

Медицинский университет г. Астана

Кафедра инфекционных болезней

СРС

НА ТЕМУ: «ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ»



Выполнили: Танирберген Ж.Т., Испенбетов Д.

Факультет: ОМ

Группа № 407

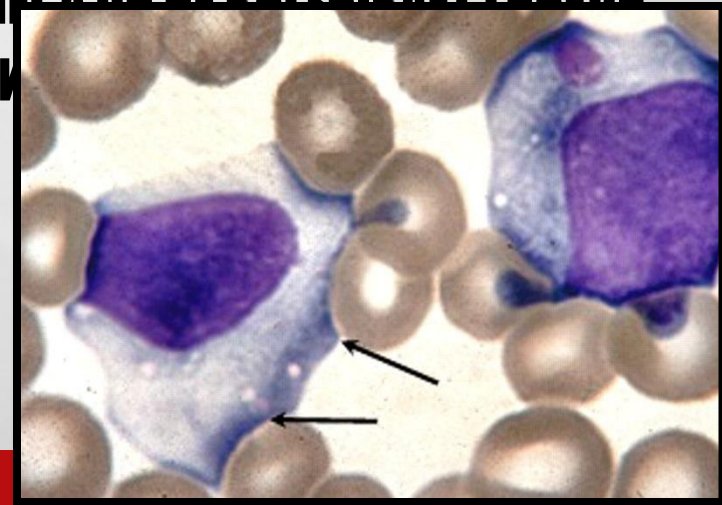
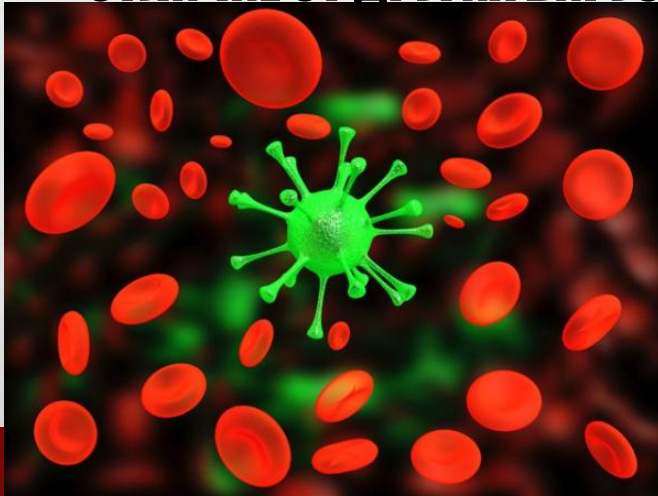
Астана-2017

ИНФЕКЦИОННЫЙ

- **ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ — ОСТРОЕ АНТРОПОНОЗНОЕ ВИРУСНОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ЛИХОРАДКОЙ, ПОРАЖЕНИЕМ РОТОГЛОТКИ, ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ И СПЕЦИФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ГЕМОГРАММЫ.**
- **ОБЩЕПРИНЯТОЙ КЛАССИФИКАЦИИ НЕ СУЩЕСТВУЕТ.**
- **ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ РАЗЛИЧАЮТ ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ:**
 - **ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**
 - **СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**
 - **ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ**

ЭТИОЛОГИЯ

- **ВОЗБУДИТЕЛЬ — ДНК-ГЕНОМНЫЙ ВИРУС РОДА *LYMPHOCRYPTOVIRUS* ПОДСЕМЕЙСТВА *GAMMAHERPESVIRINAE* СЕМЕЙСТВА *HERPESVIRIDAE* ВИРУС СПОСОБЕН РЕПЛИЦИРОВАТЬСЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ В В-ЛИМФОЦИТАХ; В ОТЛИЧИЕ ОТ ДРУГИХ ВИРУСОВ ГЕРПЕСА ОН НЕ ВЫЗЫВАЕТ СИБЕЛКИ ВИРУЕТ И**



