

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого».

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Таранушенко Т.Е.

Проверил: к.м.н., доцент Педанова Е.А

Реферат на тему:

«Инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейна-Барр»

Выполнила: врач-ординатор

Козлова А.В.

Красноярск

2020

Содержание.

1. Введение.....	3
2. Определение, этиология.....	4
3. Классификация.....	5
4. Клиническая картина.....	6
5. Диагностические критерии.....	8
6. Дифференциальный диагноз.....	13
7. Лечение	13
8. Диспансерное наблюдение.....	16
9. Общий вывод.....	16
10. Список использованной литературы.....	18

Введение

Герпесвирусные инфекции широко распространены среди детей и взрослых. По данным ВОЗ до 90 % взрослого и детского населения планеты инфицировано герпесвирусами, причем у 50 % из них отмечают манифестное, рецидивирующее течение вызываемых ими заболеваний. Инфекционный мононуклеоз является наиболее характерным типичным клиническим проявлением герпесвирусных инфекций. В мире инфекционным мононуклеозом ежегодно заболевают от 16 до 800 лиц на 100 тыс. населения.

В России ежегодно регистрируют 40–80 случаев инфекционного мононуклеоза на 100 тыс. населения. Большинство клиницистов связывают инфекционный мононуклеоз с вирусом Эпштейна – Барр, хотя в настоящее время доказана роль цитомегаловируса (5-й тип) и вируса герпеса человека 6-го типа, а также вирусов простого герпеса 1-го, 2-го типов в этиологии заболевания. Установлена роль вируса Эпштейна – Барр в развитии злокачественных новообразований, аутоиммунных, неврологических заболеваний и синдрома хронической усталости. Показано, что после перенесённой инфекции новое поколение В-клеток содержит несколько генокопий вируса Эпштейна – Барр в латентной форме, в результате чего вирус может длительно персистировать в организме, вызывая иммунодефицитное состояние и повышая риск развития онкогематологических заболеваний. В крови у часто болеющих детей выявлена определённая концентрация цитомегаловируса и вируса Эпштейна – Барр. Вероятно, персистенция инфекции приводит к возникновению иммунной недостаточности, на фоне которой формируется частая заболеваемость. В последние годы доказана гепатотропность герпетических вирусов, которые могут вызывать различные поражения печени – от бессимптомного гепатита до гепатоцеллюлярной карциномы.

Инфекционным мононуклеозом преимущественно болеют дети: их доля в суммарной заболеваемости достигает 65–80 %. Исключение составляют дети первых 6–7 месяцев жизни, защищенные материнскими антителами.

Инфицированность вирусом Эпштейна-Барр составляет около 90% населения в возрасте старше 40 лет, 50% населения переносит инфекционный мононуклеоз в детском и подростковом возрасте. Первичное инфицирование может произойти в 2-3 месяца с развитием синдрома комплекса инфекционного мононуклеоза у детей в возрасте 6 месяцев. К концу первого года жизни антитела находят только у 17% детей. Со второго года жизни процент позитивных по ВЭБ постепенно, а после 3 лет резко возрастает. У лиц старше 12 лет заболевание встречается не более чем в 1% случаев. В 60%-80% случаев первичная ВЭБ инфекция характеризуется асимптомной сероконверсией инфицирования. У остальных 20%-30% инфицированных может развиваться клинически манифестный острый мононуклеоз. У детей первых двух лет жизни доля латентных форм достигает 90%, у детей с 2 до

10 лет она снижается до 30%-50%. У детей раннего возраста первичное инфицирование чаще характеризуется бессимптомным течением, чем развитием типичной картины инфекционного мононуклеоза. После первичного инфицирования ВЭБ, протекавшего в форме инфекционного мононуклеоза, в 15%-25 % случаев в дальнейшем отмечается хроническое или рецидивирующее течение инфекции.

Инфекционный мононуклеоз относится к антропонозным инфекциям.

Определение, этиология

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) (*Mononucleosis infectiosa*, болезнь Филатова, ангина моноцитарная, лимфобластоз доброкачественный) — острое полиэтиологическое заболевание, вызываемое преимущественно вирусами семейства *Herpesviridae* (вирус простого герпеса, вирус Эпштейна–Барр, цитомегаловирус, вирус герпеса человека 6-го и 7-го типов).

