Департамент здравоохранения города Москвы

Государственное образовательное учреждение

Среднего профессионального образования города Москвы

Медицинский колледж №7

Департамента здравоохранения города Москвы"

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Диагноз: Инфекционный мононуклеоз

Куратор-студент

312 группы 3курса

отделения "Лечебное дело"

А. Д. Николаиди

Москва 2010

Предварительные сведения о больном

Фамилия, имя, отчество пациента:

Возраст больного (дата рождения): 26 лет

Пол: муж

Семейное положение: холост

Образование: неполное высшее

Профессия, должность (инвалидность, безработный): студент 4 курса РУДНК, юрист в "Представительстве Юралик Консалтинг"

Место жительства: г. Москва

Дата и время поступления: 16. 04. 2010 в 21:30/22:00

Побочные действия лекарств: нет

Кем направлен больной: скорая помощь

Диагноз направительный: Лихорадка неясной этиологии. Диагноз при поступлении: Эндогенная инфекция

Диагноз клинический: Инфекционный мононуклеоз, среднетяжелая форма течения.

Дата установления клинического диагноза: 21.04.2010

Жалобы при поступлении

15.04.10 днём, появились температура до субфебрильных цифр, незначительные боли при глотании, дискомфорт в горле, на следующие сутки температура поднялась до 38,5 присоединилась слабость, головная боль, была единичная эфемерная сыпь на лице размером около 4 см, и однократное потемнение мочи.

Детализация жалоб при заболевании различных органов

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Жалоб не предъявляет. Форма грудной клетки правильная, нормостеническая, симметричная. Надключичные и подключичные ямки не выражены.

Дыхательные движения ритмичные, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Преобладает брюшной тип дыхания. Число дыханий в 1 минуту - 18, ритм правильный. Грудная клетка при пальпации безболезненна, целостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется ясный легочной звук. При топографической перкуссии границы легких определяются:

Верхняя граница легких

Высота стояния верхушки спереди: на 2 см выступают над ключицами.

Высота стояния верхушки сзади: на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Нижняя граница легких

Правое легкое Левое легкое

Окологрудинная линия 5 межреберье --

Среднеключичная линия 6 ребро --

Передняя подмышечная линия. 7 межреберье 7 межреберье

Средняя подмышечная линия. 8 ребро 8 ребро

Задняя подмышечная линия. 8 межреберье 9 ребро

Лопаточная линия. 10 ребро 10 ребро

Околопозвоночная линия. Остистый отросток 11 грудного позвонка.

Аускультация легких:

Над легкими с обеих сторон определяется везикулярное дыхание. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушивается.

Бронхофония - сохранена над всеми отделами бронхов.

СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Видимых атипичных пульсаций в области сердца не обнаруживается. Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье слева на среднеключичной линии. Площадь ограниченная, 1,5-2см. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Зон гиперестезии и зоны пальпаторной болезненности не выявлено. Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена, одинакова с обеих сторон.

Перкуссия:

границы относительной тупости сердца

верхняя - 3-е межреберье

левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии по 5-му межреберью

правая - по правому краю грудины 4-е межреберье

поперечник относительной тупости сердца 11 см

ширина сосудистого пучка 7см

При перкуссии сердца у больного никаких отклонений от нормы не выявлено.

Аускультация:

При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Сердечные сокращения ритмичные, ЧСС 80/мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, не расщеплены. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка первый тон громче второго, над аортой и легочной артерией второй тон громче первого.

Артериальное давление 115/75 мм рт. ст.

ОДЫШКА (УДУШЬЕ)

Одышка и перебои в работе сердца не обнаружились

ОТЁКИ

При поступлении в стационар у пациента было пастозное лицо, спустя трое суток отёки исчезли.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Язык влажный, обложен умеренным налетом, язв и трещин нет.

Десны бледно-розового цвета, без патологических изменений.

Зев: умеренно гиперемирован, миндалины, язычок, задняя стенка глотки отечны. На миндалинах различные по величине беловато-желтые, шероховатые налеты, которые легко снимаются.