- **ВИРИОНЫ ВКЛЮЧАЮТ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АГ: КАПСИДНЫЙ (VCA), ЯДЕРНЫЙ (EBNA), РАННИЙ (EA) И МЕМБРАННЫЙ (MA) АГ.**
- **КАЖДЫЙ ИЗ НИХ ОБРАЗУЕТСЯ В ОПРЕДЕЛЁННОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ И ИНДУЦИРУЕТ СИНТЕЗ СООТВЕТСТВУЮЩИХ АТ.**
- **В КРОВИ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНО-НУКЛЕОЗОМ СНАЧАЛА ПОЯВЛЯЮТСЯ АТ К КАПСИДНОМУ АГ, ПОЗДНЕЕ ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ АТ 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 ЭПСТАЙНА-БАРР, КОТОРЫЙ ТАКЖЕ ВЫЗЫВАЕТ ЛИМФОМУ БЁРКИТТА И НОСОГЛОТОЧНУЮ КАРЦИНОМУ.**
- **ЕГО РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЯДА ДРУГИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НЕДОСТАТОЧНО ИЗУЧЕНА.**

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- **РЕЗЕРВУАР И ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ** — ЧЕЛОВЕК С МАНИФЕСТНОЙ ИЛИ СТЁРТОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ, А ТАКЖЕ НОСИТЕЛЬ ВОЗБУДИТЕЛЯ. ИНФИЦИРОВАННЫЕ ЛИЦА ВЫДЕЛЯЮТ ВИРУС С ПОСЛЕДНИХ ДНЕЙ ИНКУБАЦИИ И НА ПРОТЯЖЕНИИ 6-18 МЕС ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ.
- В СМЫВАХ ИЗ РОТОГЛОТКИ У 15-25% СЕРОПОЗИТИВНЫХ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ТАКЖЕ ОБНАРУЖИВАЮТ ВИРУС.
- ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПОДДЕРЖИВАЮТ ЛИЦА, РАНЕЕ ПЕРЕНЁСШИЕ ИНФЕКЦИЮ И НА ПРОТЯЖЕНИИ ДОЛГОГО ВРЕМЕНИ ВЫДЕЛЯЮЩИЕ ВОЗБУДИТЕЛЬ СО СЛЮНОЙ.
- **МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ** — АЭРОЗОЛЬНЫЙ, **ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ** — ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЙ.
- ОЧЕНЬ ЧАСТО ВИРУС ВЫДЕЛЯЕТСЯ СО СЛЮНОЙ, ПОЭТОМУ ВОЗМОЖНО ЗАРАЖЕНИЕ КОНТАКТНЫМ ПУТЁМ (ПРИ ПОЦЕЛУЯХ, ПОЛОВЫМ ПУТЁМ, ЧЕРЕЗ РУКИ, ИГРУШКИ И ПРЕДМЕТЫ ОБИХОДА). ВОЗМОЖНА ПЕРЕДАЧА ИНФЕКЦИИ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИЯХ КРОВИ, А ТАКЖЕ ВО ВРЕМЯ РОДОВ.

ЕСТЕСТВЕННАЯ ВОСПРИИМЧИВОСТЬ ЛЮДЕЙ ВЫСОКАЯ, ОДНАКО ПРЕОБЛАДАЮТ ЛЕГКИЕ И СТЁРТЫЕ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ. О НАЛИЧИИ ВРОЖДЁННОГО ПАССИВНОГО ИММУНИТЕТА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ КРАЙНЕ НИЗКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ. ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ СПОСОБСТВУЮТ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ИНФЕКЦИИ.

• ***ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ***

ЗАБОЛЕВАНИЕ

РАСПРОСТРАНЕНО ПОВСЕМЕСТНО; В ОСНОВНОМ РЕГИСТРИРУЮТ СПОРАДИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, ИНОГДА — НЕБОЛЬШИЕ ВСПЫШКИ.

- **НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАБОЛЕВАЮТ ПОДРОСТКИ, У ДЕВОЧЕК МАКСИМАЛЬНУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕГИСТРИРУЮТ В 14— 16 ЛЕТ, У МАЛЬЧИКОВ — В 16-18 ЛЕТ. ПОЭТОМУ ИНОГДА ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ ТАКЖЕ НАЗЫВАЮТ БОЛЕЗНЬЮ «СТУДЕНТОВ». ЛИЦА СТАРШЕ 40 ЛЕТ БОЛЕЮТ РЕДКО, НО У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ РЕАКТИВАЦИЯ ЛАТЕНТНОЙ ИНФЕКЦИИ ВОЗМОЖНА В ЛЮБОМ ВОЗРАСТЕ.**