По международной классификации болезней 10-го пересмотра различают:

B27.0 – мононуклеоз, вызванный гамма-герпетическим Эпштейн – Барр вирусом (EBV);

B27.1 – цитомегаловирусный мононуклеоз;

B27.8 – инфекционный мононуклеоз другой этиологии;

B27.9 – инфекционный мононуклеоз неуточненный.

Источниками инфекции являются больные с типичными и атипичными формами ИМ, как с клинически выраженным, так и с клинически стертым вариантом течения заболевания, а также «здоровые» вирусоносители. Заражение происходит при тесном контакте, чаще всего при поцелуях мамы и ребенка, между детьми.

За последние несколько лет отмечается повышение заболеваемости ИМ, несмотря на не слишком высокую контагиозность возбудителей, что, вероятно, связано с активностью возбудителей.

Согласно данным некоторых исследований, этиология инфекционного мононуклеоза зависит от возраста.

Так, у детей первых 4 лет жизни чаще (37,2 %) определяется цитомегаловирусная этиология; у детей в возрасте от 4 до 7 лет чаще наблюдается Эпштейн – Барр вирусная инфекция (76,2 %) с манифестными формами заболевания с характерными клиническими симптомами и гематологическими изменениями (атипичные мононуклеары выявлены у 94,6 % пациентов); в старших возрастных группах достоверно чаще развивается микст-инфекция, тяжелая степень болезни,

чаще встречается поражение печени. Риск хронизации инфекции возникает с 4-летнего возраста и более характерен для подростков и взрослых.

Температура у больных мононуклеозом в течение первых 2–5 дней чаще бывает субфебрильной, а в период разгара поднимается выше 38 °С в 83 % случаев и держится на протяжении первых двух недель болезни, иногда – месяц. Увеличение лимфоузлов и ангина наиболее выражены в первые две недели, наблюдаются в 98–99,3 % и 80,7–96 % соответственно, гепатоспленомегалия – на второй-третьей неделе (41–100 %). Лимфоузлы увеличиваются симметрично, они болезненны, но подвижны, размеры их варьируются от мелкой горошины до грецкого ореха или куриного яйца. Чаще всего страдают заднешейные и затылочные лимфоузлы, но встречается и генерализованное увеличение.

В клинической картине часто лидирует ангина, при этом в 85 % случаев на миндалинах появляются различные наложения. Небные миндалины отечны, налеты могут быть беловато-желтоватого или грязно-серого цвета, легко снимаются, ткань миндалин после снятия налёта обычно не кровоточит. Гиперемия ротоглотки обычно умеренно выражена, боль в горле незначительная. У 5 % больных появляется пятнисто-папулезная или папулезная сыпь, обычно на туловище и руках. Инфекционный мононуклеоз в большинстве случаев длится 2–4 нед.

Классификация

-По типу:

- типичный;
- атипичный (бессимптомный, стертый, висцеральный).

-По тяжести:

- легкая форма;
- среднетяжелая форма;
- тяжелая форма

-По течению:

- острое (до 3 мес.);
- затяжное (3-6 мес.);
- хроническое (более 6 мес.);
- рецидивирующее (возврат клинических симптомов болезни через 1 месяц и более после перенесенного заболевания).

-Осложнения:

-ранние осложнения (1-3 недели болезни): разрыв селезенки, асфиксия, (вследствие фаринготонзиллярного отека), миокардит, интерстициальная пневмония, энцефалит, паралич черепных нервов, в том числе паралич Белла, менингоэнцефалит,

полиневрит, синдром Гийена-Барре;

-поздние осложнения (позже 3 недели болезни): гемолитическая анемия, тромбоцитопеническая пурпура, апластическая анемия, гепатит, синдром мальабсорбции и др., как следствие аутоиммунного процесса.

-Типичная форма характеризуется лихорадкой, поражением ротоглотки, лимфатических узлов, печени, селезенки и своеобразными изменениями состава крови (лимфоцитоз на фоне лейкоцитоза и атипичные мононуклеары в количестве 10% и более).

