

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Син.: ангина моноцитарная, лимфобластоз доброкачественный.

Инфекционный мононуклеоз (mononucleosis infectiosa) - острое вирусное заболевание, характеризующееся лихорадкой, поражением зева, лимфатических узлов, печени, селезенки и своеобразными изменениями гемограммы.

Исторические сведения. Н. Ф. Филатов в 1885 г. первым обратил внимание на лихорадочное заболевание с увеличением лимфатических узлов и назвал его идиопатическим воспалением лимфатических желез. Описанное Н. Ф. Филатовым заболевание долгие годы носило его имя - болезнь Филатова. В 1889 г. немецкий ученый Е. Пфейффер описал аналогичную клиническую картину заболевания, определив его как железистую лихорадку с развитием у больных лимфополиаденита и поражения зева.

С введением в практику гематологических исследований изучены изменения гемограммы при этом заболевании [Бернс Й., 1909; Тайди Г. и соавт., 1923; Шварц Е., 1929, и др.]. В 1964 г. М. А. Эпштейн и Дж. М. Барр из клеток лимфомы Беркитта выделили герпесоподобный вирус, который затем с большим постоянством обнаруживали при инфекционном мононуклеозе. Большой вклад в изучение патогенеза и клиники, разработку лечения больных инфекционным мононуклеозом принадлежит советским ученым И. А. Кассирскому, Н. И. Нисевич, Н. М. Чирешкиной.

Этиология. Вирусная природа инфекционного мононуклеоза наиболее достоверна. Большинство авторов признают этиологическую роль вируса Эпштейна-Барр, который относится к ДНК-содержащим лимфопролиферативным вирусам семейства Herpesviridae. Особенностью его является способность реплицироваться только в В-лимфоцитах приматов, не вызывая при этом лизиса пораженных клеток, в отличие от других вирусов герпетической группы, которые репродуцируются в культурах многих клеток, лизируя их. Возбудитель способен персистировать в культуре клеток и интегрировать в определенных условиях с ДНК клетки хозяина. До настоящего времени не получили объяснения причины обнаружения вируса Эпштейна-Барр не только при инфекционном мононуклеозе, но и при многих лимфопролиферативных заболеваниях (лимфома Беркитта, карцинома носоглотки, лимфогранулематоз), а также наличие антител к этому вирусу в крови больных системной красной волчанкой, саркоидозом.

Эпидемиология. Источником инфекции являются больной человек и вирусоноситель. От больного человека к здоровому возбудитель передается воздушно-капельным путем. Допускается возможность контактного, алиментарного и трансфузионного пути распространения инфекции, что на практике реализуется редко. Заболевание отличается низкой контагиозностью. Заражению способствуют скученность и тесное общение больных и здоровых людей.

Инфекционный мононуклеоз регистрируется преимущественно у детей и лиц молодого возраста; после 35-40 лет встречается как исключение. Заболевание выявляется повсеместно в виде спорадических случаев с максимумом заболеваемости в холодное время года. Возможны семейные и локальные групповые вспышки инфекционного мононуклеоза.

Патогенез и патологическая анатомия. Возбудитель проникает в организм через слизистые оболочки ротоглотки и верхних дыхательных путей. В месте внедрения возбудителя наблюдаются гиперемия и отечность слизистых оболочек.

В патогенезе инфекционного мононуклеоза выделяют 5 фаз:

- 1) внедрение возбудителя;
- 2) лимфогенный занос вируса в регионарные лимфатические узлы и их гиперплазия;
- 3) вирусемия с рассеиванием возбудителя и системной реакцией лимфоидной ткани;
- 4) инфекционно-аллергическая;
- 5) выздоровление с развитием иммунитета.

В основе патологоанатомических изменений при инфекционном мононуклеозе лежит пролиферация элементов СМФ, диффузная или очаговая инфильтрация тканей атипичными мононуклеарами. Реже при гистологическом исследовании выявляются очаговые некрозы в печени, селезенке, почках. Иммуитет после перенесенного заболевания стойкий.

Клиническая картина. Инкубационный период составляет 5-12 дней, иногда до 30-45 дней. В некоторых случаях заболевание начинается с продромального периода продолжительностью 2-3 дня, когда наблюдаются повышенная утомляемость, слабость, понижение аппетита, мышечные боли, сухой кашель. Обычно же начало болезни острое, отмечаются высокая температура, головная боль, недомогание, потливость, боли в горле.

