

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

(mononucleosis infectiosa, болезнь Филатова, ангина моноцитарная, лимфобластоз доброкачественный)



- острое вирусное заболевание, характеризующееся лихорадкой, поражением зева, лимфатических узлов, печени, селезенки и специфическими изменениями гемограммы.

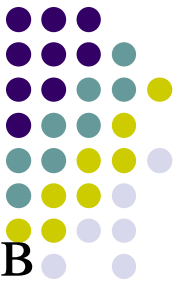
Исторические сведения



- Впервые болезнь была описана Н.Ф.Филатовым в 1885 г. Она получила название "железистая лихорадка".
- В 1890 г К.А. Раухфус описал тяжелые осложненные формы болезни.
- Термин "инфекционный мононуклеоз" впервые предложили Sprunt и Evans в 1920 г.

Вирус, вызывающий заболевание, был выделен (открыт) из биоптатов пациентов с лимфомой Беркитта английским вирусологом М. Epstein и канадским вирусологом I. Barr в 1964 г.

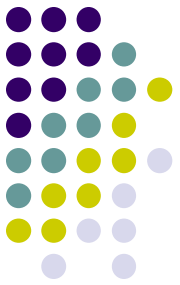
ЭТИОЛОГИЯ



Термин "герпес" впервые использован Геродотом в 100 г до н.э. для обозначения заболевания, сопровождавшегося образованием на коже и слизистой пузырьковых высыпаний и лихорадкой.

Вирусы семейства *Herpesviridae* широко распространены в природе. В настоящее время выделено и классифицировано свыше 100 представителей этого семейства, вызывающих заболевание у человека, диких и домашних животных, земноводных и пресмыкающихся.

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.



Профессор Майкл Энтони Эпштейн

К научной работе Эпштейн подключил свою аспирантку Ивонну М. Барр (Yvonne M. Barr) и специалиста по электронной микроскопии - Берта Джеффри Ачонга (Bert Geoffrey Achong, 06.12.1928-20.11.1996 гг.). В 1964 году ими в образцах опухоли, присланной доктором Беркиттом, в лондонском Middlesex Hospital при помощи электронного микроскопа был открыт ранее неизвестный герпес-вирус, получивший название "Вирус Эпштейн - Барр".



Вирус Эпштейн-Барр ДНК-геномный вирус рода *Lymphocryptovirus* подсемейства *Gammapherpesvirinae* семейства *Herpesviridae*. Вирус способен реплицироваться, в том числе в В-лимфоцитах; в отличие от других вирусов герпеса он не вызывает гибели клеток, а напротив, активизирует их пролиферацию.



Источник инфекции – больной человек, больные стертыми формами болезни.

Воротами инфекции служит слизистая оболочка зева и ротоглотки.

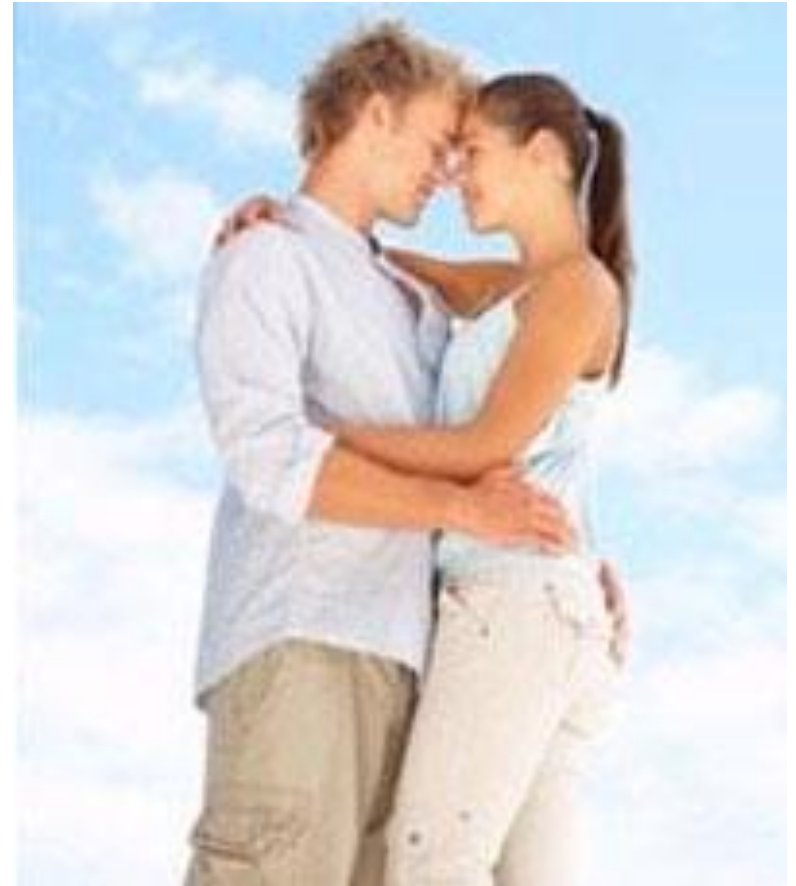
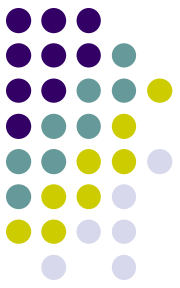
Передача инфекции происходит