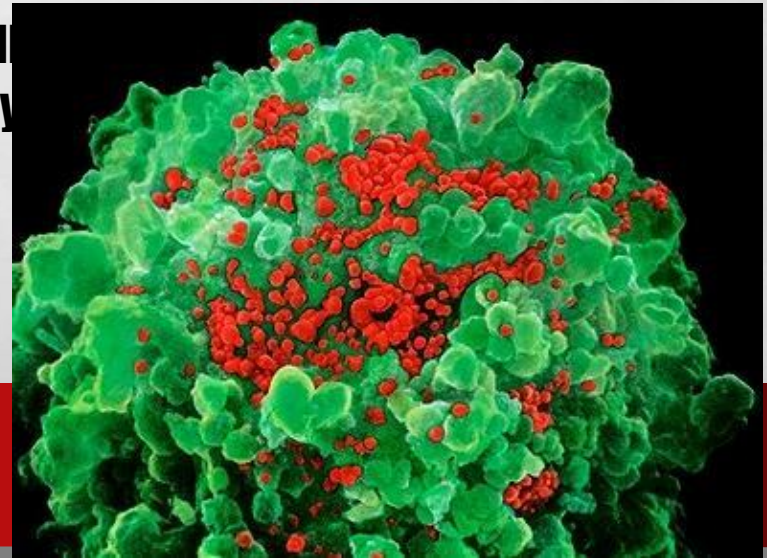
- **К 30—35 ГОДАМ У БОЛЬШИНСТВА ЛЮДЕЙ В КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ АТ К ВИРУСУ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА, ПОЭТОМУ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННЫЕ ФОРМЫ РЕДКО ВСТРЕЧАЮТ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ.**

- **ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕГИСТРИРУЮТ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕГО ГОДА, НЕСКОЛЬКО РЕЖЕ — В ЛЕТНИЕ МЕСЯЦЫ. ЗАРАЖЕНИЮ СПОСОБСТВУЮТ СКУЧЕННОСТЬ, ПОЛЬЗОВАНИЕ ОБЩИМ БЕЛЬЁМ, ПОСУДОЙ, ТЕСНЫЕ БЫТОВЫЕ КОНТАКТЫ.**

ПАТОГЕНЕЗ

- **ПРОНИКНОВЕНИЕ ВИРУСА В ВЕРХНИЕ ОТДЕЛЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИВОДИТ К ПОРАЖЕНИЮ ЭПИТЕЛИЯ И ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ РОТО- И НОСОГЛОТКИ. ОТМЕЧАЮТ ОТЁК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, УВЕЛИЧЕНИЕ МИНДАЛИН И РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ.**
- **ПРИ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ВИРУСЕМИИ ВОЗБУДИТЕЛЬ ВНЕДРЯЕТСЯ В В-ЛИМФОЦИТЫ; НАХОДЯСЬ В ИХ ЦИТОПЛАЗМЕ, ОН ДИССЕМИНИРУЕТ ПО ВСЕМУ ОРГАНИЗМУ. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВИРУСА ПРИВОДИТ К СИСТЕМНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЛИМФОИДНОЙ И РЕТИКУЛЯРНОЙ ТКАНЕЙ, В СВЯЗИ С ЧЕМ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПОЯВЛЯЮТСЯ АТИПИЧНЫЕ МОНОНУКЛЕАРЫ.**
- **РАЗВИВАЮТСЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ, ОТЁК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСОВЫХ РАКОВИН И РОТОГЛОТКИ, УВЕЛИЧИВАЮТСЯ ПЕЧЕНЬ И СЕЛЕЗЁНКА. ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЯЮТ ГИПЕРПЛАЗИЮ ЛИМФОРЕТИКУЛЯРНОЙ ТКАНИ ВО ВСЕХ ОРГАНАХ, ЛИМФОЦИТАРНУЮ ПЕРИПОРТАЛЬНУЮ ИНФИЛЬТРАЦИЮ ПЕЧЕНИ С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ГЕПАТОЦИТОВ.**

