

ваемости корью, в частности, дети до года, могут заболеть коревым панэнцефалитом после перенесенной коревой инфекции [3]. Введение вакцинопрофилактики кори в национальные календари разных стран, и в том числе РБ, привело к существенному снижению заболеваемости этой инфекцией и значительно сократило число случаев коревого панэнцефалита. Смертельный исход SSPE подчеркивает важность вакцинации против кори не только для профилактики кори, но и для предотвращения тяжелых неврологических последствий, которые могут возникнуть.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. A Re-emergence of Subacute Sclerosing Panencephalitis in the United Kingdom / H. Campbell [et al.] // *Pediatric Infect Dis J.* – 2023. – Vol 42(1). – P. 82–84. DOI: 10.1097/INF.0000000000003744.
2. Gans, H. Measles: clinical manifestations, diagnosis, treatment and prevention / H. Gans, Y. Maldonado // [El. resurse]. – Available at: <https://www.uptodate.com/contents/measles-clinical-manifestations-diagnosis-treatment-and-prevention>. Accessed 14 Mar. 2023.
3. Griffin D.E. Measles virus and the nervous system / D.E. Griffin // *Handb Clin Neurol.* – 2014. – Vol. 123. – P. 577-590. DOI: 10.1016/B978-0-444-53488-0.00027-4.

УДК 616.98:578.825.13]-071/-078-053.4

А. В. Чуянкова

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Л. Тумаиш

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Введение

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – полиэтиологическое вирусное заболевание, которое характеризуется лихорадкой, поражением миндалин, выраженным поражением лимфоидной ткани, гепатолиенальным синдромом и наличием реактивных лимфоцитов (атипичных мононуклеаров) в периферической крови. [1, 2]. По современным представлениям ИМ можно рассматривать как заболевание, ассоциированное с рядом вирусов семейства *Herpesviridae*. В большинстве случаев (50–70%) этиологию ИМ связывают с вирусом Эпштейна – Барр (EBV, ВЭБ) и цитомегаловирусом (CMV, ЦМВ) – до 25 %. У некоторых пациентов встречается микст-инфекция – EBV + CMV [2].

В клинической практике заболевание классифицируют по типу, форме тяжести и течению заболевания. Различают типичную и атипичную формы ИМ. К атипичной относят стертую, бессимптомную и висцеральную формы. Типичные формы ИМ характеризуются клиническим полиморфизмом и по форме тяжести делятся на легкие, среднетяжелые и тяжелые [2, 3, 4].

Проявление клинических синдромов ИМ зависит от возраста пациентов, что отражается на выраженности клинических проявлений. Основными клиническими симптомами заболевания считаются лихорадка, лимфаденопатия, поражением носо- и ротоглотки, при которых наблюдаются заложенность носа, «храпящее» дыхание и синдром тонзиллита и гепатолиенальный синдром. У детей раннего возраста ИМ протекает, как правило, в бессимптомной форме. При наличии клинической манифестации симптомы ИМ максимально выражены уже на 2–3-е сутки болезни и сохраняются до 14 дней [3].

Цель

Выявить клинико-лабораторные особенности течения ИМ ВЭБ этиологии у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования

В ходе работы был проведен анализ 103 историй болезни детей, находившихся на лечении в У «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в период 2018–2024 годов в возрасте от 1 года до 5 лет, средний возраст которых составил $3,05 \pm 0,95$, с диагнозом «инфекционный мононуклеоз». Нами были выделены две группы наблюдения: I группа – 29 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, II группа – 74 ребенка в возрасте от 3 лет до 5 лет.

Комплексное исследование включало в себя изучение данных объективного обследования, анализ результатов лабораторных обследований (общий анализ крови, биохимический анализ крови), оценку заключений ультразвукового исследования органов брюшной полости. Для выявления этиологии ИМ использовали метод ПЦР и ИФА в сыворотке крови. Диагноз был установлен на основании выявления ДНК EBV и VCA IgM(+), NA IgG(+), EA – D IgG (+).