- воздушно-капельным путем,
- оральным (со слюной, например, при поцелуях),
- контактным;
- возможна передача инфекции при переливаниях крови.

Вирус выделяется во внешнюю среду в течение 18 мес. после первичной инфекции.



- Передача вируса происходит в основном со слюной (при поцелуях - "поцелуйная болезнь").



Патогенез

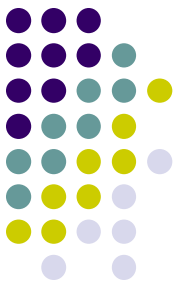


- Проникновение вируса в верхние отделы дыхательных путей приводит к поражению эпителия и лимфоидной ткани рото- и носоглотки.
- Отмечают отёк слизистой оболочки, увеличение миндалин и регионарных лимфатических узлов.
- При последующей вирусемии возбудитель внедряется в В-лимфоциты; находясь в их цитоплазме, 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.

Симптомы Инфекционного мононуклеоза:



- Инкубационный период от 5 дней до 1,5 мес.
- 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.

Могут появиться заложенность носа с затруднением носового дыхания, гнусавость голоса.



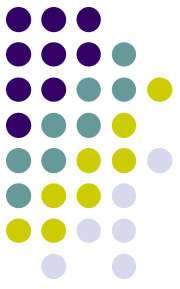
309

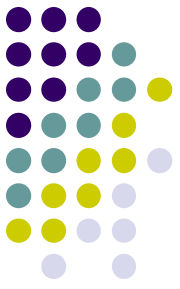


- 
- Поражения зева проявляются нарастанием боли в горле, развитием ангины в катаральной, язвенно-некротической, фолликулярной или плёнчатой форме.
 - Гиперемия слизистой оболочки выражена нерезко, на миндалинах появляются рыхлые желтоватые легко снимающиеся налёты. В некоторых случаях налёты могут напоминать дифтерийные.
 - На слизистой оболочке мягкого нёба возможно появление геморрагических элементов, задняя стенка глотки резко гиперемированная, разрыхлённая, зернистая, с гиперплазированными фолликулами.

MedicalPlanet.su
– медицина для вас.



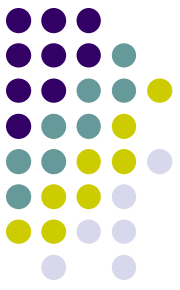


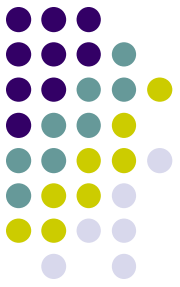




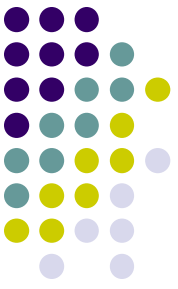


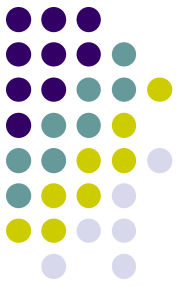
С первых же дней развивается лимфаденопатия. Наиболее часто при мононуклеозе увеличиваются затылочные, подчелюстные и особенно заднешейные лимфатические узлы с обеих сторон по ходу грудино-ключично-сосцевидных мышц. Лимфатические узлы уплотнены, подвижны, при пальпации безболезненны или болезненны незначительно. Их размеры варьируют от горошины до грецкого ореха. Подкожная клетчатка вокруг лимфатических узлов в некоторых случаях может быть отёчной.