- РЕПЛИКАЦИЯ ВИРУСА В В-ЛИМФОЦИТАХ СТИМУЛИРУЕТ ИХ АКТИВНУЮ ПРОЛИФЕРАЦИЮ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ В ПЛАЗМОЦИТЫ. ПОСЛЕДНИЕ СЕКРЕТИРУЮТ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ НИЗКОЙ СПЕЦИФИЧНОСТИ.
- ОДНОВРЕМЕННО В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРАСТАЮТ КОЛИЧЕСТВО И АКТИВНОСТЬ Т-ЛИМФОЦИТОВ. Т-СУПРЕССОРЫ СДЕРЖИВАЮТ ПРОЛИФЕРАЦИЮ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ В-ЛИМФОЦИТОВ. ЦИТОТОКСИЧЕСКИЕ Т-ЛИМФОЦИТЫ УНИЧТОЖАЮТ ИНФИЦИРОВАННЫЕ ВИРУСОМ КЛЕТКИ, РАСПОЗНАВАЯ МЕМБРАННЫЕ ВИРУС-ИНДУЦИРОВАННЫЕ АГ.
- ОДНАКО ВИРУС ОСТАЁТСЯ В ОРГАНИЗМЕ И ПЕРСИСТИРУЕТ В НЁМ В ТЕЧЕНИЕ ВСЕЙ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛИВАЯ ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- **ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД** ВАРЬИРУЕТ ОТ 5 ДНЕЙ ДО 1,5 МЕС. ВОЗМОЖЕН ПРОДРОМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД, НЕ ИМЕЮЩИЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ.
- В ЭТИХ СЛУЧАЯХ ЗАБОЛЕВАНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСТЕПЕННО: В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ДНЕЙ НАБЛЮДАЮТ СУБФЕБРИЛЬНУЮ ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА, НЕДОМОГАНИЕ, СЛАБОСТЬ, ПОВЫШЕННУЮ УТОМЛЯЕМОСТЬ, КАТАРАЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ — ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА, ГИПЕРЕМИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОГЛОТКИ, УВЕЛИЧЕНИЕ И ГИПЕРЕМИЮ МИНДАЛИН.
- ПРИ ОСТРОМ НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА БЫСТРО ПОДНИМАЕТСЯ ДО ВЫСОКИХ ЦИФР. БОЛЬНЫЕ ЖАЛУЮТСЯ НА **ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, БОЛИ В ГОРЛЕ ПРИ ГЛОТАНИИ, ОЗНОБ, УСИЛЕННОЕ ПОТООТДЕЛЕНИЕ, ЛОМОТУ В ТЕЛЕ**. В ДАЛЬНЕЙШЕМ ТЕМПЕРАТУРНАЯ КРИВАЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗЛИЧНОЙ; ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛИХОРАДКИ ВАРЬИРУЕТ ОТ НЕСКОЛЬКИХ ДНЕЙ ДО 1 МЕС И БОЛЕЕ.
- К КОНЦУ ПЕРВОЙ НЕДЕЛИ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ **ПЕРИОД РАЗГАРА БОЛЕЗНИ**. ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ ВСЕХ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ: ОБЩЕТОКСИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ, АНГИНЫ, ЛИМФАДЕНОПАТИИ, ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА
- САМОЧУВСТВИЕ БОЛЬНОГО УХУДШАЕТСЯ, ОТМЕЧАЮТ ВЫСОКУЮ ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА, ОЗНОБ, ГОЛОВНУЮ БОЛЬ И ЛОМОТУ В ТЕЛЕ.

