**Лекция № 13**

**Тема:** **«Оказание медицинской помощи пациентам с инфекционным мононуклеозом».**

**Инфекционный мононуклеоз** (ИМ) — острое вирусное заболевание, ха­рактеризующееся лихорадкой, поражение зева, лимфатических узлов, печени, селезенки и своеобразными изменениями гемограммы.

В 1885 году Н.Ф.Филатов впервые описал это заболевание**.**

**Этиология:** Возбудитель - вирус Энштейна-Барра относится к ДНК- со­держащим вирусам. Донастоящего времени не получили объяснения причины обнаружения этого же вируса и при многих других заболеваниях (карцинома носоглотки, лимфогрануломатоз).

**Эпидемиология:** Источник больной человек и вирусоносителъ. Механизм передачи воздушно-капельный. Допускается возможность контактного, алиментарного и трансфузионного пути распространения инфекции, что на прак­тике реализуется редко.

Заболевание отличается низкой контагиозностью. Заражению способству­ет случайность и тесное общение больных и здоровых людей.

И.М. регистрируется преимущественно у детей и лиц молодого возраста. Выявляется повсеместно в виде спорадических случаев, максимум заболевае­мости в холодное время года (осень – зима).

**Патогенез:** Возбудитель проникает через слизистые носоглотки, полости рта и верхние дыхательные пути, а затем по лимфатическим путям попадает в лимфоузлы, вызывая их увеличение, затем попадает в кровь. Под влиянием возбудителя кроветворные органы образуют в значительном количестве лейко­циты с преобладанием клеток лимфомоноцитарного ряда и особых широко­плазменных лейкоцитов. Иммунитет после перенесенных заболеваний стойкий.

**Клиника:** Инкубационный период 5-12 дней, иногда до 30-45 дней. В не­которых случаях заболевание начинается с продромального периода в 2-3 дня, когда наблюдаются повышенная утомляемость, слабость, понижение аппетита, мышечные боли, сухой кашель. Чаще начинается остро, с озноба, повышения температуры до 38,5-39-40°, температура держится примерно 2 недели или более, при чем температура чаще носит неправильный характер.

У больных появляются боли в горле при глотании, ангина. В зеве — уве­личение миндалин, отечность их, гиперемия, на миндалинах нередко некроти­ческий грязно-серый налет, который легко снимается шпателем. Ангина может быть лакунарной или язвенной.

Постоянно при этом заболевании увеличиваются подчелюстные, перед­нешейные и заднешейные лимфоузлы. Плотно-эластичные, неспаянные между собой и с окружающими тканями. Часто отмечаются полилимфоаденит.

Как правило, у больных увеличивается печень и селезенка. У части боль­ных наблюдаются признаки нарушения функции печени: легкая иктеричность кожи и склер, небольшое повышение активности аминотрансфераз, билирубина, тимоловой пробы. Нормализация размеров печени и селезенки наступает через 2-6 недель.

У 3-25 % больных появляется сыпь пятнисто папулезная, ге­моррагическая, розеолезная, типа потницы. Сроки высыпания различные.

Наблюдаются характерные изменения гемограммы: с 5-7 дня болезни от­мечается лейкоцитоз (9-25 \* 10 9/д). Значительно увеличивается содержание лимфоцитов и моноцитов. Особенно характерно появление в крови атипичных мононуклеаров до 10-70%. Они появляются уже на 2-3 день болезни и сохра­няются 3-4 недели, иногда несколько месяцев. СОЭ нормальная или несколько повышенная.

Лихорадочный период длится до двух недель и более, но выздоровление затягивается: лимфоциты приходят к норме лишь через 30-35 дней, а кровь нормализуется через 2-3 месяца. В период выздоровления может наблюдаться субфебрилитет. Иногда бывают рецидивы.

**Диагноз:** клиническая диагностика ИМ основывается на совокупности: 1)характерных признаков заболевания - лихорадки, поражения зева, лимфоденопатии, гепатоспленомегалии ;

2)данных клинического анализа крови: характерны увеличение числа лимфоцитов (свыше 15% по сравнению с возрастной нормой) и появление атипичных мононуклеаров (свыше 10% всех лейкоцитов). Однако не следует переоценивать диагностическое значение лейкоцитарной формулы. Увеличение числа одноядерных элементов и появление атипичных одноядерных лейкоцитов могут наблюдаться при ряде вирусных болезней (цитомегаловирусная инфекция, корь, краснуха, острые респираторные заболевания и др.).

