

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ**Камолдинов М.М.**Андижанский государственный медицинский институт,
кафедра инфекционных болезней

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – широкораспространенное заболевание вирусной природы, характеризующееся лихорадкой, тонзиллитом, лимфаденопатией, гепато- и спленомегалией, своеобразными изменениями гемограммы. Ведущий возбудитель ИМ – вирус Эпштейна–Барр (ВЭБ), представитель семейства герпесвирусов. Так называемый мононуклеозоподобный синдром может наблюдаться при ВИЧ-инфекции, токсоплазмозе, аденовирусной инфекции [1]. В этих случаях клинические проявления заболевания схожи с ИМ прежде всего наличием лимфаденопатии. Основным путем передачи ВЭБ является контактный (ведущий фактор передачи – слюна), что определило одно из названий этой инфекции – «болезнь поцелуев».

Диагностика: Классическим клинико-лабораторным проявлением ИМ является лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом (специфичность – 85%) в сочетании с появлением более 10% атипичных мононуклеаров – преимущественно CD-8 Т-лимфоцитов (специфичность – 92%) [2]. Для лабораторного подтверждения ВЭБ-инфекции большинство клинико-диагностических лабораторий мира используют тест на выявление гетерофильных антител (ГФАТ), относящихся в основном к классу иммуноглобулинов (Ig)M, в его современной модификации (с латексным носителем гетероантигенов). Недостатком данного теста является его низкая эффективность у детей. Кроме того, в небольшом количестве (титре) ГФАТ могут определяться в крови до года после инфицирования и развития ИМ, затрудняя определение острой стадии ВЭБ-инфекции.

Трудности дифференциальной диагностики: Учитывая сложности, с которыми часто сталкивается клиницист при трактовке результатов лабораторного исследования больного с клиническими проявлениями, характерными для ИМ, представляет интерес анализ наиболее типичных ошибок дифференциальной диагностики этого заболевания. С этой целью мы проанализировали интерпретацию результатов лабораторных методов диагностики ИМ, представленных в отечественных научно-практических публикациях. Во многих случаях диагноз ИМ устанавливали на основании положительного результата выявления ДНК ВЭБ методом ПЦР в цельной крови, периферических лимфоцитах или слюне [3]. Так, для этиологической диагностики ИМ использовали обнаружение ДНК герпесвирусов (ВЭБ, ЦМВ, ВГЧ-6) как в сыворотке крови, так и в слюне, причем в последней герпесвирусы выявлялись в разы чаще. Однако наличие ДНК ВЭБ в слюне может свидетельствовать как об острой инфекции, так и о перенесенной ранее инфекции [4]. Для уточнения стадии инфекционного процесса необходимо оценивать спектр специфических антител. Учитывая, что в большинстве случаев инфицирование ВЭБ протекает бессимптомно, определение только ДНК, как правило, представляет лишь эпидемиологический интерес. Так, у 24,5% пациентов с установленным диагнозом ИМ его этиологической причиной был определен ЦМВ. У подавляющего большинства из них ДНК ЦМВ была выявлена в слюне и моче (73 и 66% соответственно). Причем у всех пациентов были выявлены IgG, и их титр в динамике не нарастал.

Обсуждение герпесвирусы, независимо от того, была ли первичная инфекция манифестной или бессимптомной, не элиминируются из организма человека. ВЭБ, ЦМВ и ВГЧ-6 сохраняются в организме в лимфоцитах, эпителии ротоглотки и протоков слюнных желез, других клетках пожизненно. Вследствие этого люди

выделяют данные вирусы во внешнюю среду, прежде всего со слюной. Кроме того, у лиц с персистирующей инфекцией было показано периодическое повторное появление специфических IgM – маркера реактивации вируса в инфицированном организме [5]. При этом специфические лабораторные маркеры манифестной и бессимптомной форм герпесвирусных инфекций чрезвычайно схожи. Вследствие этого диагноз не может быть поставлен только по лабораторным данным при отсутствии характерной для ИМ клинической картины.

Выводы таким образом, типичными ошибками диагностики ИМ у детей, по нашему мнению, являются: Постановка диагноза ИМ, вызванного ВЭБ, ЦМВ или ВГЧ-6, на основе обнаружения ДНК этих вирусов в лейкоцитах периферической крови либо в слюне (моче) при наличии EBNA к ВЭБ, IgG к ЦМВ и IgG к ВГЧ-6 соответственно. Постановка диагноза ИМ на основе полученных лабораторных данных при отсутствии клинических проявлений заболевания. Постановка диагноза ИМ на основе однократного обнаружения повышенного титра IgG.

BIBLIOGRAPHY:

1. Bakhodirovna, M.D. and Taxirovich, A.S., 2024. CHARACTERISTICS OF RHINOVIRUS INFECTION. International journal of medical sciences, 4(08), pp.55-59.
2. Mirzakarimova Dildora Bakhodirovna, Abdukodirov Sherzodjon Taxirovich (2024) "MEASLES DISEASE AND SYMPTOMS", International Multidisciplinary Journal for Research & Development, 11(08). Available at: <https://www.ijmrd.in/index.php/imjrd/article/view/1855> (Accessed: 2 November 2024).
3. Taxirovich, A. S. (2023). The Main Etiological Factors, Methods of Prevention and Treatment of Meningitis. Inter-national Journal of Scientific Trends, 2(2), 141-148.
4. Mamarasulova, D. Z., Urmanbaeva, D. A., Khasanov, D. S., & Abdukodirov, S. T. (2023). THE ROLE OF CIN-DIAG RAPID TEST IN SCREENING FOR CERVICAL EPITHELIUM PATHOLOGY. International Journal of Advance Scientific Research, 3(09), 150-158.
5. Байханова, Н., & Абдукодиров, Ш. Т. (2021). ВЗАИМОСВЯЗЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ПРИ СИНДРОМЕ ПОТЕРИ ПЛОДА. Экономика и социум, (4-1 (83)), 691-693.