Основные симптомы

Инфекционного мононуклеоза

Центральная нервная система

- Недомогание
- Слабость
- Потеря аппетита
- Головная боль

Горло

- Болезненность
- Покраснение

Дыхательная система

- Кашель

Общие симптомы

- Озноб
- Жар
- Боли

Зрение

- Светобоязнь

Миндалины

- Покраснение
- Увеличение
- Ангина

Лимфоузлы

- Увеличение

Селезёнка

- Увеличение
- Боли в области живота

Пищеварительная система

- Тошнота

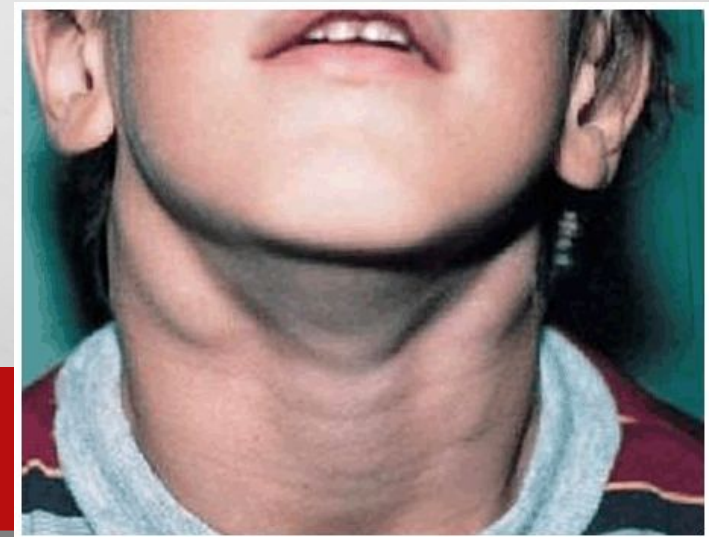


- **МОГУТ ПОЯВИТЬСЯ ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА С ЗАТРУДНЕНИЕМ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, ГНУСАВОСТЬ ГОЛОСА. ПОРАЖЕНИЯ ЗЕВА ПРОЯВЛЯЮТСЯ НАРАСТАНИЕМ БОЛИ В ГОРЛЕ, РАЗВИТИЕМ АНГИНЫ В КАТАРАЛЬНОЙ, ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ, Фолликулярной или плёнчатой форме.**
- **ГИПЕРЕМИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЫРАЖЕНА НЕРЕЗКО, НА МИНДАЛИНАХ ПОЯВЛЯЮТСЯ Рыхлые желтоватые легко снимающиеся налёты. В некоторых случаях налёты могут напоминать дифтерийные.**



На слизистой оболочке мягкого нёба возможно появление геморрагических элементов, задняя стенка глотки резко гиперемированная, разрыхлённая, зернистая, с гиперплазированными фолликулами.

- С ПЕРВЫХ ЖЕ ДНЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ **ЛИМФАДЕНОПАТИЯ**. УВЕЛИЧЕННЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ВО ВСЕХ ДОСТУПНЫХ ПАЛЬПАЦИИ ОБЛАСТЯХ; ХАРАКТЕРНА СИММЕТРИЧНОСТЬ ИХ ПОРАЖЕНИЯ.
- НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ МОНОНУКЛЕОЗЕ УВЕЛИЧИВАЮТСЯ **ЗАТЫЛОЧНЫЕ, ПОДЧЕЛЮСТНЫЕ** И ОСОБЕННО **ЗАДНЕСЕЙНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ** С ОБЕИХ СТОРОН ПО ХОДУ ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНЫХ МЫШЦ.
- ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ УПЛОТНЕННЫ, ПОДВИЖНЫ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ БЕЗБОЛЕЗНЕННЫ ИЛИ БОЛЕЗНЕННЫ НЕЗНАЧИТЕЛЬНО. ИХ РАЗМЕРЫ ВАРИРУЮТ ОТ ГОРОШИНЫ ДО ГРЕЦКОГО ОРЕХА. ПОДКОЖНАЯ КЛЕТЧАТКА ВОКРУГ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ МОЖЕТ БЫТЬ ОТЁЧНОЙ.



- У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ В ПЕРИОД РАЗГАРА ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТМЕЧАЮТ **УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ.**
- В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ РАЗВИВАЕТСЯ ЖЕЛТУШНЫЙ СИНДРОМ: **УСИЛИВАЮТСЯ ДИСПЕПТИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЯ (СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, ТОШНОТА), ТЕМНЕЕТ МОЧА, ПОЯВЛЯЕТСЯ ИКТЕРИЧНОСТЬ СКЛЕРИ КОЖИ,** В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НАРАСТАЕТ СОДЕРЖАНИЕ **БИЛИРУБИНА** И ПОВЫШАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ **АМИНОТРАНСФЕРАЗ.**

