



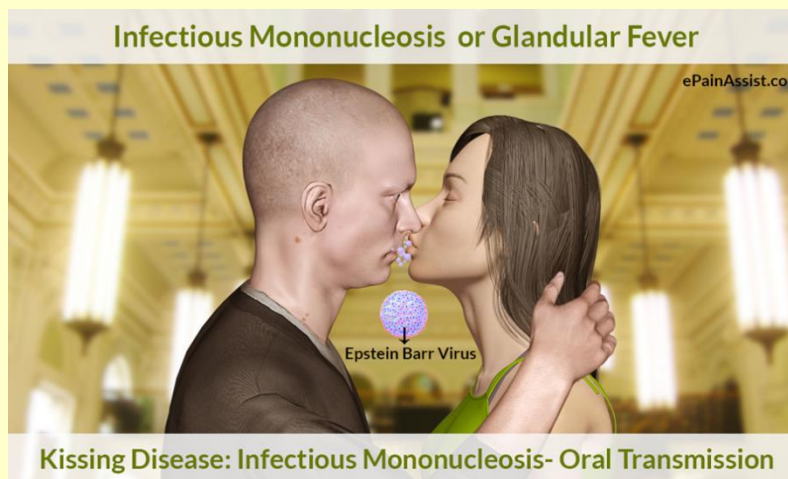
МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ

ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“

ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

Лекция № 25

ИНФЕКЦИОЗНА МОНОНУКЛЕОЗА



Доц. д-р Милена Карчева, д.м.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Остро инфекциозно заболяване, което се характеризира с ангина, увеличени лимфни възли, хепатоспленомегалия и характерни изменения в кръвната картина.



КРАТКИ ИСТОРИЧЕСКИ СВЕДЕНИЯ

- Н. Филатов /1885/ описва инфекциозната мононуклеоза като самостоятелно заболяване – “идиопатично възпаление на лимфните жлези”.
- Е. Пфайфер /1889/ - “жлезна треска”
- В. Шулц и Е. Бадер /1922/ - “моноцитна ангина”
- Т. Спрунт и Ф. Еванс /1920/ - “инфекциозна мононуклеоза”.
- През 40-те години на ХХ-век редица автори посочват вирусна етиология на заболяването.



- 1968г. се приема, че причинител на заболяването е Ебщайн-Бар вирус.
- В България първото задълбочено описание прави проф. Б. Юруков /1940/.
- Първите два случая са описани през 1941г.
- В монографията “Инфекциозна мононуклеоза” проф. Д. Бобев и Д. Доспевски описват клинични, епидемиологични и други аспекти на заболяването въз основа на 120 наблюдавани от тях случая.



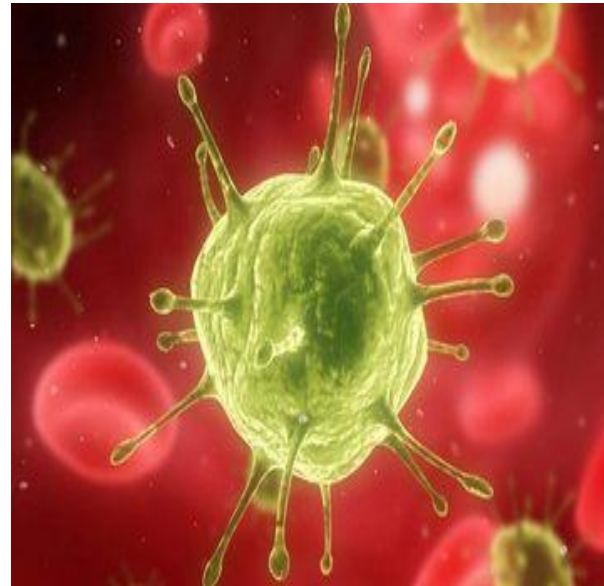
РАЗПРОСТРАНЕНИЕ

- По цял свят, но предимно в страни с умерен и студен климат:
- Северна Америка
- Северна Европа
- Скандинавските страни
- Англия
- България – единични случаи
- Малки епидемии:
- Ученици
- Студенти
- Войници
- В детски заведения
- Общежития
- Казарми



ЕТИОЛОГИЯ

- *Human herpes virus 4*
- (*Epstein-Barr, EBV*)
- *Gammapirinae*
- Сем. *Herpesviridae*
- ДНК вирус
- Ядрен антиген
- Късен антиген / в
капсида /
- Неустойчив във
външна среда