Живот симметричен, округлой формы, видимая перистальтика отсутствует.

При поверхностной ориентировочной пальпации: живот мягкий, безболезненный. Аппетит понижен. Стул умеренный 1 раз в сутки, оформленный коричневого цвета. Диспепсических явлений, желтухи и признаков внутреннего кровотечения не обнаружилось.

Печень и желчный пузырь: Нижний край печени пальпируется выступает из под края реберной дуги на 1-2 см, гладкий, эластичный, умеренно болезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера-Грекова отрицательный, симптом Мюсси-Георгиевского отрицательный.

Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии — 8см.

по передней срединной линии — 9 см.

по левой реберной дуге — 9 см.

Селезенка: выраженная спленомегалия.

СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

Поясничная и надлобковые области при осмотре не изменены. Почки в положении лежа и стоя не пальпируются. Пальпация в проекции почек (в реберно-позвоночной точке) и по ходу мочеточников (мочеточниковые точки) безболезненна.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Дно мочевого пузыря не пальпируется.

Мочеиспускание регулярное, безболезненное, моча соломенно-жёлтого цвета.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

При помощи пальпации увеличение размеров щитовидной железы выявить не удалось. Железа имеет обычную консистенцию, не спаяна с окружающими тканями, безболезненна при пальпации. Кожа над поверхностью железы не изменена.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

Ориентировка в месте, во времени и конкретной ситуации сохранена. Больной контактен. Интеллект и эмоции соответствуют возрасту. Настроение ровное. Аппетит понижен. Поведение во время осмотра адекватное. Парастезии, параличи отсутствуют. Слух, обоняние, вкус, осязание не изменены и соответствуют возрасту. Сон спокойный. Патологии черепно-мозговых нервов по данным осмотра не выявлено. Координация движений не нарушена.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)

Пациент считает себя больным с 15.04.10, почувствовал недомогание дома, во время работы за компьютером. Появились температура до субфебрильных цифр, незначительные боли при глотании, дискомфорт в горле, 16.04.10 температура поднялась до 38,5 присоединилась слабость, головная боль. Вечером этого дня вызвал скорую помощь.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (Anamnesis vitae)

Родился в. г. Липецке, первым ребенком по счету, в благоприятной обеспеченной семье.

Рос и развивался соответственно полу и возрасту. В физическом и психическом развитии от своих сверстников не отставал.

В настоящее время получает высшее образование в РУДНК, студент 4 курса, имеет отсрочку от армии по поводу учёбы на последнем курсе.

Холост, детей нет. Есть постоянный сексуальный партнёр.

Начал работать с 23 лет, помощником юриста в "Юралик Консалтинг", имеется умеренное психоэмоциональное напряжение.

Вредные привычки: не курит, употребляет алкоголь 1 раз в неделю в количестве 1 бутылки пива.

Питание разнообразное, калорийное.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветрянка, грипп. В детстве стоял на учёте по поводу пиелонефрита до 5 лет, и бронхиальной астмы до 13 лет.

Наследственный анамнез не отягощен.

Аллергологический анамнез: На лекарственные препараты, сыворотки и вакцины непереносимости не отмечает.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Пациент отрицает контакты с инфекционными больными. Живёт в общежитии, делит своё жилище с тремя соседями. Наличие грызунов и насекомых отрицает. За границу не выезжал. Парэнтерального введения лекарств не было, пирсинг и тату не имеет.

1. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО (Status praesens)

Общее состояние больного: средней тяжести

Состояние сознания: ясное

Положение больного: активное

Телосложение: правильное

Конституция: нормостеническая

Осанка: прямая

Походка: быстрая

Рост: 172 см, вес 75 кг, температура тела 36,7 градусов

Осмотр лица:

Выражение лица спокойное, симметричное, без патологической маски, с правильной формой носа. При осмотре глаз и век обнаружилась умеренная гиперемия коньюкивы, состояние глазных яблок нормальное; склеры белые, без расширенных сосудов с правильной формой зрачка и положительной реакцией на свет.

