

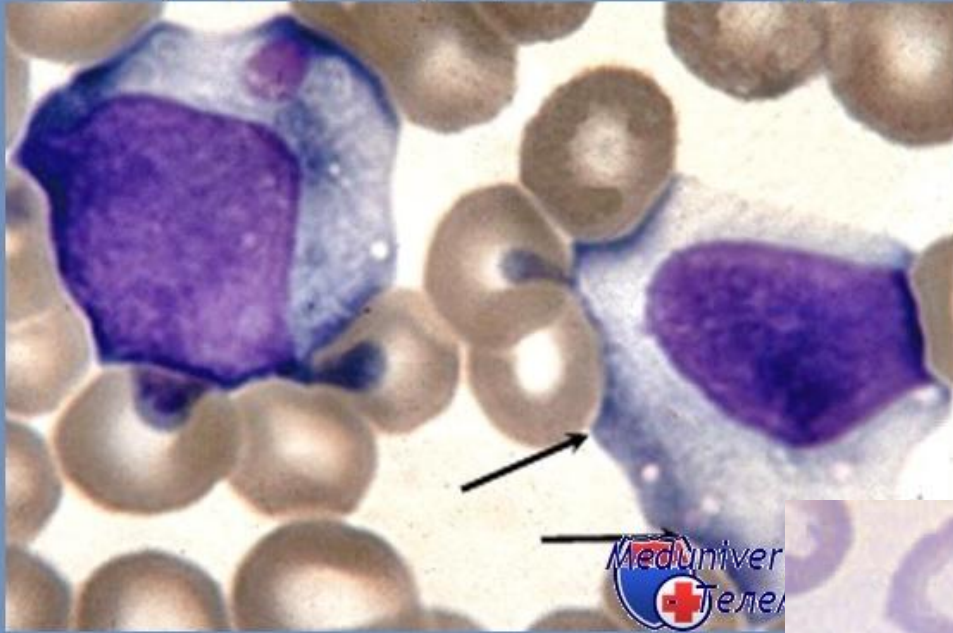
Инфекционные
и
моноклеоз

Инфекционный мононуклеоз (синонимы: болезнь Филатова, железистая лихорадка, моноцитарная ангина, болезнь Пфейфера и др.;) - болезнь, обусловленная вирусом Эпштейна-Барра, характеризуется лихорадкой, генерализованной лимфаденопатией, тонзиллитом, увеличением печени и селезенки, характерными изменениями гемограммы, в ряде случаев может привести к летальному исходу.



Возбудитель - вирус Эпштейна-Барра - представляет собой В-лимфотропный вирус человека, относящийся к группе вирусов герпеса. Это вирус герпеса человека типа 4. ДНК-геномный вирус способен реплицироваться, в том числе в В-лимфоцитах; в отличие от других вирусов герпеса он не вызывает гибели клеток, а напротив, активирует их пролиферацию. Вирионы включают специфические антигены: капсидный (VCA), ядерный (EBNA), ранний (EA) и мембранный (MA) антигены. Каждый из них образуется в определённой последовательности и индуцирует синтез соответствующих антител. В крови больных инфекционным мононуклеозом сначала появляются антитела к капсидному антигену, позднее вырабатываются антитела к EA и MA. Возбудитель малоустойчив во внешней среде и быстро гибнет при высыхании, под действием высокой температуры и дезинфектантов. Инфекционный мононуклеоз — только одна из форм инфекции вирусом Эпштейна — Барр, который также вызывает лимфому Беркитта и носоглоточную карциному.