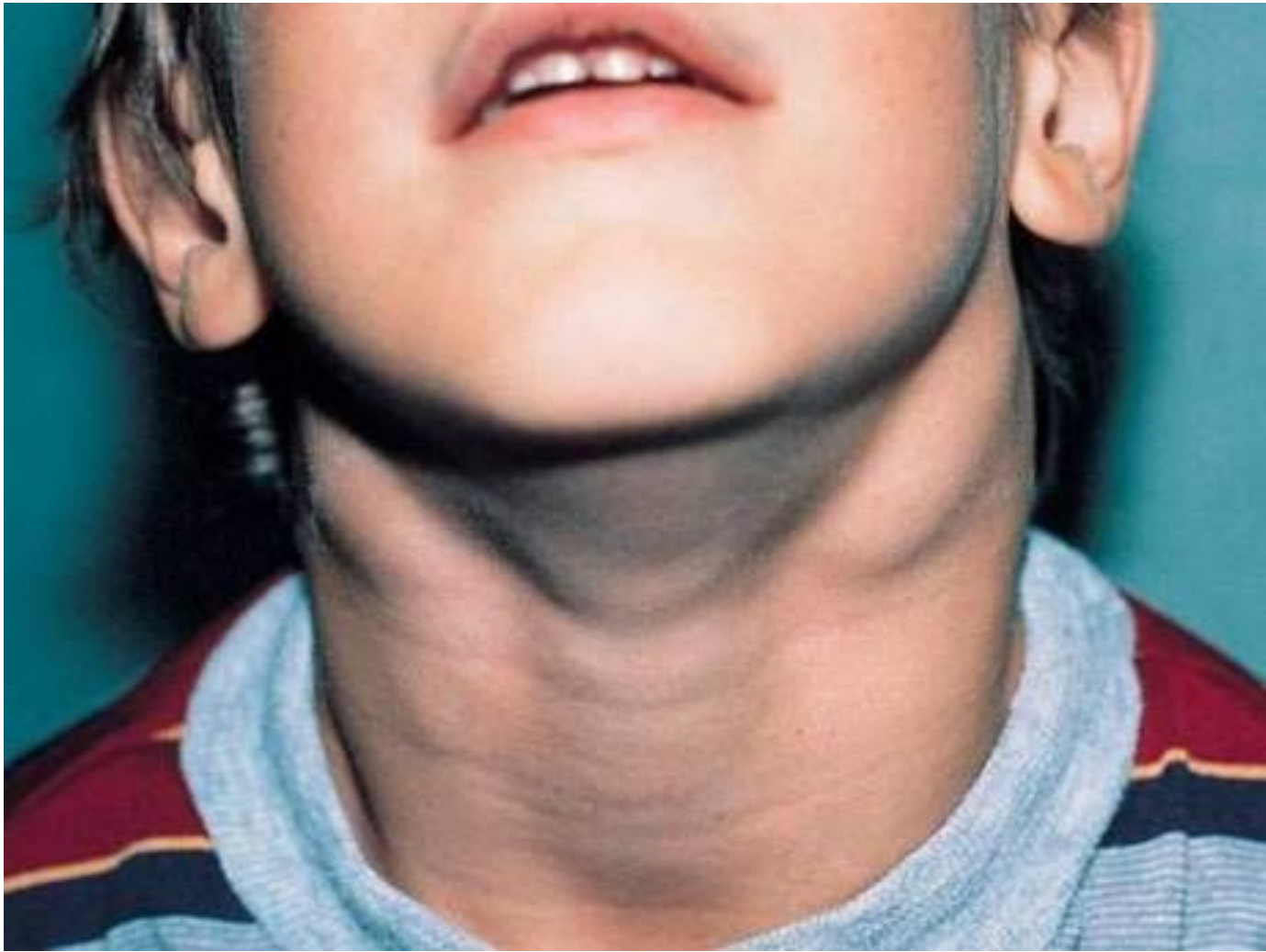


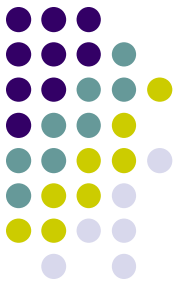




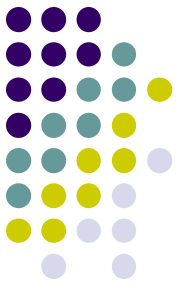










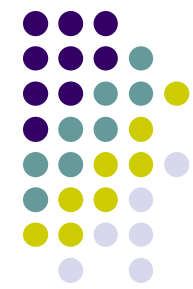


- У большинства больных в период разгара заболевания отмечают увеличение печени и селезёнки. В некоторых случаях развивается желтушный синдром: усиливаются диспепсические явления (снижение аппетита, тошнота), темнеет моча, появляется иктеричность склер и кожи, в сыворотке крови нарастает содержание билирубина и повышается активность aminotransferаз.
- Иногда появляется экзантема пятнисто-папулёзного характера. Она не имеет определённой локализации, не сопровождается зудом и быстро исчезает без лечения, не оставляя изменений на коже.