Осмотр головы и шеи:

Движения, размеры и форма головы в норме, искривление и деформация шеи не выявлена, пульсация сонной артерии умеренная, пульсация и набухание яремных вен не пальпируется.

Кожные покровы:

Цвет кожных покровов бледно-розовый, кожа влажная, тургор сохранён, пигментация, кровоизлияния, трофические изменения и сосудистые изменения отсутствуют.

Придатки кожи:

Оволосенение по мужскому типу: на голове, лице, в подмышечных впадинах, на лобке. Ногти правильной формы с продольной исчерченностью, розового цвета.

Видимые слизистые:

Язык влажный, обложен умеренным налетом, язв и трещин нет.

Десны бледно-розового цвета, без патологических изменений.

Зев: умеренно гиперемирован, миндалины, язычок, задняя стенка глотки отечны.

Подкожно-жировая клетчатка:

Умеренно упитан, с равномерным расположением жировой ткани, видимых отёков не обнаружено.

Лимфатические узлы:

Пальпируются шейные и подчелюстные лимфоузлы, они безболезненны, плотные, подвижные, округлой формы, размер 4 см. Кожа над ними не изменена.

Мышцы:

Развиты удовлетворительно, тонус мышц хороший. Без болезненности при пальпации и поколачивании мышц.

Кости и суставы:

Суставы - правильной формы, не деформированы, подвижные.

Осевая нагрузка на позвоночник - безболезненная.

Ощупывание, поколачивание по остистым отросткам, паравертебральным точкам - безболезненное.

Конечности - симметричные, длинные. Голени - прямые.

Кисти - правильные.

Стопы - пропорциональные.

Система органов дыхания:

Осмотр: Форма грудной клетки правильная, нормостеническая, симметричная. Надключичные и подключичные ямки не выражены.

Дыхательные движения ритмичные, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Преобладает брюшной тип дыхания. Число дыханий в 1 минуту - 18, ритм правильный. Грудная клетка при пальпации безболезненна, целостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется ясный легочной звук. При топографической перкуссии границы легких определяются:

Верхняя граница легких

Высота стояния верхушки спереди: на 2 см выступают над ключицами.

Высота стояния верхушки сзади: на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Нижняя граница легких

Правое легкое Левое легкое

Окологрудинная линия 5 межреберье --

Среднеключичная линия 6 ребро --

Передняя подмышечная линия. 7 межреберье 7 межреберье

Средняя подмышечная линия. 8 ребро 8 ребро

Задняя подмышечная линия. 8 межреберье 9 ребро

Лопаточная линия. 10 ребро 10 ребро

Околопозвоночная линия. Остистый отросток 11 грудного позвонка.

Аускультация легких:

Над легкими с обеих сторон определяется везикулярное дыхание. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушивается.

Бронхофония - сохранена над всеми отделами бронхов.

Система органов кровообращения:

Видимых атипичных пульсаций в области сердца не обнаруживается. Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье слева на среднеключичной линии. Площадь ограниченная, 1,5-2см. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Зон гиперестезии и зоны пальпаторной болезненности не выявлено. Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена, одинакова с обеих сторон.

Перкуссия:

границы относительной тупости сердца

верхняя - 3-е межреберье

левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии по 5-му межреберью

правая - по правому краю грудины 4-е межреберье

поперечник относительной тупости сердца 11 см

ширина сосудистого пучка 7см

При перкуссии сердца у больного никаких отклонений от нормы не выявлено.

Аускультация:

При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Сердечные сокращения ритмичные, ЧСС 80/мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, не расщеплены. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка первый тон громче второго, над аортой и легочной артерией второй тон громче первого.

Артериальное давление 115/75 мм рт. ст.

Система органов пищеварения:

Язык влажный, обложен умеренным налетом, язв и трещин нет.

Десны бледно-розового цвета, без патологических изменений.

