



Инфекционный мононуклеоз.

Презентация.

Инфекционный мононуклеоз

полиэтиологическое заболевание, вызываемое вирусами из семейства Herpesviridae, протекающее с лихорадкой, ангиной, полиаденитом, увеличением печени и селезенки, появлением атипичных мононуклеаров в периферической крови.

- Мононуклеоз, вызванный γ -герпетическим вирусом (вирус Эпштейн-Барра)
- Цитомегаловирусный мононуклеоз (цитомегаловирус)
- Инфекционный мононуклеоз другой этиологии



ВЭБ (герпесвирус человека IV типа, HHV4), семейство герпесвирусов, подсемейство гамма. Особенность ВЭБ – вызывать нарушение противовирусной защиты. ВЭБ-инфекция лежит в основе аутоиммунных процессов, играет роль в возникновении В-лимфом.



Эпидемиология.

Источник инфекции: больные бессимптомными и манифестными формами, вирусоносители.

Путь передачи – воздушно-капельный, «болезнь поцелуев». Гемотрансфузионный, половой путь, вертикальный путь.

Факторы передачи: слюзь из носоглотки, слюна, игрушки, посуда, белье, инфицированные продукты, чаще молочные.

Наиболее восприимчивы дети дошкольного возраста, в организованных детских коллективах. Сезонность весенняя.



По форме:

- Типичный
- Атипичный (стертые, бессимптомные, висцеральные формы)

Степень тяжести: легкая, средней тяжести, тяжелая.

Течение: неосложненное, осложненное.



Патогенез.

- **Входные ворота** – лимфоидные образования ротоглотки, где происходит размножение и дальнейшее гематогенное или лимфогенное распространение в периферические л/у, печень, селезенку.
- Воспалительные изменения в ротоглотке, гиперплазия лимфоидной ткани, гранулезный фарингит.
- Вирус в В-лимфоцитах, пролиферация их – атипичные мононуклеары.
- Присоединение бактериальной, грибковой инфекции.



Клиника инфекционного мононуклеоза

Инкубационный период 5-28-60 дней (в среднем 1 нед).

Начало болезни постепенное. Предварительное затруднение носового дыхания без экссудации, бледность и пастозность лица, храп во сне, потливость, утомляемость, шейная лимфоаденопатия.

Подъем температуры, **гранулематозный фарингит**, гипертрофия миндалин, периферическая лимфоаденопатия.

Самочувствие страдает умеренно. Задний ринит.

Выраженная **лимфоаденопатия**: кзади от грудино-ключично-сосцевидной мышцы. До 0,5-3 см, легкая болезненность, подвижные.

К к. 1-н.2 нед. на гипертрофированных миндалинах точечные или массивные наложения. **Синдром ангины** без выраженной боли, нарастания интоксикации, миндалины соприкасаются.

Абдоминальный синдром, **гепатоспленомегалия**. Паренхиматозный гепатит без нарушения пигментного обмена. Одутловатость лица, отечность век. Храп. Дыхание с открытым ртом.



Экзантема в 5-25% случаев. Мелкопятнисто-папулезный характер, на груди и спине одновременно. **Энантема** и **петехии** на слизистой рта.

Токсико-аллергические состояния при полипрагмазии, непереносимость аминопенициллинов и возможно всех β -лактамов – сливные эритематозно-уртикарные высыпания с ангионевротическим отеком. Суставной синдром, гипертермия, нарушение микроциркуляции.

Нередко тахикардия, тенденция к гипотонии.

Длительный астенический синдром 4-12 мес. С нарушением внимания, лимфоаденопатией, гепатоспленомегалией, кардиопатия.

Возможна активация хронических очагов инфекции.