Инфекционный мононуклеоз

Внешний вид больного инфекционным мононуклеозом. Печень и селезенка увеличены



Изменения в зеве. Гиперемия слизистой зева и разное увеличение миндалин

Гландулярная ангина



Дискулярная ангина

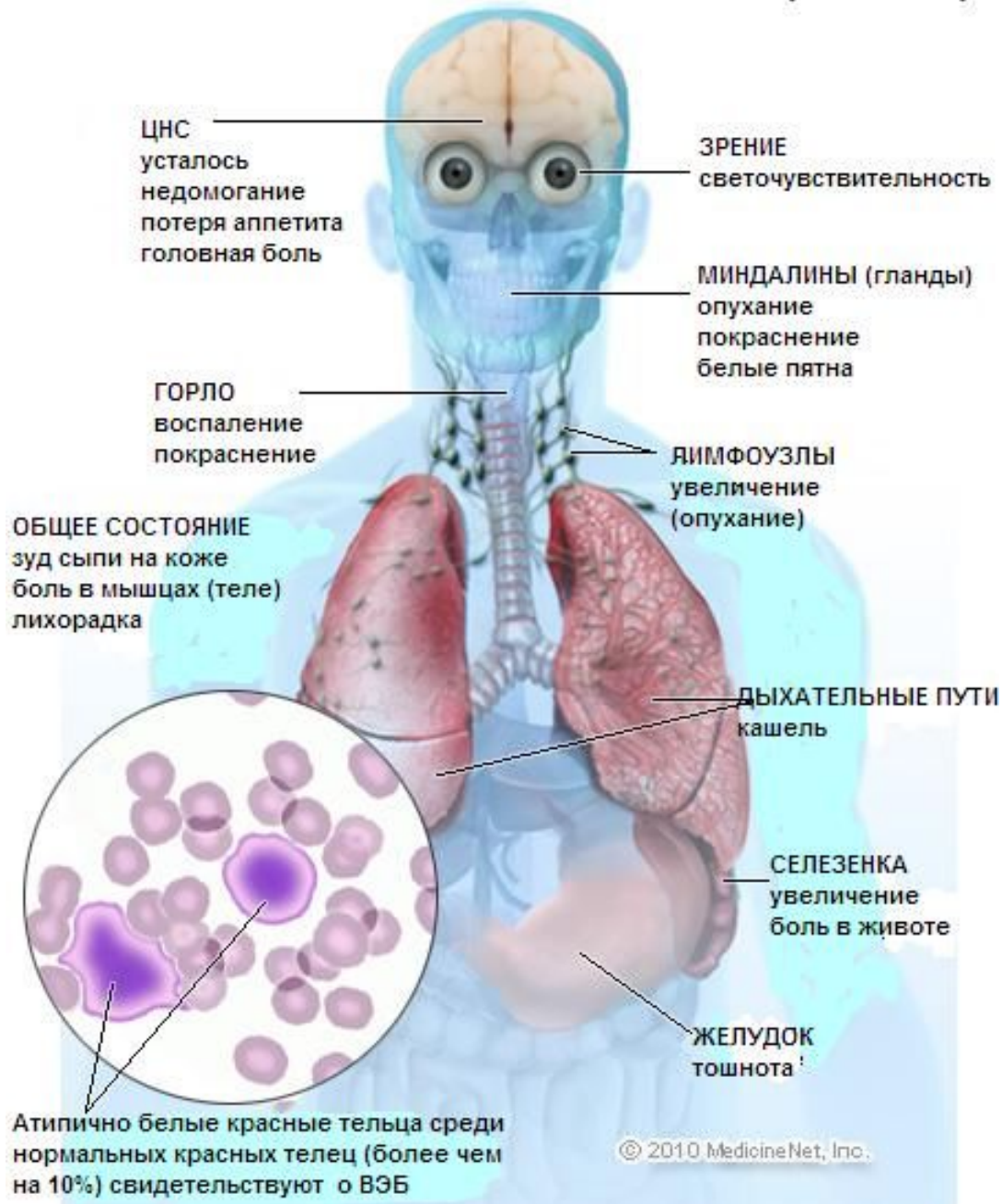


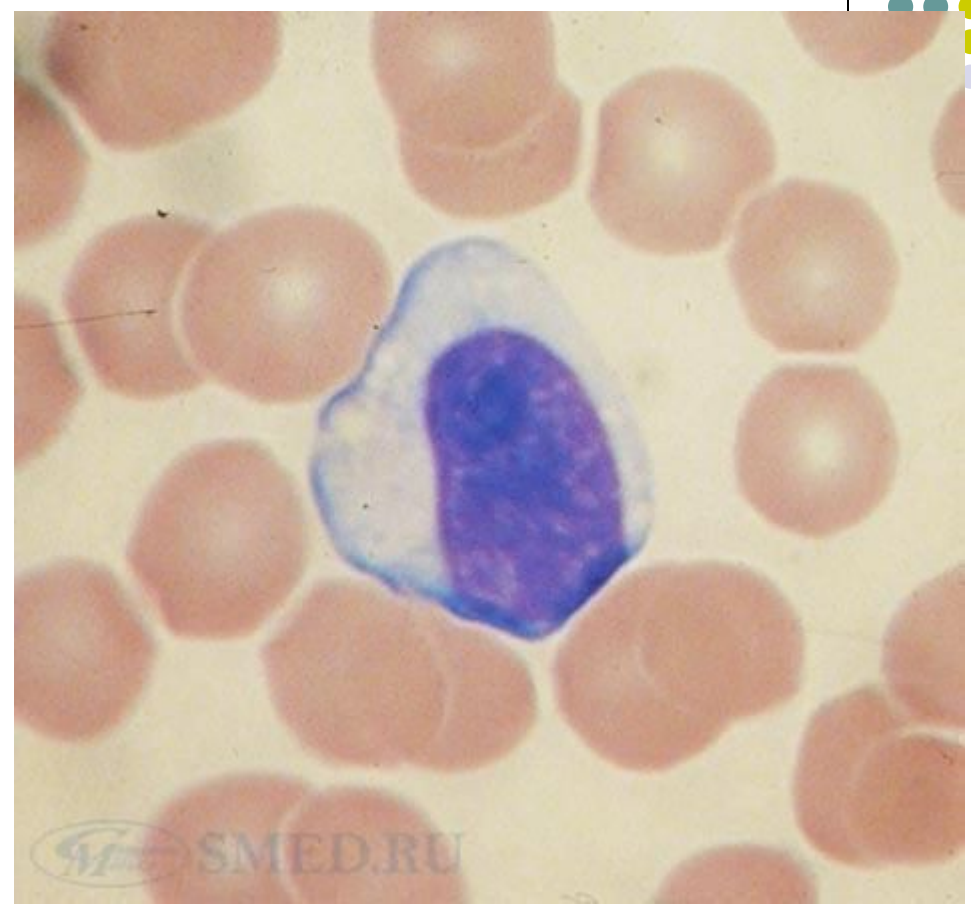
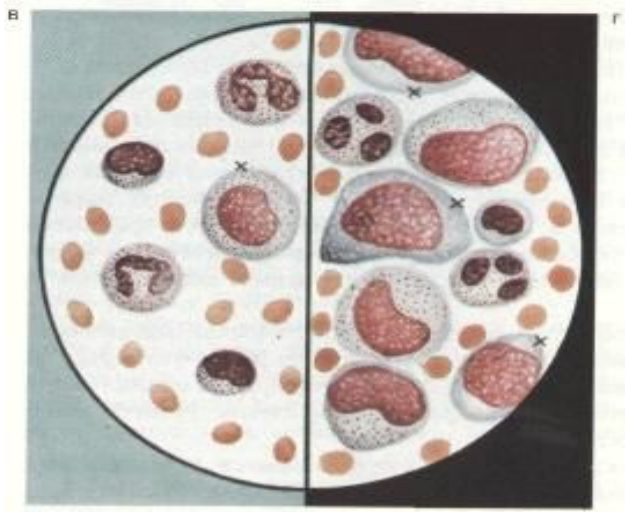
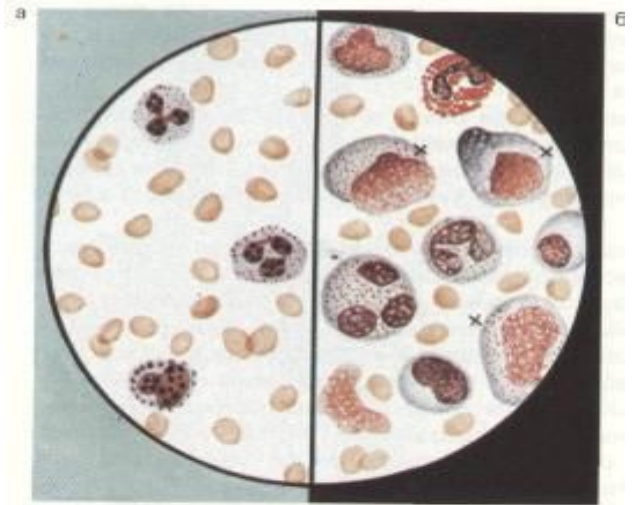
Увеличение переднешейных лимфатических узлов



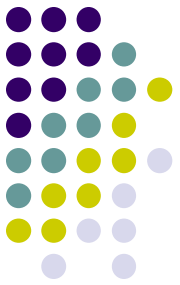