Мазок крови при инфекционном мононуклеозе



Large "atypical"
lymphocyte

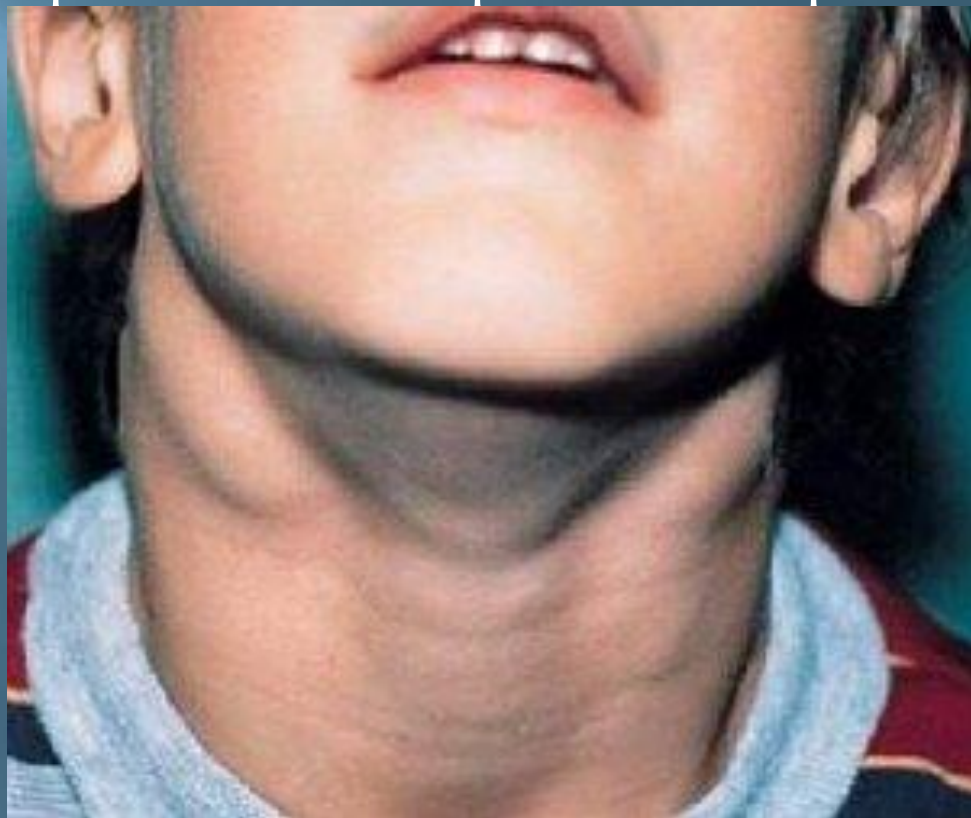
Normal
lymphocyte

Источник инфекции - больной человек, в том числе и больные стертыми формами болезни. Заболевание малоконтагиозно. Передача инфекции происходит воздушно-капельным путем, но чаще со слюной (например, при поцелуях), возможна передача инфекции при переливаниях крови.

Симптомы и течение. Инкубационный период от 4 до 15 дней (чаще около недели). Заболевание, как правило, начинается остро. Ко 2-4-му дню болезни лихорадка и симптомы общей интоксикации достигают наивысшей выраженности. С первых дней появляются слабость, головная боль, миалгия и артралгия, несколько позже - боли в горле при глотании. Температура тела 38-40°C. Температурная кривая неправильного типа, иногда с тенденцией к волнообразности, длительность лихорадки 1-3 нед, реже дольше.



Лимфаденопатия наблюдается почти у всех больных. Чаще поражаются углочелюстные и заднешейные лимфатические узлы, реже - подмышечные, паховые, кубитальные. Поражаются не только периферические лимфатические узлы. У некоторых больных может наблюдаться довольно выраженная картина острого мезаденита.



У 25% больных отмечается экзантема. Сроки появления и характер сыпи изменяются в широких пределах. Чаще она появляется на 3-5-й день болезни, может иметь макулопапулезный (кореподобный) характер, мелкопятнистый, розеолезный, папулезный, петехиальный. Элементы сыпи держатся 1-3 дня и бесследно исчезают. Новых высыпаний обычно не бывает. Печень и селезенка увеличены у большинства больных.