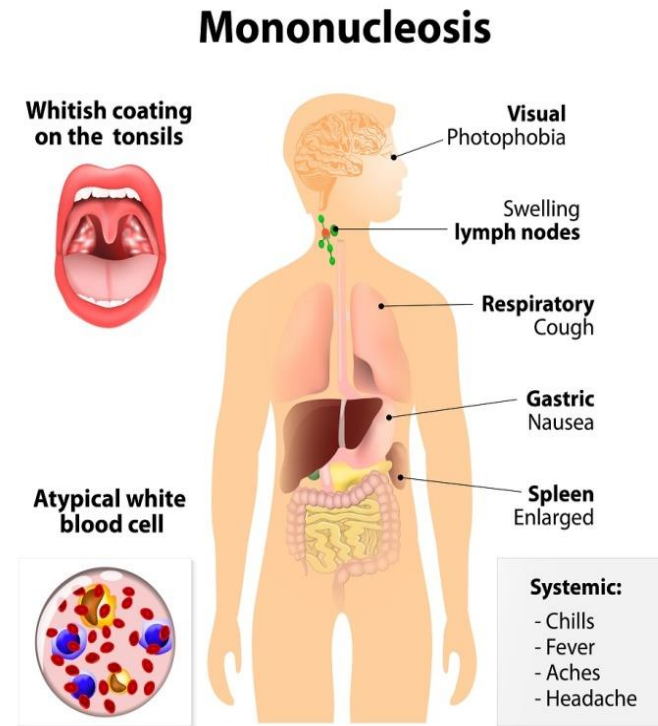
ПАТОГЕНЕЗА

- Входна врата:
- Вирусът прониква в макроорганизма през лигавици на ГДП, назофаринкс и конюнктиви.
- По лимфен път достига до регионални лимфни възли, при което се формира първичен комплекс.
- След преодоляване на лимфната бариера вирусите попадат в кръвта /виремия/.
- По кръвен път достигат до ч. дроб, слезка, костен мозък, бели дробове, отново л. възли и други органи.



КЛИНИЧНА КАРТИНА

- Инкубационен период 6-18 дни
- Продромален период – адинамия, мускулни болки, намален апетит, суха кашлица
- Типично начало – остро:
- Втрисане
- Висока температура



- Главоболие
- Болки в гърлото
- Болки по мускулите и ставите
- Изпотяване
- По-често температурата е неправилна или вълнообразна
- При някои болни продължава седмици



- **Ангината** – първоначална хиперемия на гърлото и тонзили; последните се увеличават и покриват с налеп;
- Налепите са сивобелезникави, грапави и неравни



- Фарингеална лигавица – оточна, зачервена, със зърнеста повърхност.
- Симптом на Холцех – точковидни кръвоизливи на прехода между твърдото и мекото небце.

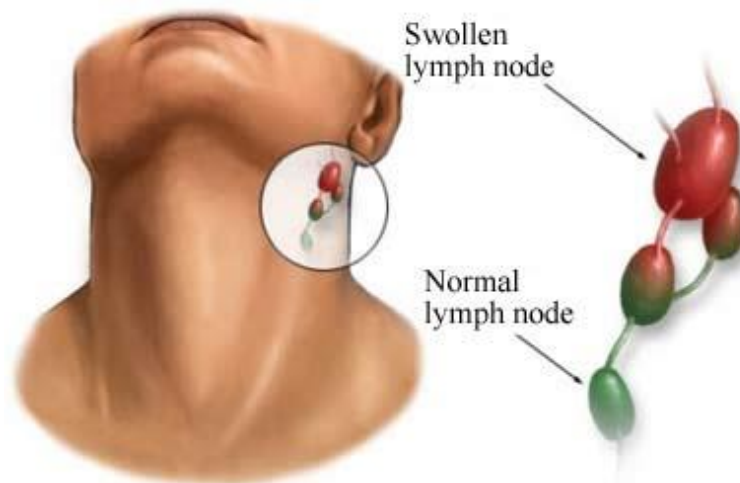


- Увеличените тонзили водят до затруднено дишане и гълтане.
- Говорът е носов.
- Лицето е бледо с отоци на долни клепачи, поради лимфен застой /симптом на Вас/.
- Паралелно с тази тежка картина в гърлото общото състояние се запазва добро.