-Атипичные формы инфекционного мононуклеоза:

-стертая форма: протекает со слабо выраженными и быстро проходящими формами, симптомами или под маской острых респираторных заболеваний, диагностируется преимущественно в эпидемических очагах;

-бессимптомная форма: протекает с отсутствием клинических симптомов, диагностируется на основании обследования гематологическими, серологическими методами и методом эпидемиологического анализа;

-висцеральная форма: отличается тяжелым течением с полиорганным поражением, с вовлечением сердечно-сосудистой, центральной и периферической нервной систем, почек, надпочечников и других жизненно важных органов.

Клиническая картина

Инкубационный период составляет от 4 до 7 недель. Заболевание, как правило, начинается остро с появления симптомов интоксикации и повышения температуры тела до фебрильных цифр. Клинический симптомокомплекс формируется в течение 5-7 дней. Лимфопролиферативный синдром сочетает синдром поражения рото-, носоглотки (острый фарингит с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки, острый аденоидит, острый тонзиллит), синдром поражения лимфатических узлов (лимфаденопатия), синдром гепатоспленомегалии (спленомегалия, гепатомегалия).

1. Синдром поражения рото-, носоглотки. Одним из ранних проявлений лимфопролиферативного синдрома является фарингит с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки, которая проявляется затруднением носового дыхания, аденоидитом, храпом во сне. Тонзиллит является характерным симптомом инфекционного мононуклеоза и отражает проявление лимфопролиферативного синдрома. Характерна яркая гиперемия слизистой оболочки мягкого неба, гиперплазия лимфоидных фолликулов задней стенки глотки. Тонзиллит может быть катаральным, лакунарным или язвенно-некротическим и характеризуется

длительным (до 7-14 дней) сохранением налетов. В ряде случаев отмечают фибринозный характер налетов. Наличие гнойных, фибринозных, язвенно-некротических налетов на миндалинах, как правило, обусловлено вирусно-бактериальной микст-инфекцией. Гиперплазия миндалин достигает II-III степени у всех больных инфекционным мононуклеозом, при этом обструкция верхних дыхательных путей наблюдается редко и только при тяжелых формах заболевания. У 2/3 обследованных детей наряду с высевом того или иного микроба отмечают нарастание к ним титров антител, что свидетельствует о роли вирусно-бактериальных ассоциаций в этиологии острого тонзиллита при инфекционном мононуклеозе.

2. Синдром поражения лимфатических узлов. Характерный синдром для всех больных типичной формой инфекционного мононуклеоза, проявляется преимущественным увеличением передне- и заднешейных лимфоузлов. Часто регистрируют генерализованную лимфаденопатию с вовлечением в патологический процесс 5-6 групп лимфатических узлов. При тяжелой форме инфекционного мононуклеоза увеличиваются бронхиальные и мезентериальные лимфоузлы. Узлы множественные, подвижные, кожные покровы над ними не изменены, при пальпации плотные, часто в виде «пакетов», безболезненные или умеренно болезненные. «Пакеты» лимфатических узлов редко регистрируют у детей раннего возраста (до 4-х лет). Отека подкожной клетчатки вокруг лимфоузлов не наблюдается, но у 25% детей определяется пастозность тканей. Выраженная шейная лимфаденопатия может сопровождаться лимфостазом, что проявляется одутловатостью лица, пастозностью век.

3. Синдром гепатоспленомегалии. У больных острым инфекционным мононуклеозом спленомегалия развивается в половине случаев со второй недели заболевания, сохраняется длительно. Гепатомегалия встречается у большинства больных.

4. Синдром цитолиза печеночных клеток и нарушения пигментного (билирубинового) обмена печени. Поражение печени может сопровождаться цитолитическим синдромом с развитием гиперферментемии (повышение аланинаминотрансминазы, аспартатаминотрансминазы), однако уровень ее редко превышает показатели «нормы» более чем в 10 раз. Нарушение пигментного (билирубинового) обмена печени, клинически проявляющееся желтухой, встречается крайне редко и характеризуется кратковременностью. Клинические и биохимические маркеры холестаза выражены незначительно, и их чаще регистрируют у детей старшего возраста с предшествующим поражением

желчевыводящих путей паразитарной (лямблиоз кишечника) или инфекционной (вирусные гепатиты) патологией.

