікулярна та/або лакунарна – в 98 (94,2%), прояви тонзиліту зберігалися в середньому 5,44±0,09 діб.

Полілімфаденопатія відмічалася в 100% випадків із залученням наступних груп лімфатичних вузлів: підщелепних, шийних, пахвових, пахових, мезентеріальних. Однак, в основному, спостерігалося збільшення розмірів підщелепних (1,9 ± 0,3 см) і шийних (1,1 ± 0,1см) лімфатичних вузлів. У всіх хворих лімфовузли при можливості їх пальпації були щільної консистенції, еластичні, не спаяні між собою і підлеглими тканинами. Колір шкіри над ними не змінювався.

Розвиток екзантеми мав місце у 10 хворого (9,6 %). При цьому у 9 із цих дітей (90%) висип був асоційований із застосуванням амінопеніцилінів на первинному етапі надання їм медичної допомоги.

Збільшення розмірів печінки ≥2,6 см. нижче підребер’я зареєстровано в 46 дітей (44,2%), селезінки ≥1,1 см. –31 дітей (29,8%), при цьому ці симптоми зберігалися протягом 11,56±0,15 та 8,23±0,16 діб відповідно, потім в міру одужання в періоді ранньої реконвалесценції у всіх хворих спостерігалося повільне зменшення їх розмірів, але відновлення фізіологічних параметрів до моменту виписки зі стаціонару хворих не відбувалося.

Все вищевказане ще раз говорить про різноманіття семіотики ІМ, труднощах його клінічної діагностики і, ймовірно, наголошує на необхідності подальшого вивчення клінічних проявів хвороби з метою виявлення найбільш інформативних симптомів захворювання і створення простого, високоточного і доступного практичному лікарю алгоритму його діагностики.

Перелік літератури

1. Пікуль К. В., Ільченко В. І., Прилуцький К. Ю., Сосновська Н. М., Бондаренко Л. А., Богданович Т. С. (2011). Особливості перебігу інфекційного мононуклеозу. [*Мир медицины и биологии*](https://cyberleninka.ru/journal/n/mir-meditsiny-i-biologii), (4), 137-142.

2. Рыбалкина Т. Н., Каражас Н. В., Бошьян Р. Е., Лысенкова М. Ю., Корниенко М. Н. (2017). Значение герпесвирусов в этиологии ряда инфекционных и соматических заболеваний детей. *Детские инфекции*, 16(3), 10–19.

3. Демина О. И., Чеботарева Т. А., Мазанкова Л. Н., Тетова В. Б., Учаева О. Н. (2020). Клинические проявления инфекционного мононуклеоза при первичной или реактивированной герпесвирусной инфекции. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, 65(1), 37–44.

4. Bell A. T., Fortune B. (2006). What test is the best for diagnosing infectious mononucleosis? *Family Practice,* 55(9), 799-802.