Увеличение заднешейных лимфатических узлов

Infectious Mononucleosis (Mono)



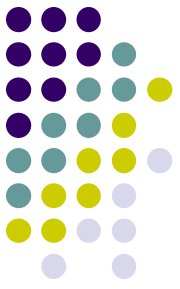


Осложнения инфекционного мононуклеоза



- 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 интерстициальную инфильтрацию лёгких с тяжёлой гипоксией, тяжёлый гепатит (у детей), тромбоцитопению, разрывы селезёнки.
- В большинстве случаев прогноз заболевания благоприятный.

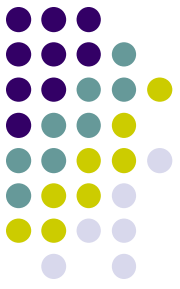
Лабораторная диагностика



- 1. Вирусологический метод – «золотой стандарт»**
- 2. Метод прямой цитологической индикации ГВ в клетках**
- 3. Иммуноморфологический метод – обнаружение АГ субстанций в тканях путем обработки препаратов специфическими антителами, меченными флюоресцином либо ферментом**



4. Иммунофлюоресцентный метод – обнаружение светящихся комплексов АГ-возбудителя (ЛПС или белка наружной мембраны) со специфическими АТ с использованием люминесцентного микроскопа (РИФ, ПИФ).