5. Синдром экзантемы. Экзантема при инфекционном мононуклеозе регистрируется у 10-18% больных. Сыпь преимущественно пятнисто-папулезная, реже геморрагическая с локализацией на лице, туловище, конечностях, чаще проксимальных отделов, яркая, обильная, местами сливная. Возможен кожный зуд, отечность лица. Чаще экзантема появляется на 5-10 день болезни. Продолжительность высыпаний составляет примерно неделю. В 40-80% случаев развитие экзантемы связывают с предшествующим применением препаратов ампициллина или амоксициллина. Обратное развитие происходит постепенно, возможно шелушение. В большинстве случаев все характерные для инфекционного мононуклеоза симптомы исчезают или подвергаются значительному обратному развитию к 3-4 неделе болезни.

Диагностические критерии

Жалобы:

- боль в горле;
- повышение температуры (субфебрильная или фебрильная, до 2-4 недель, иногда больше);
- слабость;
- головная боль;
- потливость;
- утомляемость (синдром «хронической усталости»);
- увеличение лимфоузлов;
- затрудненное носовое дыхание;
- боли в суставах, мышцах;
- сыпь.

Анамнез: • острое/подострое начало. Эпидемиологические факторы: • наличие в окружении больного, лиц с подобным заболеванием, или с подтвержденным диагнозом «Инфекционный мононуклеоз»;

• анализ степени контакта с лицами с подобными заболеваниями с учетом состоявшегося механизма и пути передачи инфекции:

Воздушно-капельный, Контактно-бытовой, Парентеральный.

Провоцирующие факторы:

- психоэмоциональные стрессы

• неблагоприятное воздействие окружающей среды (повышенная инсоляция, резкая смена температурного режима, переохлаждение и др.) Предрасполагающие факторы:

- иммуносупрессия;
- интеркуррентные заболевания (инфекции, оперативные вмешательства).

Физикальное обследование:

- лихорадка;
- увеличение лимфоузлов (симметричное), преимущественно передне- и/или заднешейных(симптом «бычьей шеи»), подмышечных и паховых;
- ангина;
- спленомегалия;
- гепатомегалия;
- аденоидит;
- сыпь, чаще пятнисто-папулезного характера (у 10% больных, а при лечении ампициллином – у 80%);
- периорбитальный отек;
- высыпания на небе;
- лабиальный/половой герпес.

Критерии оценки степени тяжести заболевания по клиническим признакам

Выраженность и длительность интоксикации

Выраженность и продолжительность лихорадки

Характер воспалительных изменений в рото- и носоглотке

Степень гипертрофии небных миндалин, носоглоточной миндалины

Степень увеличения лимфатических узлов

Степень увеличения печени, селезенки

Экзантема

Лейкоцитоз

Повышение трансаминаз (АЛТ, АСТ)

Билирубин

Атипичных мононуклеары, %

ЯИИ (ядерный индекс интоксикации) =Мц +Ю +П

Обратное развитие симптомов

Осложнения

Выделение ВЭБ из слюны не имеет диагностической ценности.

Нахождение антител в крови к ВЭБ, несет диагностический смысл.

Антитела к ВЭБ-это иммуноглобулины классов М G. IgM- ранние, появляются на 10-14 день от начала заболевания, IgG-поздние, появляются на 20-30 день и сохраняются всю жизнь. Для того, чтобы разобраться в анализах на антитела, надо знать основные антигены у ВЭБ. Их три вида: ранний антиген EA, ядерный антиген EBNA, капсидный VCA.

Антитела к VCA: IgM-VCA появляются с симптомами ВЭБ-инфекции, сохраняются 2-3 месяца. Повторное повышение IgM- VCA может быть при реинфекции. Высокий IgG-VCA 2-4 неделя, и остается на всю жизнь.

Антитела к EBNA: IgG- EBNA появляются на 2-4 месяце и сохраняются всю жизнь.

Антитела к EA: Высокий IgM-EA до появления симптомов. Максимум IgG-EA на 3-4-й неделе, исчезают через 2-6 месяцев.