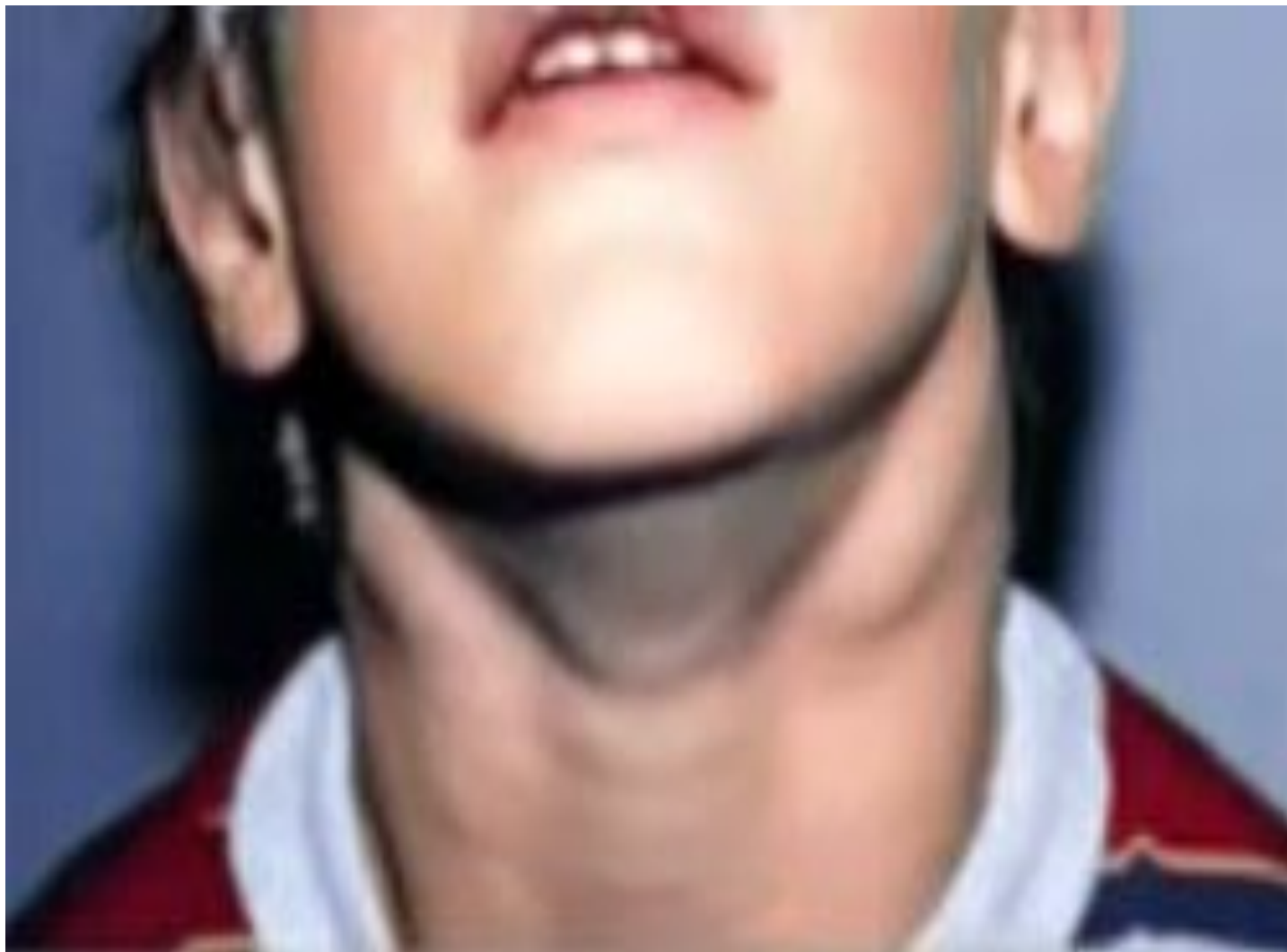


Диффдиагноз с ангинами.

- Нет гепатоспленомегалии.
- Нет атипичных мононуклеров в КАК.
- Нет экзантемы.
- Быстрый ответ на АБ терапию.