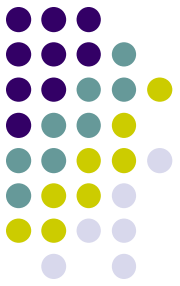


5. Иммуноферментный анализ (ИФА) - определение АГ с помощью АТ меченных ферментом - Ig G , Ig M.

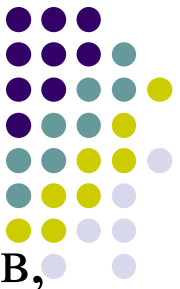


6. Серологические реакции (гетерогемагглютинации):

- реакция Пауля–Буннеля (РА бараньих эритроцитов), диагностический титр 1:32 и выше (часто дает неспецифические результаты);
- реакция Ли-Давидсона — агглютинация формализированных эритроцитов барана в капиллярах.
- реакция Гоффа-Бауера — агглютинация сывороткой крови больного формализированных лошадиных эритроцитов (4% взвесь), реакция проводится на стекле, результаты учитывают через 2 мин.



Лечение



- постельный режим
- стол с ограничением жирного жареного, острых приправ, обильное питье
- Одним из классических средств терапии тяжелых инфекционных состояний являются мясные бульоны, что связано в них большого количества легкодоступных АМК и креатина. Последний является субстратом биоэнергетики, а в условиях лихорадки (повышенная теплопродукция) его дефицит является узким местом патогенеза.
- симптоматическое лечение:
 - гипосенсибилизирующие средства, витамины,
 - капли в нос,
 - полоскание зева и глотки антисептическими растворами (йодинол, раствор фурацилина в разведении 1:5000, 3%-й раствор перекиси водорода, настойка календулы, ромашка аптечная, шалфей).



из противовирусных препаратов применяют:

-интерферон интраназально в течение 2--3 дней.

-виферон в виде свечей ректально через 12 час 2 **раза**
в сутки

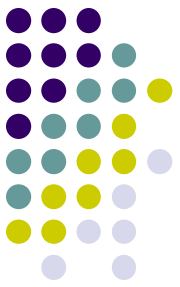
- вместо экзогенного лейкоцитарного интерферона можно применить стимуляцию выработки эндогенного интерферона с помощью растительных средств стимулирующего действия -- **настойки женьшеня, лимонника, аралии, заманихи, стеркулии, элеутерококка, сапарла, родиолы розовой.**

Их применяют внутрь по 25--30 капель 2--3 раза в день за 30 минут до еды.

Интерфероногенными свойствами обладают полудан, пантокрин, эхинацея (в том числе в виде иммунала).

Диспансеризация

Длительность 6-12 мес. Осмотр врачами КИЗ проводится в следующие сроки: 10 дней, 30 дней, затем 1 раз в месяц (общий анализ крови). По показаниям привлекается гематолог, невропатолог.



К основным лечебно-профилактическим мероприятиям относятся:

1. Полноценная диета.
 2. Ограничение физических и психоэмоциональных нагрузок в первые 1-3 мес.
 3. Режим труда и отдыха. Пациентам следует избегать занятий спортом в течение 6-8 нед. после начала заболевания.
- В отдельных случаях при затяжных формах заболевания больные могут не возвращаться к занятиям в школе, и работе в течение нескольких месяцев.

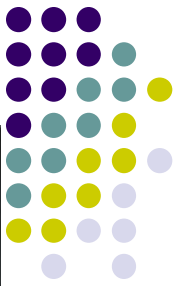


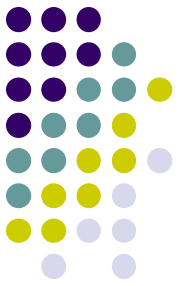
4. Витаминотерапия (поливитамины) в течение 1-3 мес.

5. Стимуляция иммунной системы (адаптогены - элеутерококк, жень-шень, заманиха и др.)

6. Психопрофилактика (психологи).

Очень важно обратить внимание пациентов на то, что выздоровление после мононуклеоза бывает длительным и происходит постепенно. В течение некоторого времени могут сохраняться недомогание и слабость.







311



312



313