Лабораторные исследования:

ОАК	лейкопения/умеренный лейкоцитоз (12-25x10 ⁹ /л); лимфоцитоз до 70-80%; нейтропения; увеличение СОЭ до 20-30 мм/ч; атипичные мононуклеары (отсутствие или увеличение от 10 до 50%).
Серологический (ИФА с определением показателя индекса авидности)	обнаружение специфических антител IgM VCA к ВЭБ и IgG VCA, IgG EA, IgG-EBNA к ВЭБ с определением показателя индекса авидности

Дополнительные лабораторные исследования:

Молекулярно-генетический метод (ПЦР)	обнаружение в крови ДНК вируса Эпштейна-Барр.
Биохимический анализ крови (при гепатомегалии и желтухе)	определение концентрации билирубина и АЛАТ в крови: умеренная гиперферментемия, гипербилирубинемия.
Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	для идентификации бактериальной этиологии острого тонзиллита.

Критерии лабораторного подтверждения диагноза:

Признак	Критерии
---------	----------

Атипичные мононуклеары	Выявление атипичных мононуклеаров в периферической крови более 10% (со 2-3 недели болезни)
Лимфоцитоз	Выявление лимфоцитоза в периферической крови
IgM VCA VCA, IgG-EBNA вируса Эпштейна- Барр	В острый период: IgM VCA с момента развития клинических признаков болезни и следующие 4-6 недель присутствуют и снижаются, IgG EA с первой недели болезни нарастают до нескольких лет после нее, персистируют на невысоком уровне, IgG VCA обнаруживаются через несколько недель после появления IgM VCA, нарастают, персистируют пожизненно на высоком уровне, IgG-EBNA-1, 2- отсутствуют или имеются в небольшом количестве. В период реконвалесценции: IgM VCA отсутствуют или имеются в малом количестве, IgG EA персистируют пожизненно на невысоком уровне, IgG VCA персистируют пожизненно IgG EBNA несколько недель после появления клинических признаков и персистируют обнаруживаются через пожизненно на невысоком уровне
Определение показателя индекса avidности	Обнаружение IgG с низкой avidностью при наличии или отсутствии IgM свидетельствует о первичной (недавней) инфекции. Присутствие высокоавидных антител IgG указывает на период реконвалесценции
ДНК вируса Эпштейна-Барр в крови и слюне	Выявление ДНК вируса методом ПЦР в крови (через 1-2 недели после появления клинических симптомов), слюне.

Инструментальные исследования

-УЗИ органов брюшной полости (комплексное) пациенты с клиническими симптомами инфекционного мононуклеоза в острый период для уточнения размеров увеличения печен, селезенки, лимфотических узлов и оценки их структуры.

-Электрокардиограмма (ЭКГ) пациенты с проявлением острого тонзиллита с налетами при инфекционном мононуклеозе в острый период с аускультативными изменениями в сердце для уточнения нарушения функции проведения и трофики ткани сердца.

-Рентгенограмма органов грудной клетки пациенты с катаральными проявлениями в острый период инфекционного мононуклеоза или их появлением на фоне проводимой терапии, аускультативные изменения в легких, при подозрении на пневмонию.

-УЗИ сердца (эхокардиография) пациенты с проявлением острого тонзиллита с налетами при инфекционном мононуклеозе в острый период, аускультативными изменениями в сердце для уточнения поражения миокарда.

-Нейросонография пациенты с клиническими симптомами инфекционного мононуклеоза и наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии.

-Электроэнцефалография (ЭЭГ) пациенты с клиническими симптомами инфекционного мононуклеоза при наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог.

-Рентгенограмма придаточных пазух

Показания для консультации специалистов:

-консультация оториноларинголога: при аденоидите, формировании паратонзиллярного абсцесса, воспалительных процессах со стороны придаточных пазух носа;

-консультация гематолога: при прогрессировании гематологических сдвигов;

-консультация хирурга: при выраженном абдоминальном болевом синдроме.

Дифференциальный диагноз

Аденовирусная инфекция, Корь, ЦМВИ (мононуклеозоподобная форма), ВИЧ (мононуклеозоподобный синдром), Острый тонзиллит, Дифтерия ротоглотки, локализованная, токсическая, Вирусный гепатит, Доброкачественный лимфоретикулез, Лимфогранулематоз.

Лечение

Немедикаментозное лечение:

Режим: полупостельный (в течение всего периода лихорадки); соблюдение гигиены больного: уход за слизистыми оболочками полости рта, глаз, туалет носа; Диета: стол №13 (дробное теплое питье, молочно-растительная диета).

Медикаментозное лечение:

- все принципы лечения ОРВИ.