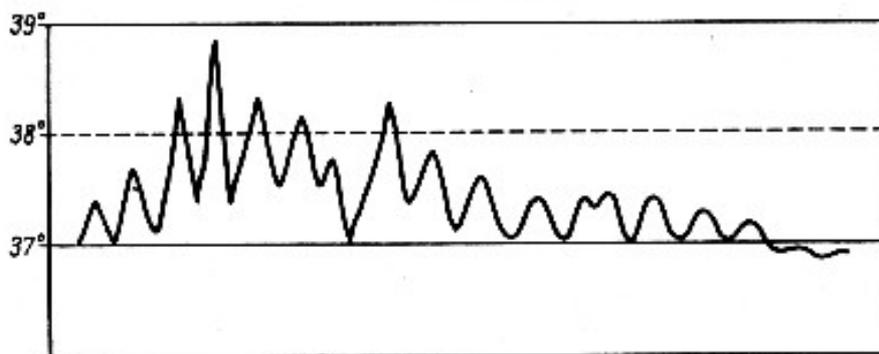
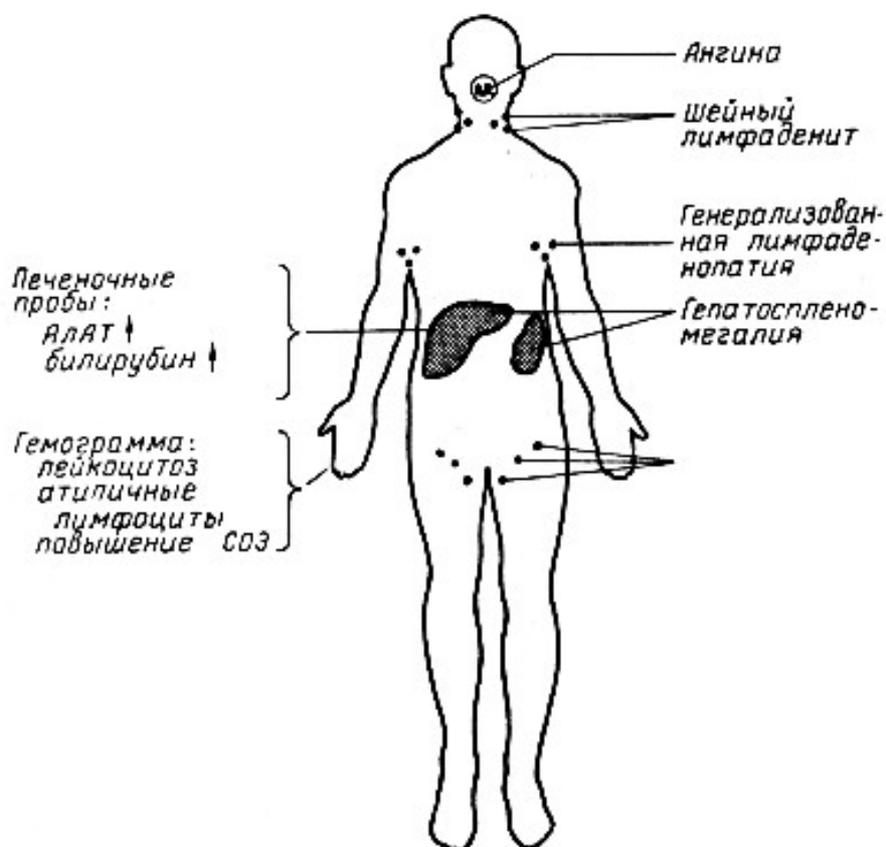


Рис. 29. Инфекционный мононуклеоз; основные проявления (схема).

Кардинальными признаками инфекционного мононуклеоза являются: лихорадка, гиперплазия лимфатических узлов, поражение зева, увеличение печени, селезенки (рис. 29).

Лихорадка чаще неправильного или ремиттирующего типа, возможны и другие варианты. Температура тела повышается до 38-39 °С, у некоторых больных заболевание протекает при субфебрильной или нормальной температуре. Продолжительность лихорадочного периода колеблется от 4 дней до 1 мес и более.

Лимфаденопатия (вирусный лимфаденит) - наиболее постоянный симптом заболевания. Раньше других и наиболее отчетливо увеличиваются лимфатические узлы, находящиеся под углом нижней челюсти, за ухом и сосцевидным отростком (т. е. по заднему краю грудиноключично-сосцевидной мышцы), шейные и затылочные лимфатические узлы. Обычно они увеличены с обеих сторон, но встречаются и односторонние поражения (чаще слева). С меньшим постоянством в процесс вовлекаются подмышечные, паховые, локтевые, медиастинальные и мезентериальные лимфатические узлы. Они увеличиваются до 1-3 см в диаметре, плоховатой консистенции, мало болезненны при пальпации, не спаяны между собой и подлежащими тканями. Обратное развитие лимфатических узлов наблюдается к 15-20-му дню болезни, однако некоторая припухлость и болезненность могут держаться длительное время. Иногда вокруг лимфатических узлов отмечается небольшая отечность тканей, кожа над ними не изменена.