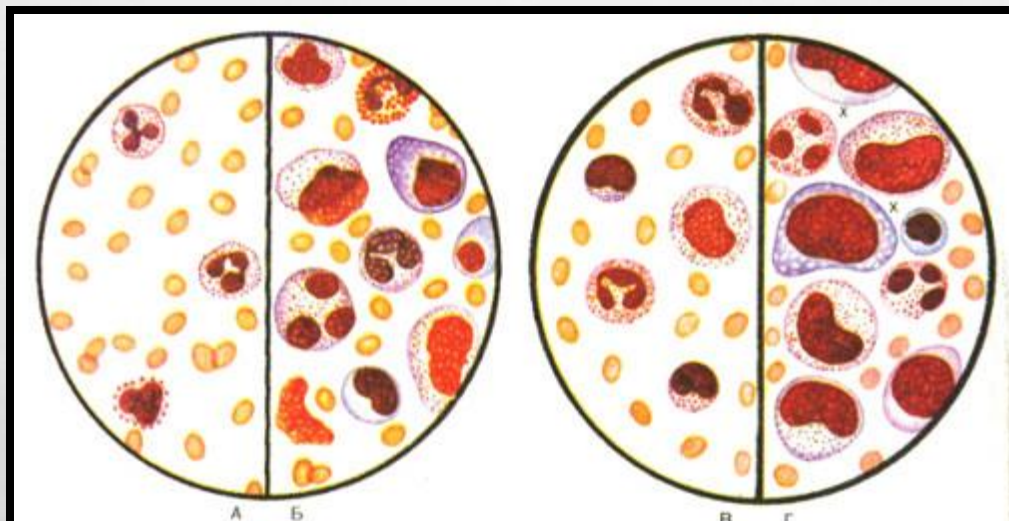
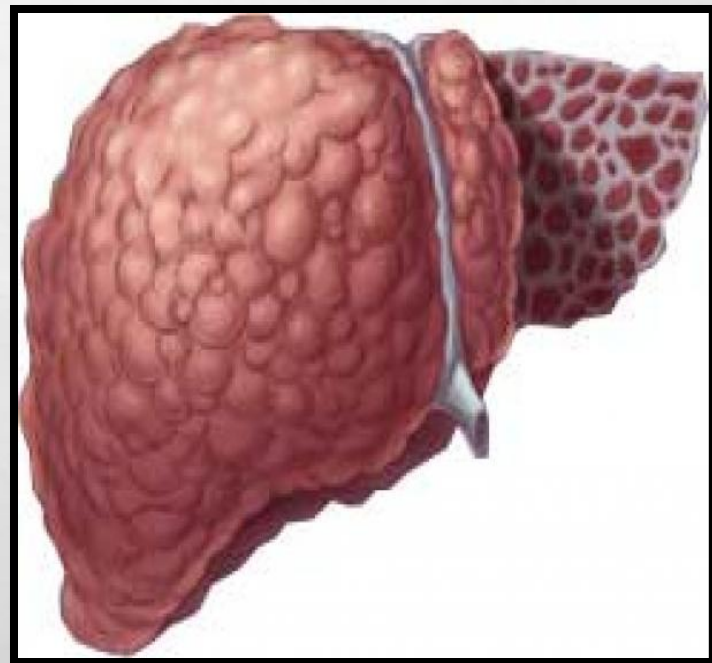


Рис. 25. Инфекционный мононуклеоз. Гематологическая диагностика. Мазок периферической крови у здорового ребенка (А) и при инфекционном мононуклеозе (Б); лейкоконцентрат у здорового ребенка (В) и при инфекционном мононуклеозе (Г); х - атипичные мононуклеары.