-для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5°C назначается парацетамол 10-15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот;

-при гнойном тонзиллите стафилококковой или стрептококковой этиологии (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*) – азитромицин первый день 10 мг/кг

1 раз/сут внутрь, затем 5 мг/кг 1 раз/сут в течение четырех дней или кларитромицин внутрь 7,5 мг/кг 2 раза/сут в течение 7 дней.

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, использующихся при лечении инфекционного мононуклеоза:

-Меглюмина акридонacetат: Показания клинические проявления инфекционного мононуклеоза. Противопоказан детям до 4 лет, беременным, кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату.

-Тилорон: Показания клинические проявления инфекционного мононуклеоза. Противопоказан детям до 7 лет, беременным, кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату.

-Анаферон: Показания клинические проявления инфекционного мононуклеоза. Противопоказан детям до 1 месяца, при повышенной чувствительности к препарату.

-Иммуноглобулины, нормальные человеческие (J06BA) Иммуноглобулин человека нормальный. При лечении тяжелых вирусных инфекций.

-Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (J05AB) Ацикловир При тяжелых формах заболевания.

-Производные пропионовой кислоты (M01AE) Ибупрофен При повышении температуры более 38,0°C.

-Анилиды (N02BE) Парацетамол При повышении температуры более 38,0°C.

Производные уксусной кислоты и Диклофенак При повышении температуры более 38,0°C, болевом синдроме.

-Производные триазола (J02AC) Флуконазол При сопутствующей грибковой инфекции.

-Антибиотики (J02AA) Нистатин При сопутствующей грибковой инфекции.

-Другие аминогликозиды (J01GB) Амикацин При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики.

-Макролиды (J01FA) Азитромицин При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики.

-Кларитромицин При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики.

-Цефалоспорины 3-го поколения (J01DD) Цефотаксим При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики.

-Цефтриаксон При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики.

-Цефалоспорины 4-го поколения (J01DE) Цефепим При тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики, отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп.

-Антибиотики гликопептидной структуры (J01XA) Ванкомицин При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики, отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп.

-Карбапенемы (J01DH) Меропенем При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики, отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп

-Глюкокортикоиды (H02AB) Преднизолон При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, с выраженными проявлениями лекарственной аллергии, при угрожающем назофарингеальном отеке.

-Дексаметазон При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, с выраженными проявлениями лекарственной аллергии, при угрожающем назофарингеальном отеке, отеке головного мозга, неврологических осложнениях.

-Растворы, влияющие на водноэлектролитный баланс (B05BB) Калия хлорид + Кальция хлорид + Магния хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид С целью дезинтоксикации.

-Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид С целью дезинтоксикации.

-Меглюмина натрия сукцинат. С целью дезинтоксикации.

-Натрия хлорида раствор сложный (Калия хлорид + Кальция хлорид + Натрия хлорид) с целью дезинтоксикации.

-Другие ирригационные растворы (B05CX) Декстроза С целью дезинтоксикации.

-Растворы электролитов (B05XA) Натрия хлорид Восполнение электролитных нарушений.

-Калия хлорид Восполнение электролитных нарушений.

-Адреномиметики (R01AA) Ксилометазолин При выраженном затруднении носового дыхания.

-Противодиарейные микроорганизмы (A07FA) Бифидобактерин бифидум + Кишечные палочки при нарушении дисбиоза кишечника с развитием диспепсических проявлений.

-Адсорбирующи Сметтит При нарушении дисбиоза кишечника, кишечные препараты (A07BC) диоктаэдрический развитием диспепсических проявлений.

-Муколитически е препараты (R05CB) Ацетилцистеин При наличии катарального синдрома.

-Прочие средства системного действия для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (R03DX) Фенспирид При наличии катарального синдрома.

-Селективные бета2- адреномиметик и (R03AC) Сальбутамол При наличии бронхообструктивного синдрома.

-Производные бензодиазепина (N05BA) Диазепам При наличии судорожного синдрома.

-Сульфонамиды (C03CA) Фуросемид С целью нормализации диуреза.

-Другие системные гемостатики (B02BX) Этамзилат При развитии кровоточивости, кровотечений.

Диспансерное наблюдение

Врач-педиатр 1 раз в 3 месяца, врач инфекционист по показаниям.