3) Из сероло­гических методов применяют реакцию Пауля-Буннеля (реакция агглютинации бараньих эритроцитов), диагностический титр 1:32 и выше.

**Дифференциальный диагноз.** Часто возникает необходимость разграничения его с заболеваниями, при которых наблюдаются поражение миндалин, лимфаденит, лихорадка.

Нередко в начале заболевания инфекционным мононуклеозом устанавливается диагноз *ангины*. Острое начало с лихорадкой и реакцией лимфатических узлов дают повод к этому. Но в отличие от инфекционного мононуклеоза у больных ангиной ведущей жалобой является боль в горле, воспалительные изменения небных миндалин выражены с 1-го дня, развивается регионарный лимфаденит, а не распространенная лимфаденопатия. Диагностические сомнения разрешает обнаруживаемый нейтрофильный лейкоцитоз.

Дифтерия зеваможет быть ошибочно заподозрена в случаях инфекционного мононуклеоза. Тяжелые последствия бывают тогда, когда [дифтерия](http://lekmed.ru/bolezni/infekcionnye-bolezni/difteriya.html) зева принимается за инфекционный мононуклеоз и в связи с этим не проводится соответствующее лечение. Сочетание ангины с общей интоксикацией, лихорадкой и лимфаденитом свойственно обеим инфекциям. Но при дифтерии зева уже к концу 1-х суток на увеличенных, умеренно гиперемированных миндалинах обнаруживается выступающий над поверхностью слизистой оболочки серо-белый или грязно-серый фибринозный налет. При попытке удалить его возникает кровоточивость. Температура субфебрильная или высокая, общая интоксикация, нарастающая, с переходом локализованной формы в распространенную или же выраженная с самого начала при токсической дифтерии. Регионарные лимфатические узлы несколько увеличены, болезненные, их окружает мягкий, безболезненный отек подкожной основы. У больных инфекционным мононуклеозом в первые дни болезни отмечается лишь легкое покраснение и набухание миндалин и окружающей их слизистой оболочки зева. Тонзиллит развивается в разные сроки, но чаще в поздние, налет также может распространяться за пределы миндалин, но снимается легко, и цвет его желтоватый. Увеличиваются не только регионарные, но и более отдаленные лимфатические узлы, нередко бывают генерализованный лимфаденит, гепато- и спленомегалия. Общая интоксикация умеренная. В крови преобладают лимфоциты, моноциты, увеличивается число мононуклеаров. СОЭ нормальная в отличие от ускоренной при дифтерии.

Большое значение для заключительного диагноза имеют результаты бактериологического исследования пленок на наличие возбудителя дифтерии, данные реакции Пауля — Буннеля и изучения эпидемиологической ситуации.   
[*Аденовирусная инфекция*](http://lekmed.ru/bolezni/infekcionnye-bolezni/adenovirysnye-zabolevaniya.html),протекающая с синдромом тонзиллита, во многом сходна с инфекционным мононуклеозом. При обеих нозологических формах возможны полиаденит, гепатолиенальный синдром, нерезко выраженная интоксикация, длительная лихорадка и признаки поражения дыхательных путей. Последние при аденовирусной инфекции более выражены, экссудативный компонент значительный, в смывах из носовой части глотки методом иммунофлуоресценции обнаруживается аденовирусный антиген. Иногда помогают установить диагноз типичное сочетание симптомов и данные эпидемиологического анамнеза о распространении в детском или молодежном коллективе инфекции со значительным числом конъюнктивитов среди заболевших. У больных аденовирусной инфекцией общий анализ крови без существенных изменений в отличие от типичной картины гемограммы при инфекционном мононуклеозе;.

[Краснуха](http://lekmed.ru/bolezni/infekcionnye-bolezni/krasnyha.html) может быть ошибочно принята за инфекционный мононуклеоз при выраженной лимфаденопатии и скудной экзантеме. В таких случаях следует учитывать преимущественное увеличение затылочных и заднешейных лимфатических узлов, незначительное повышение температуры, отсутствие патологических изменений в зеве, кратковременность заболевания, наличие лейкопении, лимфоцитоза, плазмоцитов, а также отрицательную реакцию Пауля — Буннеля — Дэвидсона.