При обработке данных использовалась программа Microsoft Excel, с помощью которого были вычислены среднее значение и стандартное отклонение по генеральной совокупности. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием прикладных программ Statistica Soft 12, 0 (США).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования установлено, что у наблюдаемых детей преобладала типичная форма ИМ 91,3% (94/103 чел.), атипичная форма ИМ была диагностирована у 2,9% (3/103 чел.), висцеральная форма у 5,8% (6/103 чел.). Все вошедшие в исследование дети имели среднюю степень тяжести ИМ.

Основными жалобами при поступлении были: слабость/вялость, заложенность носа, боль в горле, снижение аппетита/отказ от еды, храпящее носовое дыхание/храп во сне, увеличение шейных лимфоузлов и повышение температуры тела от 37,5°C до 41°C.



Рисунок 1 – Клинические симптомы на момент поступления

Лихорадка отмечалась у всех детей не зависимо от возраста, лихорадка выше 38,5° регистрировалась у детей 1 группы в 42,86 % случаев, у детей 2 группы – в 34,29 % случаев (р-уровень =0,82).

Поражение ротоглотки при осмотре было выявлено у 100% детей и характеризовалось гиперемией слизистой оболочки, небных дужек и небные миндалины, рыхлостью, наличием налета в виде пленки, островчатых налетов, гнойных фолликул и гипертро-

фией. Степень увеличения миндалин у детей разных возрастных групп представлена в таблице 2. У детей в возрасте от 3 до 5 лет гипертрофия миндалин более выражена по сравнению с детьми младше 2 лет.

Таблица 2 – Степень увеличения небных миндалин в различных возрастных группах

Степень поражения	1 ст.	2 ст.	3 ст.	4 ст.	p по критерию
I группа	1 (3,45%)	14 (48,28%)	14 (48,28%)	0	p=0,047
II группа	6 (8,11%)	18 (24,32%)	42 (56,76%)	8 (10,81%)	

У 25,24% детей отмечалось появление сыпи, при этом в I группе сыпь регистрировалась в 55,17% случаев (16/29 чел.), во II группе – в 13,51% случаев (10/74 чел.), (p-уровень=0,0001). Морфологически сыпь была мелкоточечной, пятнистой и пятнисто-папулезной и преимущественно локализовалась на туловище и нижних конечностях.

При физикальном обследовании у наблюдаемых детей при поступлении были выявлены увеличения таких лимфатических узлов, как шейные: у детей I группы 21,62% случаев, у детей II группы 45,95% случаев; встречаемость увеличения подчелюстных лимфатических узлов составила в I группе 72,41% случаев, а во II группе 64,86%; увеличения затылочных лимфоузлов в I группе отмечалось у 17,24% детей, во II группе у 12,16% детей. При ультразвуке обследовании была выявлена лимфаденопатия внутрибрюшных лимфоузлов лишь у 1 ребенка I обследуемой группы и у 9 детей II группы.

Таблица 3 – Показатели ОАК и БАК различных возрастных групп

Показатели	I группа	II группа	p по критерию
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	16,12	16,26	p=0,4
Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	336,1	292,21	p=0,16
Лимфоциты, %	51,9	47,02	p=0,09
Атипичные мононуклеары, %	14,25	23,67	p=0,0058
АсАТ, Ед/л	56,38	55,3	p=0,89
АлАТ, Ед/л	58,51	63,34	p=0,28
СРБ, мг/мл	27,75	24,14	p=0,59

При изучении показателей периферической крови (лейкоциты, тромбоциты, лимфоциты, атипичные мононуклеары) нами были выявлены следующие изменения. Результаты исследования ОАК и БАК представлены в таблице 2.