Клинический анализ крови 1 раз в 3 мес. АлАТ 1 раз в 3 мес. Ф50 через 3 и 6 мес. от начала заболевания

УЗИ органов брюшной полости по показаниям

ИФА крови IgMVCA, IgGEA, IgGVCA, IgGNA ВЭБ по показаниям

ПЦР крови на ДНК ВЭБ по показаниям

Медицинский отвод от вакцинации 3 мес. при легкой и среднетяжелой форме; 6 мес. – при тяжелой форме.

Медицинский отвод от занятий физической культурой 3 мес.

Ограничение инсоляции до 12 мес.

Общий вывод

Инфекционным мононуклеозом чаще болеют дети дошкольного возраста ($44 \pm 17,5$ %). Основным этиологическим фактором является вирус Эпштейна – Барр. Тяжесть заболевания средней и тяжёлой степени встречается в $44 \pm 17,5$ % и $56 \pm 17,5$ % соответственно. Наиболее частыми жалобами являются повышение

температуры, причём у большинства больных ($75 \pm 15,3 \%$) до фебрильного уровня, и затруднение носового дыхания ($47 \pm 17,6 \%$). Заболевание в абсолютном большинстве случаев ($81 - 100 \%$) характеризуется тонзиллитом с различными наложениями на миндалинах, лимфаденопатией, гепатоспленомегалией, почти у половины детей ($47 \pm 17,6 \%$) развивается гепатит.

Первичная манифестация инфекции- чаще в возрасте от 3 до 7 лет; доля часто болеющих детей — 20% ; иммунный ответ преимущественно по клеточному типу; клинические проявления выраженные и непродолжительные; аутоенсибилизация незначительная и непродолжительная; рецидивы инфекции в течение первого года — 14% ; исход в хроническую инфекцию — 5% .

Реактивация- латентный вариант первичной инфекции чаще у детей от 1 до 3 лет; доля часто болеющих детей — 48% ; иммунный ответ со смещением в сторону гуморального типа; клинические проявления менее выражены и продолжительные; аутоенсибилизация выраженная и продолжительная; рецидивы инфекции в течение первого года — 25% ; исход в хроническую инфекцию — 19% .

Особенности иммунного ответа- в остром периоде: после кратковременной пролиферации В-лимфоцитов происходит переключение на пролиферацию Т-лимфоцитов при массивном лизисе инфицированных В-клеток; формируется дисбаланс Th1/Th2; гиперпродукция иммуноглобулинов различных классов IgA, IgG, IgM, IgE и повышение концентрации ЦИКов; разработаны иммунологические маркеры прогноза исходов ИМ по цитокиновому профилю.

Однако роль ВЭБ в характере иммунологических нарушений при смешанной и комбинированной инфекциях до сих пор не определена. Нет определенного ответа, какие способности проявляет ВЭБ при взаимодействии — доминирующие, интерферирующие либо полярирующие.

Список использованной литературы

- 1) <https://health-kz.com/> Клинические рекомендации по лечению инфекционного мононуклеоза. Т.А. Чеботарева. Г. Москва, 2015 г.
- 2) <https://cyberleninka.ru/> Современные подходы к диагностике и лечению инфекционного мононуклеоза Эпштейна-Барр-вирусной этиологии. Е.Б. Наговицына. 2015 г.
- 3) <https://cyberleninka.ru/> Инфекционный мононуклеоз, обусловленный вирусом Эпштейна-Барр: клиничко-патогенетические аспекты. Н.Ф. Дроздова. 2018 г.
- 4) <https://diseases.medelement.com/> Инфекционный мононуклеоз у детей. Клинические протоколы МЗ РК- 2017 г.
- 5) Клиничко-лабораторные критерии тяжести и принципы терапии острого инфекционного мононуклеоза Эпштейна-Барр вирусной этиологии у детей. В.Н. Тимченко, С.Л. Баннова. ПЕДИАТР том VI №4 2015 г.
- 6) <https://www.eskulap.top/> Инфекционный мононуклеоз (вирус Эпштейн Барр): симптомы, диагностика, лечение. Инфекционные болезни.
- 7) Критерии оценки степени тяжести инфекционного мононуклеоза у детей. Детские инфекции. Г. Томск. О. А. Попова, З. А. Хохлова. 2019 г.