При [*эпидемическом паротите*](http://lekmed.ru/bolezni/infekcionnye-bolezni/parotit-epidemicheskii.html),обычно сопровождающемся температурной реакцией, явлениями общей интоксикации и деформацией в околоушной и подчелюстной областях, подчас вначале возникает необходимость проведения дифференциальной диагностики с инфекционным мононуклеозом. Важными отличительными особенностями являются локализация, характер местных изменений и общей реакции. Манифестный признак при эпидемическом паротите — поражение слюнных желез, преимущественно околоушных, иногда — поднижнечелюстных и подъязычной с типичной деформацией между мочкой уха и восходящей ветвью нижней челюсти чаще с двух, реже — с одной стороны. При этом всегда отмечается отек окружающей подкожной основы, границы его нечеткие, консистенция тестоватая, при пальпации болезнен. При открывании рта, разговоре и жевании возникает боль с иррадиацией в ухо, она сочетается с сухостью во рту. Лимфатические узлы этой области без особенностей или слегка увеличены. Интоксикация выражена с первых дней, нередко определяется менингеальный синдром. Положительные симптомы Филатова (боль позади мочки уха) и Мурсона (инфильтрация и гиперемия области околоушного протока). При инфекционном мононуклеозе; определяются увеличенные лимфатические узлы, преимущественно генерализованная лимфаденопатия. Боль при глотании не сочетается с сухостью во рту, симптом Мурсона отрицательный. Наличие атипичных для инфекционного мононуклеоза изменений в лейкоцитарной формуле крови и данные эпиданамнеза разрешают диагностические сомнения.

[*Сывороточная болезнь*](http://lekmed.ru/bolezni/infekcionnye-bolezni/syvorotochnaya-bolezn.html)проявляется некоторыми клиническими симптомами, которые наблюдаются и при инфекционном мононуклеозе: сыпь, лихорадка, полиаденит, лейкоцитоз или лейкопения с лимфомоноцитозом. Важными в решении вопроса являются сведения о введении больному сывороточных препаратов; сыпь чаще уртикарная, зудящая, нередко бывают боль и отечность в области суставов, эозинофилия при отсутствии мононуклеаров в крови. Поскольку при сывороточной болезни, как и при инфекционном мононуклеозе, реакцией Пауля — Буннеля могут выявляться гетерофильные антитела, с целью дифференциальной диагностики следует применять реакцию Пауля — Буннеля — Дэвидсона.

Иногда возникает необходимость различать лимфогранулематозв начальный период и инфекционный мононуклеоз, особенно в случае первичной локализации процесса в области шеи. В отличие от инфекционного мононуклеоза при лимфогранулематозе лимфатические узлы достигают больших размеров, безболезненны, эластичны вначале, в последующем становятся плотными, сливаются друг с другом, образуя опухолевидные конгломераты, не спаянные с кожей. С течением времени в процесс вовлекаются все новые лимфатические узлы. Появляются изменения во внутренних органах. Поражение лимфатических узлов на фоне лихорадки сочетается с повышенной потливостью и кожным зудом, составляя характерную для лимфогранулематоза триаду симптомов. В крови, чаще на фоне лейкоцитоза, в противоположность инфекционному мононуклеозу определяется лимфопения и сдвиг лейкоцитарной формулы влево до палочкоядерных нейтрофильных гранулоцитов; иногда юных и миелоцитов. В начальной стадии и во время обострения довольно часто определяется эозинофилия. Характерным гематологическим признаком лимфогранулематоза является значительное повышение СОЭ в отличие от умеренной при инфекционном мононуклеозе;. В затруднительных случаях окончательный диагноз решается с учетом серологических данных и результатов гистологического исследования лимфатических узлов или пунктатов.