Умеренный лейкоцитоз наблюдался в обеих группах со средним значением в I группе $16,12 \times 10^9/\text{л}$ и во II группе – $16,26 \times 10^9/\text{л}$. Количество тромбоцитов в среднем у обеих обследуемых групп в пределах физиологической нормы, тем не менее у I детей группы в 31,03% (9/29 чел.) случаев наблюдался тромбоцитоз от $415 \times 10^9/\text{л}$ до $750 \times 10^9/\text{л}$ и у детей II группы тромбоцитоз от $382 \times 10^9/\text{л}$ до $760 \times 10^9/\text{л}$ в 17,57% случаев (13/74 чел.) (p-уровень=0,035). Лимфоцитоз наблюдался чаще у детей I группы 13,79% (4/29 чел.) по сравнению с детьми II группы 6,76% (5/74 чел.) (p=0,09).

Число атипичных мононуклеаров в I обследуемой группе колебалось от 7% до 30%, среднее значение составило 14,25%, а во II обследуемой группе – от 6% до 71%, со средним значением в 26,67% (p=0,0058).

При оценке биохимических показателей крови в обеих исследуемых группах отмечалось умеренное повышение АсАТ, АлАТ, СРБ, не было выявлено статистически значимых различий между группами детей по данным показателям.

Гепато- и спленомегалия регистрировалась у детей обеих возрастных групп. При этом гепато- и спленомегалия чаще отмечалась у детей II возрастной группы: частота встречаемости гепатомегалии составила в I группе 23 (20,69%) чел., а во II группе – 41 (55,41%) человек (p -уровень=0,02); частота спленомегалии в I группе 23 (20,69%) чел., а во II группе – 41 (55,41%) чел. (p -уровень =0,016). По данным УЗИ КВР у детей I группы в среднем составил $92,75 \pm 4,76$ мм, у детей 2 группы – $103,71 \pm 9,84$ мм.

Длительность госпитализации составила в среднем $8,47 \pm 3,63$ дней, у детей I группы $8,25 \pm 3,48$ дней, у детей II группы $8,55 \pm 3,69$ дней (p -уровень $>0,05$).

Выводы

В результате проведенного исследования нами установлено, что независимо от возраста у детей чаще всего регистрировалась среднетяжелая форма ИМ

Для клинической картины ИМ у детей в возрасте до 3 лет характерно наличие субфебрильной и фебрильной лихорадки по данным ведения температурного листа в стационаре, лимфаденопатии с преимущественным поражением подчелюстных лимфатических узлов (72,41%), гепатомегалии (20,69%) и спленомегалией (20,69%), наличие сыпи (55,17%) (p -уровень=0,0001); у детей возрасте 3–5 лет в клинической картине преобладали в равной степени фебрильная и пиретическая лихорадки, лимфаденопатия шейных лимфатических узлов (45,95%), гипертрофия миндалин ($p=0,047$), гепатомегалия (55,41%) (p -уровень=0,02) и спленомегалия (55,41%) (p -уровень =0,016).

Наибольшее количество АМ встречалось во II группе наблюдения ($p=0,0058$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
2. Детские инфекционные болезни: учеб. пособие / И. О. Стома [и др.] – Гомель: ГомГМУ, 2021. – 392 с.
3. Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 672 с. – [Эл. ресурс]. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html>. Дата обращения: 24.10.2024.
4. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни у детей : учебник / Учайкин В. Ф. , Нисевич Н. И. , Шамшева О. В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с. [Эл. ресурс]. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423417.html>. Дата обращения: 24.10.2024.
5. Введение в клиническую лабораторную диагностику : учебное пособие / И. А. Новикова. – Минск: Вышэйшая школа, 2018. – 365 с.

УДК 616-089-07

К. Д. Шеина

Научный руководитель: к.м.н., доцент, доцент кафедры общей хирургии А. М. Морозов

Учреждение образования

Тверской государственный медицинский университет

г. Тверь, Российская Федерация

СОЗДАНИЕ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ШКАЛЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН

Введение

Кожа является крупнейшим органом человеческого тела. Одной из ее основных функций является защита от внешних воздействий, таких как патогены, физические и химические агенты. Кожа также участвует в регуляции температуры тела, предотвращении потери воды, синтезе витамина D3 и обеспечении тактильной чувствительности [1, 2].