

Профилактика инфекционного мононуклеоза

Инфекционный мононуклеоз – вирусное заболевание, вызываемое вирусом Эпштейн-Барра и характеризующееся лихорадкой, увеличением всех групп лимфатических узлов, печени, селезенки и появлением налетов на миндалинах.

Источником инфекции является больной человек и вирусоноситель. От больного человека к здоровому возбудитель передается преимущественно воздушно-капельным путем при тесном контакте с источником болезни. Возможны также контактный, алиментарный и трансфузионный пути распространения инфекции. Заболевание отличается низкой контагиозностью. Болеют чаще всего дети в возрасте 3-7 лет и подростки. 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.

После перенесенного заболевания вирус пожизненно остается в организме человека и возможно играет роль в возникновении злокачественных новообразований.

Клиническая картина.

Скрытый период болезни от 4 до 28 дней, но чаще 7-10 дней. Заболевание начинается с повышения температуры и появления заложенности носа без обильных слизистых выделений.



В это же время можно заметить увеличение заднешейных лимфатических узлов, которые увеличиваются до 15-25 мм и хорошо заметны при повороте головы в противоположную сторону.

Лицо становится отечным, дыхание через нос затруднено, и ребенок вынужден дышать открытым ртом, так называемый «аденоидный» тип лица. Во время сна дыхание становится храпящим, что довольно часто пугает родителей.



С 3-5 дня от начала заболевания появляются налеты на миндалинах грязно-серого цвета, рыхлые, легко снимаются и сохраняются в течение 1-2 недель, даже на фоне лечения антибиотиками, так как больному ребенку довольно часто ставят диагноз ангины.

У некоторых больных может появиться темный цвет мочи и легкая желтушность кожи и склер вследствие поражения печени. Иногда появляется сыпь на коже, особенно при лечении «ангины» ампициллином.

Температура при инфекционном мононуклеозе, в отличие от ангин, может сохраняться в течение 2-3 недель высокой даже на фоне лечения антибиотиками и другими препаратами.



Обнаруживается также увеличение селезенки и печени, которые выступают из-под края реберной дуги на 2-3 см, мягкие, плохо пальпируются.

Комплекс вышеперечисленных симптомов является опорным синдромом для диагностики мононуклеоза. При этом заболевании появляются характерные изменения со стороны общего анализа крови, которые адекватно может оценить только врач. Заболевание чаще всего продолжается в течение месяца, но могут быть затяжные и даже хронические формы болезни. Может быть активизация мононуклеоза, даже через несколько лет после перенесенного заболевания, при воздействии факторов, снижающих иммунитет. При тяжелом течении мононуклеоза встречается разрыв селезенки и возникновение удушья вследствие увеличения лимфоузлов вокруг трахеи и бронхов и миндалин кольца Вальдеера-Пирогова.

Дифференциальная диагностика инфекционного мононуклеоза приводится с ангинами, заболеваниями крови, вирусными гепатитами, иерсиниозами, респираторной инфекцией.

Профилактика. После перенесенного мононуклеоза необходимо в течение 6 месяцев соблюдать диету, щадящую печень и находиться на диспансерном наблюдении со сдачей биохимических анализов. Заключительная дезинфекция на дому у больных не проводится и карантин не накладывается.

Специфическая профилактика не разработана. Для предотвращения распространения заболевания достаточно соблюдения обычных санитарно-гигиенических требований, необходимых при уходе за инфекционным больным (проветривание, влажная уборка помещения, ограничение контакта со здоровыми членами семьи, тщательная стирка и проглаживание белья и одежды больного, обработка дезинфицирующими средствами вещей, с которыми контактировал больной и выделение отдельной посуды).

УЗ «Шкловский рай ЦГЭ», январь 2025