○ Лимфонулопатия

- увеличени лимфни възли се откриват по шия, в кубитални, в ингвинални ямки;
- 1-3 см.
- Плътна консистенция
- Леко болезнени
- Несраснали помежду си



- **Хепатоспленомегалия**

– 5-6 дни след началото на заболяването се развива вирусен хепатит;

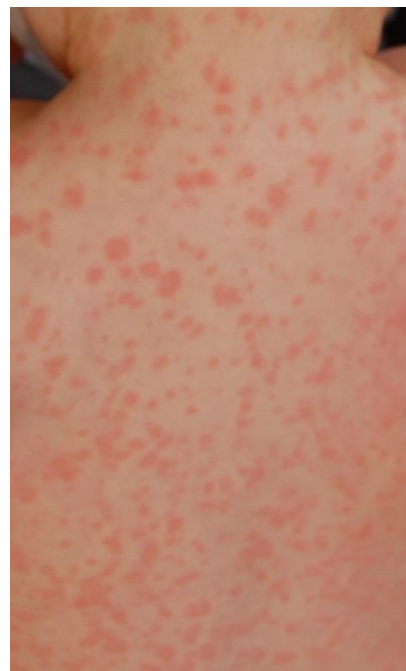
- Увеличен и болезнен черен дроб

- Иктер

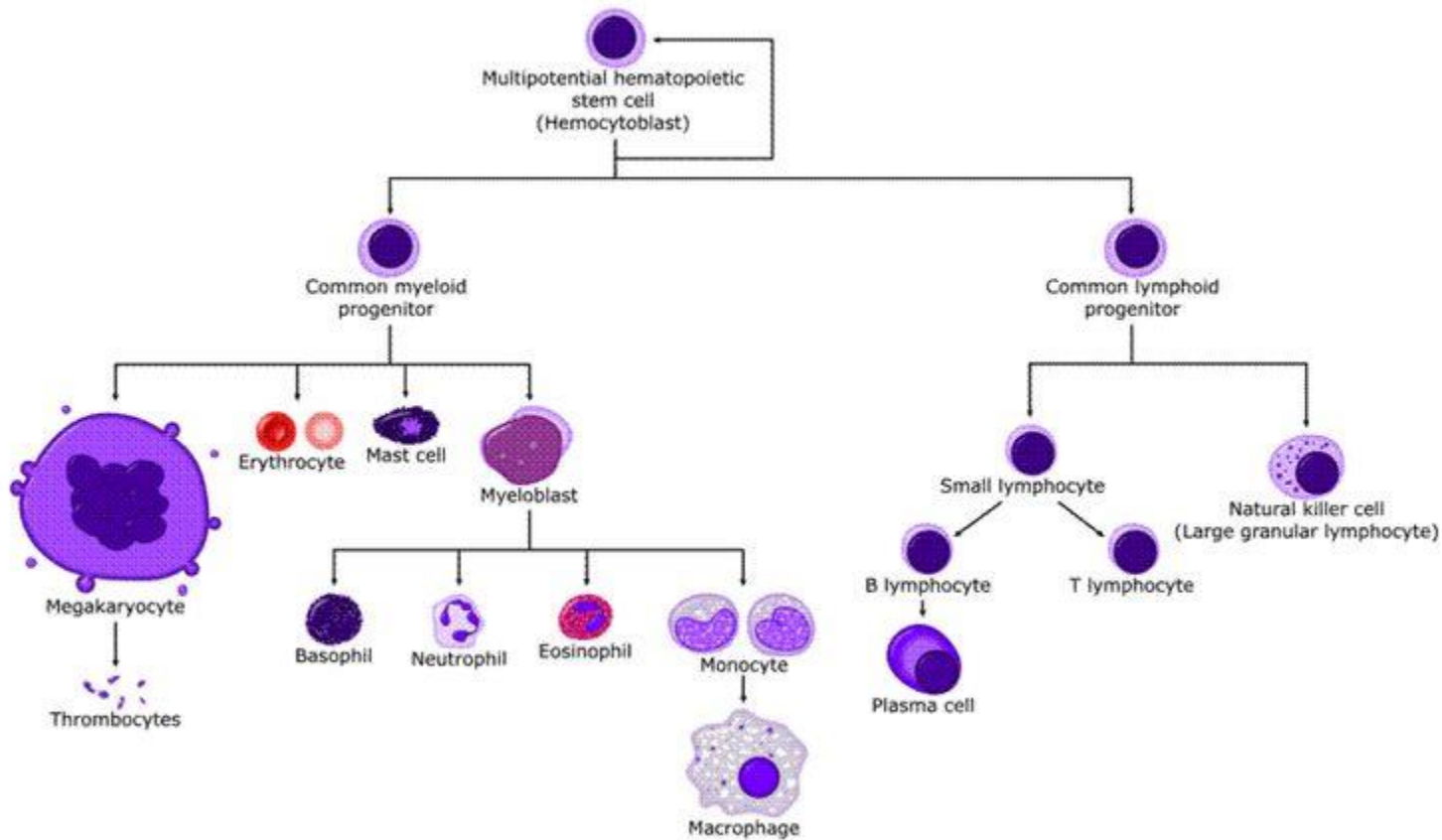
- Увеличени трансаминази, билирубин, алкална фосфатаза