- **ВСЛЕД ЗА ПЕРИОДОМ РАЗГАРА ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРОДОЛЖАЮЩИМСЯ В СРЕДНЕМ 2—3 НЕД, НАСТУПАЕТ *ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ*. САМОЧУВСТВИЕ БОЛЬНОГО УЛУЧШАЕТСЯ, НОРМАЛИЗУЕТСЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА, ПОСТЕПЕННО ИСЧЕЗАЮТ АНГИНА И ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ, В ДАЛЬНЕЙШЕМ НОРМАЛИЗУЮТСЯ РАЗМЕРЫ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНА, ИНОГДА СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА И ЛИМФАДЕНОПАТИЯ СОХРАНЯЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ НЕДЕЛЬ.**
- **ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ ДЛИТЕЛЬНО, СО СМЕНОЙ ПЕРИОДОВ ОБОСТРЕНИЙ И РЕМИССИЙ, ИЗ-ЗА ЧЕГО ЕГО ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ МОЖЕТ ЗАТЯГИВАТЬСЯ ДО 1,5 ЛЕТ.**
- **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ОТЛИЧАЮТСЯ РЯДОМ ОСОБЕННОСТЕЙ. ЗАБОЛЕВАНИЕ ЧАСТО НАЧИНАЕТСЯ С ПОСТЕПЕННОГО РАЗВИТИЯ ПРОДРОМАЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ, ЛИХОРАДКА ЧАСТО СОХРАНЯЕТСЯ БОЛЕЕ 2 НЕД, ВЫРАЖЕННОСТЬ ЛИМФАДЕНОПАТИИ И ГИПЕРПЛАЗИИ МИНДАЛИН МЕНЬШЕ, ЧЕМ У ДЕТЕЙ.**
- **ВМЕСТЕ С ТЕМ У ВЗРОСЛЫХ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПРОЦЕСС ПЕЧЕНИ И РАЗВИТИЕМ ЖЕЛТУШНОГО СИНДРОМА.**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- **ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ОТЛИЧАТЬ ОТ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА И ЛИМФОЛЕЙКОЗА, АНГИН КОККОВОЙ И ИНОЙ ЭТИОЛОГИИ, ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ, А ТАКЖЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ПСЕВДОТУБЕРКУЛЁЗА, КРАСНУХИ, ТОКСОПЛАЗМОЗА, ХЛАМИДИЙНЫХ ПНЕВМОНИЙ И ОРНИ-ТОЗА, НЕКОТОРЫХ ФОРМ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ЦМВ-ИНФЕКЦИИ, ПЕРВИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.**
- **ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ ОТЛИЧАЕТ СОЧЕТАНИЕ ОСНОВНЫХ ПЯТИ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ: ОБЩЕТОКСИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ, ДВУСТОРОННЕЙ АНГИНЫ, ПОЛИАДЕНОПАТИИ (ОСОБЕННО С ПОРАЖЕНИЕМ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПО ХОДУ ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНЫХ МЫШЦ С ОБЕИХ СТОРОН), ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА, СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОГРАММЫ.**
- **В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ ВОЗМОЖНЫ ЖЕЛТУХА И (ИЛИ) ЭКЗАНТЕМА ПЯТНИСТО-ПАПУЛЁЗНОГО ХАРАКТЕРА.**

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК — ИЗМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА КРОВИ. В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ УМЕРЕННЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ, ОТНОСИТЕЛЬНУЮ НЕЙТРОПЕНИЮ СО СДВИГОМ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО, ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЛИМФОЦИТОВ И МОНОЦИТОВ (СУММАРНО БОЛЕЕ 60%).**
- **В КРОВИ ПРИСУТСТВУЮТ *АТИПИЧНЫЕ МОНОНУКЛЕАРЫ* — КЛЕТКИ С ШИРОКОЙ БАЗОФИЛЬНОЙ ЦИТОПЛАЗМОЙ, ИМЕЮЩИЕ РАЗЛИЧНУЮ ФОРМУ**



Их наличие в крови определило современное название болезни.

Диагностическое значение имеет увеличение количества *АТИПИЧНЫХ МОНОНУКЛЕАРОВ* с широкой цитоплазмой не менее чем до 10—12%, хотя число этих клеток может достигать 80—90%.

ПРАКТИКЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТ. МЕТОДОМ ПЦР МОЖНО ВЫЯВЛЯТЬ ВИРУСНУЮ ДНК В ЦЕЛЬНОЙ КРОВИ И СЫВОРОТКЕ.

- РАЗРАБОТАНЫ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АТ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ К КАПСИДНЫМ (VCA) АГ. СЫВОРОТОЧНЫЕ IGM К VCA-AG МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ УЖЕ В ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД; В ДАЛЬНЕЙШЕМ ИХ ВЫЯВЛЯЮТ У ВСЕХ БОЛЬНЫХ.**
- ПРИ ОТСУТСТВИИ ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИ-VCA-IGM ДО СИХ ПОР ПРИМЕНЯЮТ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБНАРУЖЕНИЯ ГЕТЕРОФИЛЬНЫХ АТ. ОНИ ОБРАЗУЮТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОЛИКЛОНАЛЬНОЙ АКТИВАЦИИ В-ЛИМФОЦИТОВ.**
- НАИБОЛЕЕ ПОПУЛЯРНЫ РЕАКЦИЯ ПАУЛЯ—БУННЕЛЯ С ЭРИТРОЦИТАМИ БАРАНА (ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ТИТР 1:32) И БОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ГОФФА—БАУЭРА С ЭРИТРОЦИТАМИ ЛОШАДИ. НЕДОСТАТОЧНАЯ СПЕЦИФИЧНОСТЬ РЕАКЦИЙ СНИЖАЕТ ИХ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ.**
- ВСЕМ БОЛЬНЫМ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ ИЛИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕГО НУЖНО ПРОВОДИТЬ 3-КРАТНОЕ (В ОСТРЫЙ ПЕРИОД, ЗАТЕМ ЧЕРЕЗ 3 И 6 МЕС) ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА АТ К АГ ВИЧ, ПОСКОЛЬКУ В СТАДИЮ ПЕРВИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ТАКЖЕ ВОЗМОЖЕН МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ.**