С первых дней заболевания, реже в более поздние сроки, развивается характерный признак инфекционного мононуклеоза - *поражение зева* (преимущественно миндалин). Ангина может быть катаральной, фолликулярной, лакунарной, язвенно-некротической с образованием в ряде случаев фибриновых пленок, напоминающих дифтерийные. При осмотре зева видны умеренная гиперемия и отечность миндалин, язычка, задней стенки глотки, на миндалинах в большинстве случаев выявляются различные по величине беловато-желтоватые, рыхлые, шероховатые легко снимающиеся налеты. Нередко в процесс вовлекается носоглоточная миндалина, в связи с чем у больных появляются затруднение носового дыхания, гнусавость, храп во сне.

Гепато- и спленомегалия - закономерные проявления болезни. Печень и селезенка выступают из-под края реберной дуги на 2 - 3 см, но могут увеличиваться и более значительно. У части больных отмечаются признаки нарушения функций печени: легкая иктеричность кожи и склер, небольшое повышение активности aminотрансфераз, билирубина, тимоловой пробы, щелочной фосфатазы. Нормализация размеров печени и селезенки наступает спустя 2-6 нед.

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

При инфекционном мононуклеозе наблюдаются характерные изменения гемограммы. В разгар заболевания появляются умеренный лейкоцитоз ($9 - 25 \cdot 10^9 / л$), относительная нейтропения с более или менее выраженным палочкоядерным сдвигом, встречаются и миелоциты. Значительно увеличивается содержание лимфоцитов и моноцитов. Особенно характерно появление в крови атипичных мононуклеаров (до 10-70%) - одноядерных клеток среднего и крупного размера с резко базофильной широкой протоплазмой и разнообразной конфигурацией ядра. СОЭ нормальная или несколько повышенная. Атипичные клетки крови обычно появляются на 2 - 3-й день болезни и сохраняются 3 - 4 нед, иногда несколько месяцев.

Единой классификации клинических форм инфекционного мононуклеоза нет. Заболевание может протекать как в типичной, так и в атипичной формах. Последняя характеризуется отсутствием или, напротив, чрезмерной выраженностью какого-либо из основных симптомов инфекции. В зависимости от тяжести клинических проявлений различают легкую, средней тяжести и тяжелую формы болезни.

Осложнения встречаются редко. Наибольшее значение среди них имеют отиты, паратонзиллиты, синуситы, пневмония. В единичных случаях встречаются разрывы селезенки, острая печеночная недостаточность, острая гемолитическая анемия, миокардит, менингоэнцефалит, неврит, полирадикулоневрит.

Прогноз, как правило, благоприятный.

Диагностика. Клиническая диагностика инфекционного мононуклеоза основывается на совокупности характерных признаков заболевания - лихорадки, поражения зева, лимфаденопатии, гепатоспленомегалии и данных клинического анализа крови.

Из серологических методов исследования применяют различные модификации реакции гетероагглютинации. Среди них наиболее распространены: реакция Пауля-Буннеля, выявляющая антитела к эритроцитам барана (диагностический титр 1:32 и выше), реакция Ловрика-Вольнера с эритроцитами барана, обработанными папаином, и самая простая и информативная реакция Гоффа-Бауера с формализированными или свежими эритроцитами лошади, которая дает 90% положительных результатов у больных инфекционным мононуклеозом. Используется также гемолизиновый тест, основанный на повышении в сыворотке крови больных содержания противобычьих гемолизинов.

Инфекционный мононуклеоз дифференцируют от ангина, дифтерии, краснухи, острых респираторных заболеваний (аденовирусная инфекция), псевдотуберкулеза, туляремии, листериоза, вирусного гепатита, острого лейкоза, лимфогранулематоза.

Лечение. Специфическая терапия инфекционного мононуклеоза не разработана. Проводится десенсибилизирующее, симптоматическое и общеукрепляющее лечение, включающее введение витаминов С, Р и группы В. Антибиотики при неосложненном течении инфекции не показаны и назначаются только в случае присоединения вторичной флоры. При тяжелом течении инфекционного мононуклеоза используют глюкокортикоиды коротким курсом (7-8 дней по 1-1,5 мг на 1 кг массы тела в сутки), проводят дезинтоксикационную терапию. Во всех случаях необходимо полоскание горла растворами йодиола, фурацилина и других антисептиков, согревающие компрессы на шею.

Профилактика. Госпитализация больных осуществляется по клиническим показаниям. Наблюдение за контактными людьми не устанавливается, дезинфекционные мероприятия не проводятся. Специфическая профилактика не разработана.

Источник: Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 560 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).