Гепатоспленомегалия появляется с 3-5-го дня болезни и держится до 3-4 нед и более. Особенно выражены изменения печени при желтушных формах инфекционного мононуклеоза. В этих случаях увеличивается содержание сывороточного билирубина и повышается активность аминотрансфераз, особенно АсАТ. Очень часто даже при нормальном содержании билирубина повышается активность щелочной



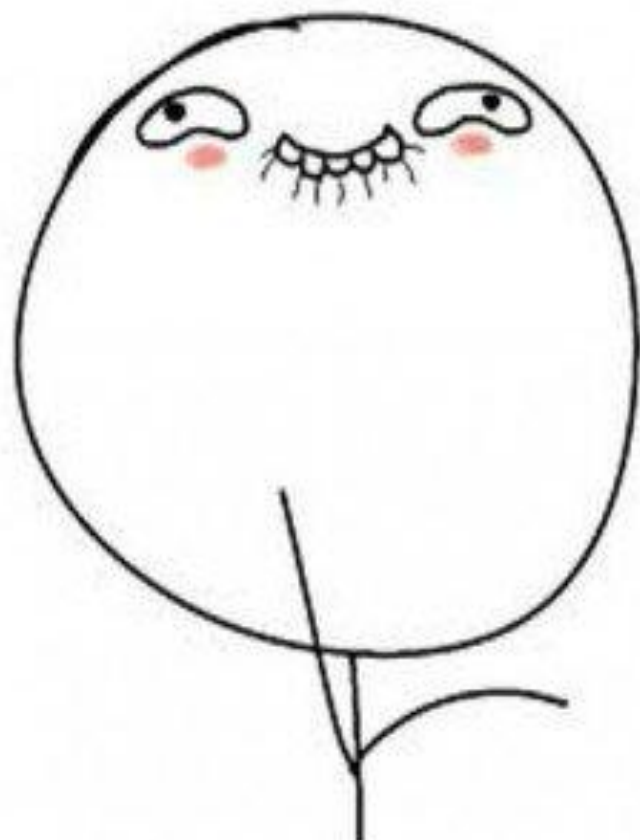
К стоматологу пациенты обращаются с жалобами на боли и першение в горле, осиплость голоса, болезненность при приеме пищи, глотании, наличие резко отечных десен и мелких (0,2-0,4 см) или обширных (1,3-1,8 см) эрозийных элементов на слизистой оболочке щечных областей, переходных складок, мягкого и твердого неба, боковых поверхностей языка, нарушение общего состояния. Эрозии множественные, с полигональными краями без фибринозного налета, по краю языка - отпечатки зубов, движения языка не ограничены, мацерация углов рта, густая, вязкая слюна, однако, на резко отечных и гиперемизированных деснах отсутствовал симптом кровоточивости, а эрозии были слабоболезненными. Несмотря на наличие множественных эрозий на СОПР, пациенты больше жалоб предъявляли к области воспаленных миндалин и глотки, где отмечались различные формы ангины (катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-некротическая с переходом на заднюю стенку глотки). Кроме поражения миндалин, на задней стенке глотки определялись папулы синюшно-красного цвета грязно-серый налет на спинке языка,



Инфекционный мононуклеоз необходимо дифференцировать от ангины, локализованной формы дифтерии зева, цитомегаловирусной инфекции, от начальных проявлений ВИЧ-инфекции, от ангинозных форм листериоза, вирусного гепатита (желтушные формы), от кори (при наличии обильной макуло-папулезной сыпи), а также от заболеваний крови, сопровождающихся генерализованной лимфаденопатией.

Больных лёгкими и среднетяжёлыми формами инфекционного мононуклеоза можно лечить на дому. Необходимость постельного режима определяется выраженностью интоксикации. В случаях заболевания с проявлениями гепатита рекомендуют диету (стол №5). Специфическая терапия не разработана. Проводят дезинтоксикационную терапию, десенсибилизирующее, симптоматическое и общеукрепляющее лечение, полоскания ротоглотки растворами антисептиков. (Мирамистин, Хлоргексидин), отварами трав, обладающих противовоспалительным действием (ромашка). Антибиотики при отсутствии бактериальных осложнений не назначают. При гипертоксическом течении заболевания, а также при угрозе асфиксии, обусловленной отёком глотки и выраженным увеличением миндалин, назначают короткий курс лечения глюкокортикоидами (преднизолон внутрь в суточной дозе 1-1,5 мг/кг в течение 3-4 дней).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ,



**А ТЕПЕРЬ, ПРОСТО
ПОХЛОПАЛИ!!!**