Зев: умеренно гиперемирован, миндалины, язычок, задняя стенка глотки отечны. На миндалинах различные по величине беловато-желтые, шероховатые налеты, которые легко снимаются.

Живот симметричен, округлой формы, видимая перистальтика отсутствует.

При поверхностной ориентировочной пальпации: живот мягкий, безболезненный. Аппетит понижен. Стул умеренный 1 раз в сутки, оформленный коричневого цвета. Диспепсических явлений, желтухи и признаков внутреннего кровотечения не обнаружилось.

Печень и желчный пузырь: Нижний край печени пальпируется выступает из под края реберной дуги на 1-2 см, гладкий, эластичный, умеренно болезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера-Грекова отрицательный, симптом Мюсси-Георгиевского отрицательный.

Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии — 8см.

по передней срединной линии — 9 см.

по левой реберной дуге — 9 см.

Селезенка: выраженная спленомегалия. Поджелудочная железа безболезненна, нормальной величины и консистенции.

Система органов мочеотделения:

Поясничная и надлобковые области при осмотре не изменены. Почки в положении лежа и стоя не пальпируются. Пальпация в проекции почек (в реберно-позвоночной точке) и по ходу мочеточников (мочеточниковые точки) безболезненна.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Дно мочевого пузыря не пальпируется.

Мочеиспускание регулярное, безболезненное, моча соломенно-жёлтого цвета.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

ОАК

Лейкоциты 6,8 х 10^9/л

Эритроциты 3,97 х 10^12/л

Hb 115 г/л

Цв. пок. 0.9

СОЭ 12 мм/ч

Обнаружены атипичные мононуклеары 1-6 в поле зрения

ОАМ

Кол-во 100 мл

Цвет сол.-желт.

Уд. вес 1010

Прозрач. прозрачная

Реакция кислая

Белок отрицат.

Желчные пигменты отрицат.

Лейкоциты 1-2 в п. зр.

Слизь Отрицат

Биохимический анализ крови

норма

Глюкоза 5,7 до 5,5

СОЭ 12 до 15 мм/ч

АЛТ 111 3-41 ед/л

АСТ 98 2-37 ед/л

Общ. Билирубин 22,5 3,0-17,0 ммоль/л

Прям. Билирубин 6,4 6,4-17,1 ммоль/л

ИФА сыворотки крови на наличие антител

Анти - НВsAg

Анти НВе не выявлены

RW

ВИЧ

РПГА с толир. а/г отриц.

РПГА с эритрац. диагностикумом:

Реакция Пауля-Буннеля положит.

Реакция Вассермана отриц.

УЗИ органов брюшной полости:

Заключение: диффузное увеличение границ печени, желчный пузырь без особенностей, селезёнка 171/88, отёчная паренхима почек. Гепатоспленорея.

Диагноз и его обоснование.

Клинический диагноз: Инфекционный мононуклеоз, среднетяжелая форма течения, поставлен на основании:

Жалоб больного: температура 38,5 слабость, головная боль

Истории настоящего заболевания: Язык влажный, обложен умеренным налетом. Зев умеренно гиперемирован, миндалины, язычок, задняя стенка глотки отечны. Увеличенные шейные и подчелюстные лимфоузлы, они безболезненны, плотные, подвижные, округлой формы, размером около 4 см. Кожа над ними не изменена. Выраженная спленомегалия.

На основании данных лабораторных исследований, выявлено: наличие атипичных мононуклеаров 1-6 в п.з. Реакция Пауля-Буннеля положительная, АЛТ 111 ед/л, АСТ 98 ед/л, Общ. Билирубин 22,5 ммоль/л, УЗИ органов брюшной полости: селезёнка 171/88, отёчная паренхима почек, гепатоспленорея, что и подтверждает предварительный диагноз.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Инфекционный мононуклеоз необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:

1. Дифтерия – острое инфекционное заболевание, вызываемое токсигенными коринобактериями, которое характеризуется фибринозными воспалением в месте входных ворот и токсическим поражением преимущественно сердечно-сосудистой и нервной систем. Инкубационный период от 2 до 10 дней. Дифтерия глотки имеет несколько форм: локализованную, распространенная, субтоксическую и токсическую. При локализованной форме налеты располагаются только на миндалинах. Болезнь, как и инфекционный мононуклеоз (ИМ) начинается с общего недомогания, снижения аппетита, головной боли, незначительных болей при глотании. Температура повышается до 38-39º С, держится от нескольких часов до 2-3 суток и нормализуется даже без лечения при сохранении местных признаков. Могут быть умеренное увеличение регионарных лимфоузлов, чаще с обеих сторон. Они умеренно болезненны, подвижны. В отличии от инфекционного мононуклеоза, пленчатая форма дифтерии глотки имеет ряд своих особенностей. Пленка сероватого цвета, гладкая с перламутровым блеском, четко очерченными краями всю шарообразную и отечную миндалину. Пленка с трудом снимается, обнажая кровоточащую поверхность. Могут образовываться новые налеты на месте ранее снятых. Пленка не растирается между шпателями и тонет при погружении в воду.

Специфическими осложнениями при дифтерии могут быть поражения сердечно-сосудистой и нервной систем, тогда как при инфекционном мононуклеозе они не встречаются вовсе или крайне редко.

2. Скарлатина – острая антропонозная инфекция, вызываемая β-гемолитическим стрептококком группы А и характеризующаяся интоксикацией, поражением зева, точечной экзантемой и нередко регионарным лимфоаденитом.

Инкубационный период в среднем 5-6 дней, а при ИМ обычно около 14 дней. Скарлатина начинается остро с лихорадки до 38-39º С и даже 40º С, очень часто сопровождается однократной или многократной рвотой, что не является признаком ИМ. На фоне высокой температуры больные остаются подвижными, возбужденными, болтливыми, кричат, становятся требовательными и плохо управляемы. В самых тажелых случаях развивается бред, больные становятся вялыми, угнетенными. При ИМ лихорадка может колебаться от 4 дней до 1 месяца.

Поражение зева при скарлатине представляет собой яркую, разлитую гиперемию, охватывающую боковые миндалины (а часто и все кольцо Пирогова-Вальдера), дужки, язычок, мягкое небо и заднюю стенку глотки и резко обрываются на месте перехода слизистой мягкого неба к твердому небу. Линия обрыва образует заметные неровности края гиперемии – "пылающий зев с языками пламени", что не характерно для ИМ с фибринозными налетами, которые при скарлатине появляются крайне редко и обычно развиваются при очень тяжелых случаях. Резкая гиперемия и отек зева сопровождается болями в горле, на которые больные жалуются с первых часов заболевания, что совсем не встречается при ИМ (боли незначительные или могут вовсе отсутствовать).

Первичный лимфаденит тоже является ранним признаком скарлатины, чаще он двухсторонний, реже односторонний. Увеличенные лимфоузлы плотны на ощупь, болезненны, тогда как при ИМ они более мягкой консистенции, слабо болезненны.

Характерным признаком скарлатины является сыпь, которая появляется на 1-2 день заболевания. Она всегда располагается на фоне гиперемированной кожи: на сгибательных поверхностях конечностей, передней и боковой поверхностях шеи, боковых поверхностях груди. На животе, внутренней и задней поверхностях бедер. Сыпь имеет вид точечный вид. При ИМ сыпь не имеет такого вида: она обычно сопровождается герпетическими высыпаниями во рту или в области гениталий.

3. Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) – широко распространенная антропонозная инфекция из группы герпетических, в обычных условиях протекающая как очень легкая форма заболевания (ОРЗ-подобное, мононуклеозо-подобное).

Клиническая картина ЦМВИ во многом малоизучен. Приобретенная форма ЦМВИ протекает как гриппоподобный процесс. Дифференциальная диагностика от ИМ обосновывается на основании цитологического метода, при этом выявляют цитомегалические клетки в осадке мочи, слюны, молока и других секретов после окраски по Папаниколу. Можно также выявить антитела к вирусу с помощью ИФА, ПЦР.