ОСЛОЖНЕНИЯ

- **НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ — ПРИСОЕДИНЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ЗОЛОТИСТЫМ СТАФИЛОКОККОМ, СТРЕПТОКОККАМИ И ДР.**
- **ТАКЖЕ ВОЗМОЖНЫ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ, ОБСТРУКЦИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА УВЕЛИЧЕННЫМИ МИНДАЛИНАМИ.**
- **В РЕДКИХ СЛУЧАЯХ ОТМЕЧАЮТ ДВУСТОРОННЮЮ ИНТЕРСТИЦИ АЛЬНУЮ ИНФИЛЬТРАЦИЮ ЛЁГКИХ С ТЯЖЁЛОЙ ГИПОКСИЕЙ, ТЯЖЁЛЫЙ ГЕПАТИТ (У ДЕТЕЙ), ТРОМБОЦИТОПЕНИЮ, РАЗРЫВЫ СЕЛЕЗЁНКИ.**
- **В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ БЛАГОПРИЯТНЫЙ.**

ЛЕЧЕНИЕ

- **ПРОТИВОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА НЕ РАЗРАБОТАНО. ПРОВОДИТСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ФОРМЫ БОЛЕЗНИ. ПРИ ВСЕХ ФОРМАХ БОЛЕЗНИ КАК БАЗИСНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИМЕНЯЮТ ЖАРОПонижающие средства, десенсибилизирующие препараты, антисептики для купирования местного процесса, витаминотерапию.**
- **АНТИБИОТИКИ НАЗНАЧАЮТ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЕМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ, ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ЗЕВЕ И РЕЗКОМ ПАЛОЧКОЯДЕРНОМ СДВИГЕ В АНАЛИЗЕ КРОВИ. ТАКЖЕ АБ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ПРИСОЕДИНЕНИИ ВТОРИЧНОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ (ТОНЗИЛЛИТ, ПНЕВМОНИИ). ПРЕИМУЩЕСТВО ОТДАЕТСЯ МАКРОЛИДАМ (ЭРИТРОМИЦИН) И ФТОРХИНОЛОНАМ. ПРОТИВПОКАЗАНЫ АМПИЦИЛЛИН, ВЫЗЫВАЮЩИЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, И ЛЕВОМИЦЕТИН И СУЛЬФАНИЛАМИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ УГНЕТЕНИЕ КРОВЕТВОРЕНИЯ.**



- **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), ПОЛОСКАНИЕ РОТОГЛОТКИ РАСТВОРОМ **ФУРАЦИЛИНА, ПИТЬЕВОЙ СОДЫ, РОМАШКИ ШАЛФЕЯ****. 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).**



ПРОФИЛАКТИКА

- **ОБЩИЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ АНАЛОГИЧНЫ ТАКОВЫМ ПРИ ОРВИ. МЕРЫ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕ РАЗРАБОТАНЫ. НЕСПЕЦИФИЧЕСКУЮ ПРОФИЛАКТИКУ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПОВЫШЕНИЕМ ОБЩЕЙ И ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА.**
- **МЕРОПРИЯТИЯ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ БОЛЬНЫХ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ. ЗА ЛИЦАМИ, ОБЩАВШИМИСЯ С БОЛЬНЫМ, УСТАНОВЛИВАЮТ МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ 20 ДНЕЙ С ПОСЛЕДНЕГО ДНЯ КОНТАКТА.**
- **ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИИ ДЕТЯМ, ОБЩАВШИМСЯ С БОЛЬНЫМ, МОЖНО ВВОДИТЬ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИММУНОГЛОБУЛИН.**
- **УЧИТЫВАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ЧЕРЕЗ КОНТАМИНИРОВАННЫЕ ПРЕДМЕТЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ, БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИГРАЕТ ВЛАЖНАЯ УБОРКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ. ПРЕДМЕТЫ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ (НОСОВЫЕ ПЛАТКИ И ДР.) ПОДЛЕЖАТ ДЕЗИНФЕКЦИИ.**