Инфекционный малосимптомный лимфоцитоз— малоизвестное, редко встречающееся заболевание. В отличие от инфекционного мононуклеоза выявляется у детей, реже — у взрослых при профилактических осмотрах, характеризуется незначительным изменением самочувствия, отсутствием увеличения лимфатических узлов, печени и селезенки, не сопровождается повышением температуры, редко отмечается кратковременный субфебрилитет. Диагностические сомнения решает картина крови. При инфекционном лимфоцитозе определяется увеличение числа лимфоцитов с моно-морфным составом их в сочетании с гиперлейкоцитозом и эозинофилией. Содержание малых и средних лимфоцитов достигает 0,8—0,95, тогда как при инфекционном мононуклеозе; на первый план выступает клеточный полиморфизм, регистрируется повышенное содержание всех видов мононук-леарных клеток, число малых лимфоцитов понижено.   
Тяжелое течение инфекционного мононуклеоза подчас клинически напоминает лейкоз.Сходство состоит в наличии ангины, лихорадки, лейкоцитоза, увеличении лимфоузлов и селезенки. Лейкемические мононуклеары могут быть ошибочно приняты за атипичные. Отсутствие цикличности в развитии болезни, прогрессирующее ухудшение общего состояния, бледность слизистых оболочек и кожи, умеренность лихорадочной реакции, геморрагии свидетельствуют о лейкозе. При этом увеличение лимфатических узлов не преобладает в клинической картине болезни. Лейкоцитоз, как правило, значительный (до 100\*109/л и более), отмечаются анемия и тромбоцитопения. Данные стернальной пункции решают вопрос о диагнозе.

При висцеральных формах инфекционного мононуклеоза диагностические затруднения возникают нередко. Респираторные формы болезни, протекающие гриппоподобно или в виде пневмонии, только на основании анамнеза и объективных данных трудно отличить от [*гриппа*](http://lekmed.ru/bolezni/infekcionnye-bolezni/gripp.html), других ОРЗи осложненных острой пневмонией форм.При инфекционном мононуклеозе; с развитием синдромов эадо-, мио- или перикардита, дигестивных форм (мезоаденита, аппендикулярного синдрома, панкреатита и др.), как и в случаях с преимущественным поражением нервной системы (менингита, менингоэнцефалита и др.), клинические проявления идентичны названным синдромам другой этиологии. Печеночные формы, проявляющиеся желтухой, трудно бывает отличить от[*вирусного гепатита*](http://lekmed.ru/bolezni/infekcionnye-bolezni/virysnye-gepatity.html).

Важный признак в клиническом распознавании висцеральных форм инфекционного мононуклеоза — генерализованная лимфаденопатия, не свойственная перечисленным синдромам другой этиологии, особенно сочетание ее с поражением миндалин. Но решающее значение при этом принадлежит характерным гематологическим показателям (увеличению числа одноядерных клеточных элементов) и результатам серологических исследований. Важно помнить, что у больных вирусным гепатитом, как и при инфекционном мононуклеозе;, возможно обнаружение гетерофильных антител в сыворотке крови. Поэтому в случаях, трудных для дифференциальной диагностики, из серологических реакций следует применить реакцию Пауля — Буннеля — Дэвидсона, позволяющую уточнить происхождение выявляемых гетерофильных антител.

**Лечение:**

1) Больных госпитализируют по клиническим показаниям (с лёгкими и среднетяжёлыми формами инфекционного мононуклеоза можно лечить на дому).

2) Постельный режим определяется выраженностью интоксикации.

3) В случаях заболевания с проявлениями гепатита рекомендуют диету (стол №5).

4) Специфическая терапия не разработана. Проводят дезинтоксикационную терапию, десенсибилизирующее, симптоматическое и общеукрепляющее лечение, полоскания ротоглотки растворами антисептиков. 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).

5)Полоскание зева раствором фурациллина ,2 % раствором соды, растворами риванола, йодинола и другими антисептическими средствами.

**Прогноз** – благоприятный.

**Диспансерное наблюдение** в течении 6 месяцев и более с участием педиатра, инфекциониста, специалистов узких направлений (ЛОР, кардиолог, иммунолог, гематолог, онколог), с применением дополнительных клинико-лабораторных исследований (приведены в разделе диагностика + ЭЭГ, ЭКГ, МРТ и т.д). Также освобождение от физической культуры, ограждение от эмоциональных стрессов – соблюдение охранного режима около 6-7 месяцев. Следует всегда оставаться на чеку, т.к любая компрометация может вызвать запуск аутоиммунных реакций.

**Профилактика:** раннее выявление и изоляция больных . Специфическая профилактика не разработана. Противоэпидемические мероприятия в очаге не проводятся.