

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

Р.Н. Манкевич

*Кафедра детских инфекционных болезней
УО «Белорусский государственный
медицинский университет»*

А.П. Кудин

*УЗ «Городская детская инфекционная
клиническая больница» г. Минск*

Инфекционный мононуклеоз

Актуальность

- ▶ *повсеместное распространение*
- ▶ *рост заболеваемости среди детского населения*
- ▶ *разнообразии клинической симптоматики*
- ▶ *трудности клинической диагностики из-за сходства проявлений с другими инфекционными заболеваниями*
- ▶ *неоднозначность проводимой терапии*

Характеристика ВЭБ

- ▶ *Тропизм: В-лимфоциты (СД-21). Кроме того - моноциты/макрофаги, Т-лимфоциты, НК-клетки, нейтрофилы, эпителий носоглотки*
- ▶ *Содержит двухспиральную ДНК.*
- ▶ *Кодируется – около 100 антигенов. Из них:*
 - *вирусный капсидный антиген (EB-VCA)*
 - *ранний поверхностный антиген (EB-EA)*
 - *ядерный антиген (EB-NA)*

Механизмы действия ВЭБ на иммунную систему

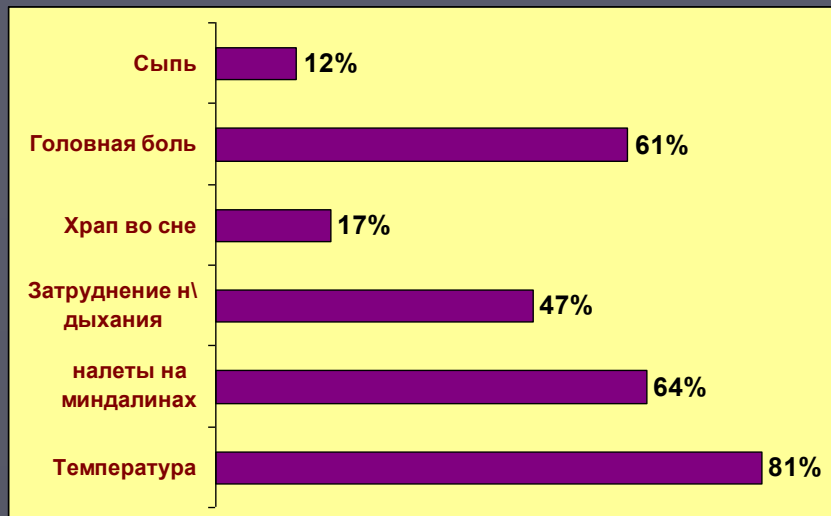
1. ВЭБ предохраняет от апоптоза инфицированные им В-лимфоциты,
2. усиливает апоптоз Т-лимфоцитов и нейтрофилов → персистенция вируса в В-лимфоцитах → лимфопролиферация и злокачественная трансформация лимфоидной ткани,
3. ВЭБ продуцирует ИЛ-10-подобный белок,
4. вирусный белок (В 13) подавляет действие ИЛ-12
5. суперантиген

вирус не обладает цитопатогенным действием, а, наоборот, защищает инфицированные клетки от действия факторов иммунитета



В основе заболевания – иммунопатологический процесс, а не прямое действие вируса !!!

Клиника инфекционного мононуклеоза



- ▶ **температура** 38 - 39,5 °С (от 5 дней до 4 недель)
- ▶ **интоксикация**
- ▶ **полилимфаденопатия** (чаще 10 - 14 дн., до 2 - 3 мес.)
- ▶ **аденоидит** (заложенность носа без насморка)
- ▶ **ТОНЗИЛЛИТ** (с 3 - 4 дня до 6-10 дней)
- ▶ **гепатоспленомегалия** (к 4 - 10-му дню до 3 - 6 мес.)
- ▶ **сыпь** (обычно на а\биотики)

- Переднейшейные – 62 %
- Заднейшейные – 57 %
- Среднейшейные – 13 %

Лечение ИМ

- ▶ При легком течении – **симптоматическое**
- ▶ При средне-тяжелом течении – **НПВС**
(ибупрофен 15 - 30 мг/кг/сут, курс 5 - 10 дней)
- ▶ Через 3-4 нед – вторичный иммунодефицит → возможно назначение **иммуномодуляторов** (гроприносин или др.)

Не показано назначение:

- ▶ **противовирусных препаратов** – в острый период
- ▶ **Н1-блокаторов** (в т.ч. при «ампициллиновой сыпи»)
- ▶ **витаминов**
- ▶ **гепатопротекторов**
- ▶ **назальной сосудосуживающей терапии**
- ▶ **активной местной антисептической терапии**
- ▶ **антибактериальных средств** (особенно – аминопенициллинов)

АБ только по строгим показаниям:

при длительном пленчатом тонзиллите (обычно ассоциирован с ростом сапрофитной анаэробной флоры) – метронидазол, реже - цефалоспорины, линкосамиды, макролиды.

Возможно применение флуконазола.

Показания для ГКС-терапии:

- ▶ обструкция дыхательных путей,
- ▶ цитопении (гиперспленизм),
- ▶ энцефалит,
- ▶ ведущим является иммунопатологический синдром (напр. – ССВО + артрит)

**преднизолон 1 - 2 мг/кг/сут внутрь,
курс 7-14 дней**

При неэффективности –

**внутривенный Ig (1 г/кг) 1 р/день
в течение 1-3 дней**