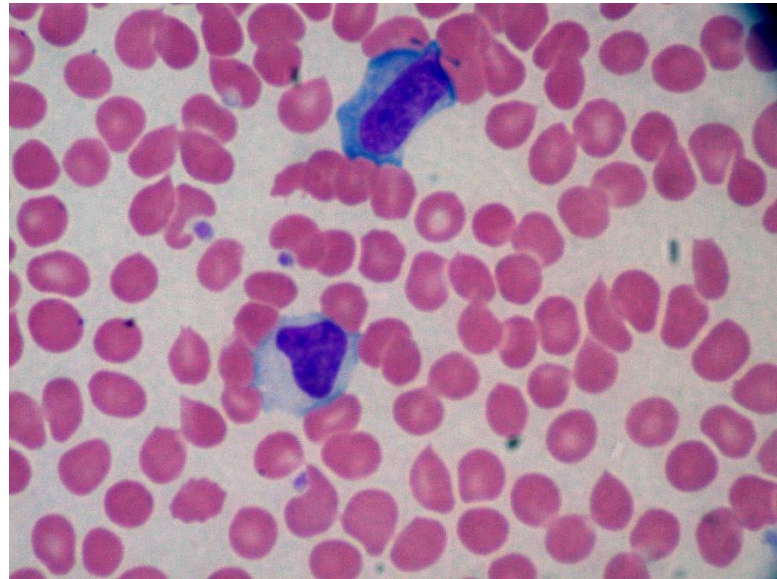
- При малка част от болните – **обриви** /макулопапулозни, розеолни, петехиални
- При някои болни след инжектиране на ампицилин – *“ампицилиново морбили”*



ПАТОГНОМОНИЧНА СТОЙНОСТ ИМАТ ИЗМЕНЕНИЯТА В ХЕМОГРАМАТА



- Левкоцитоза 10-30.10⁹/л с
- Високостепенна **лимфоцитоза** /60-80%/.



КЛИНИЧНИ ФОРМИ

- Леки
- Изтрити
- Средно-тежки
- Тежки
- Белодробна
- Сърдечна
- Чернодробна
- Бъбречна
- Нервна
- Кожна
- Хеморагична и др.



ДИАГНОЗА

- Клинико-епидемиологична
- Патогномонична кръвна картина
- Вирусологични
- Серологични изследвания
- **Рутинен тест– тест на Paul – Bunnel** за доказване на хетерофилни антитела
- Съществуват и експресни тестове за диагностика – доказват се антитела срещу вируса



ИЗТОЧНИК НА ИНФЕКЦИЯ

- Инфекциозната мононуклеоза е **антропоноза**.
- Източник на инфекция са **болните** с типична и атипична клинична картина и **вирусоносителите**.
- Болният е заразен през инкубационния период и през цялото боледуване /средно 7 дни/.
- Вирусът се съдържа в слюнката и фарингеалния секрет.
- Отделя се с пръски и капчици при говор, издишване, кашлица и кихане.
- Вирусът може да бъде открит в кръвта и фекалиите.



МЕХАНИЗЪМ, ФАКТОРИ И ПЪТИЩА НА ПРЕДАВАНЕ.

- Въздушно-капков механизъм
- Фактор – въздух
- Контактено-битов път на предаване – при директен контакт, напр. целувка /болест на целувката/.
- По-рядко може и по алиментарен път, чрез кръвопреливане, по полов път.



ВЪЗПРИЕМЧИВОСТ И ИМУНИТЕТ

- Висока възприемчивост
- Нисък контагиозен индекс
- Имунитетът след преболедуване е траен.
- Най-възприемчиви са деца над 3 години и млади хора /15-20 годишни/.



ХАРАКТЕРИСТИКА НА ЕПИДЕМИЧНИЯ ПРОЦЕС

- Демографска ендемичност
- Форми на епидемичния процес: спорадемия и малки епидемични взривове /училища, общежития, казарми/.
- Цикличност – през 20 години
- Сезонност – есенно-зимна
- Професионален характер – здравни работници, учители
- Възраст – младежи
- Пол – по-често мъже
- Доброкачествено протичане



ПРОФИЛАКТИКА И БОРБА

- Ваксина не е разработена.
- При възникване на случай- болните се изолират и лекуват в дома за 7-10 дни.
- Тежките форми се хоспитализират.
- Контактните се наблюдават 7 дни.
- Дезинфекция в огнището не е необходима.