Полиаденопатия



Полиаденопатия



Изменения в ротоглотке



Изменения в ротоглотке



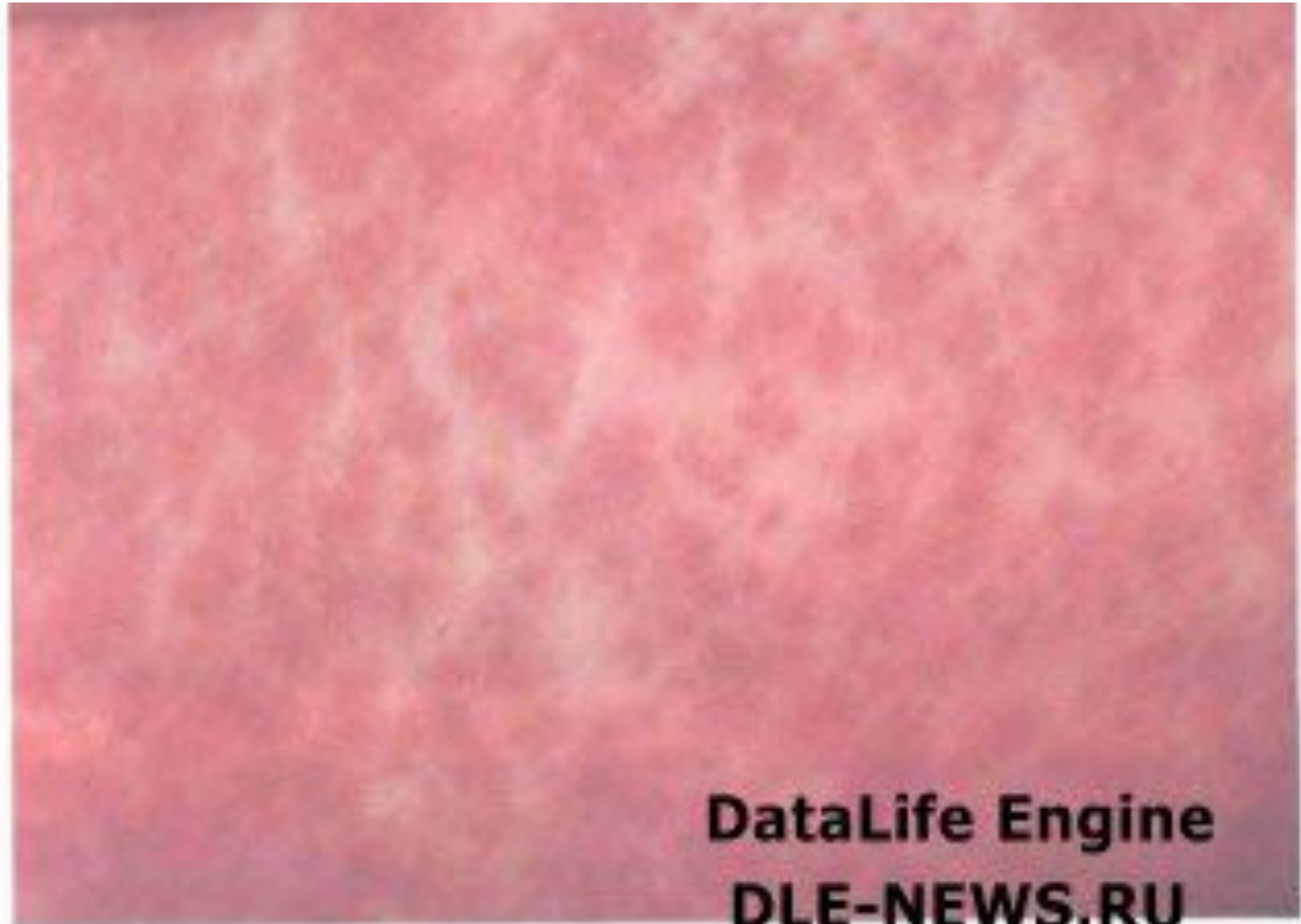
Изменения в ротоглотке



Сыпь



Сыпь



Увеличение селезенки



Лабораторно.

- **ОАК:** лейкоцитоз, тенденция к нейтропении. С течением болезни нарастание лейкоцитоза $9-20-50 \times 10^9/\text{л}$ за счет мононуклеаров (свыше 50-80%).
- **Биохимический анализ:** цитолиз легкой степени.
- Активация глюкокортикоидной функции. В 30% случаев снижение кортизола и гипотироксинемия.
- **ПЦР** кровь, носоглоточная слизь, моча, ликвор.
- **Выявление гетерофильных антител** Капсидный антиген-самый ранний.
- **ИФА:** специфические IgM и IgG к вирусам.



Лечение.

- Специфического лечения нет.
- Жаропонижающие средства (нурофен, парацетамол)
- Десенсибилизирующие
- Антисептики местно
- **АМПИЦИЛЛИН противопоказан!**
- Арбидол, анаферон. Изопринозин 50 мг/кг/сут в 3-4 приема.
- ГКС в тяжелых случаях 2-2,5 мг/кг/сут не более 5-7 дней (стеноз, резкая пролиферация с быстрым увеличением органов, аутоимунные осложнения).



Диспансерное наблюдение

- Мед. отвод от прививок на 6 мес.!
- «Д» учет 6 мес., педиатр, инфекционист.
- Дважды контроль на ВИЧ, контроль ОАК, функции печени.
- Ограничение физических нагрузок, инсоляций.
- Элькар, витаминно-минеральные комплексы.
- Повторные курсы интерферона 10 дней, далее 3 раза в нед. 1-2 мес.), изопринозина (по 10 дней)



- При неосложненном течении- прогноз благоприятный.
- При тяжелых осложнениях(разрыв селезенки, энцефалит)- прогноз серьезный.
- При наличии остаточных изменений периферической крови- диспансерное наблюдение в течение 6-12 месяцев.



Осложнения

- Аутоиммунная гемолитическая анемия
- Разрыв селезенки
- Неврологические осложнения: энцефалит, параличи черепных нервов, полиневрит, миелит, психоз.
- Гепатит
- Кардиологические осложнения: миокардит, перикардит
- Интерстициальная пневмония

Осложнения.

- Аутоиммунная гемолитическая анемия
- Разрыв селезенки
- Неврологические осложнения: энцефалит, параличи черепных нервов, полиневрит, миелит, психоз.
- Гепатит
- Кардиологические осложнения: миокардит, перикардит
- Интерстициальная пневмония