4. Корь – острое вирусное антропонозное заболевание, характеризующееся выраженной интоксикацией, катаральным и катарально-гнойным ринитом, ларингитом, конъюнктивитом, своеобразной энантемой (пятна Бельского-Филатова-Коплика) и папулезно-пятнистой сыпью.

Заболевание начинается остро (инкубационный период 9-11 дней) с симптомов интоксикации и катарального воспаления слизистых оболочек. Повышается температура до 38-39 ºС. Возникает и неуклонно растет ринит с обильным, иногда непрерывным истечением серозного, позже серозно-гнойного экссудата, появляются признаки ларингита – частый, короткий, сухой, "лающий", мучительный кашель, осиплость глосса. Указанные симптомы не характерны для ИМ, но кашель может наблюдаться, однако, он не имеет характер мучительного, "лающего", а ринит отсутствует вовсе или же он выражен очень незначительно. При кори всегда развивается конъюнктивит с отеком и гиперемией слизистой оболочки глаз, с серозным или серозно-гнойным отделяемым, а также инъекциями сосудов склер, слезотечение, светобоязнь.

К концу 1-2 дня появляется специфический диагностический симптом кори – пятна Бельского-Филатова-Коплика. Они располагаются во рту на слизистой оболочке щек и имеют вид манной крупы. В редких случаях они могут сливаться. Одновременно с пятнами Бельского-Филатова-Коплика появляется другой диагностический симптом кори – высыпания на коже. Элементы сыпи имеют папулезно-пятнистый характер, появляются изначально на лице, шее, за ушами. Затем опускаются на 2-й день на туловище, руки, бедра, на 3-й день на голенях и стопах. Сыпь имеет тенденцию к сливанию, может сопровождаться легким зудом.

Конъюнктивит, пятна Бельского-Филатова-Коплика, сыпь самые характерные симптомы кори, которые не встречаются при ИМ.

5. Эпидемический паротит – острое вирусное заболевание, характеризующееся лихорадкой, общей интоксикацией, увеличением одной или нескольких слюнных желез, нередко поражением других железистых органов и нервной системы.

Инкубационный период длится чаще 15-19 дней. Продромальный период встречается редко. В течение 1-2 дня больные жалуются на недомогание, общую слабость, разбитость, головную боль, боли в мышцах и суставах, снижение аппетита.

В типичных случаях заболевание начинается остро. Температура повышается до 38-40 ºС, наблюдаются признаки общей интоксикации. Лихорадка чаще достигает максимальной выраженности на 1-2-й день заболевания и продолжается 4-7 дней с последующим литическим снижением, что не характерно для ИМ, где лихорадка не снижается так резко.

Поражение околоушных слюнных желез – первый и характерный признак болезни. Появляется припухлость и резкая болезненность в области околоушных желез сначала с одной стороны, затем с другой стороны. Область увеличенной железы болезненна при пальпации, мягковато-тестоватой консистенции. Возможны гипермия и отечность миндалин, но в отличии от ИМ на них нет налетов. Припухлость желез и миндалин держится 2-3 дня, затем постепенно уменьшается, а при ИМ миндалины медленно уменьшаются в течении всей болезни. При паротите больные жалуются на боли при жевании, разговоре, что не характерно для ИМ. Специфическим осложнением паротита могут быть поражения яичек у мальчиков, признаки менингоэнцефалита, острые панкреатиты. Все эти осложнения не встречаются при ИМ.

6. Лимфогранулематоз (ЛГМ) – системное опухолевое заболевание лимфоидной ткани и крови. В отличие от ИМ ЛГМ имеет продолжительное начало. Заболевание начинается с таких жалоб как: необъяснимая слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, похудание, нарушение сна. Затем больные обращают внимание на увеличение лимфоузлов, чаще в области шеи. Сначала, как правило, увеличивается только один лимфоузел, достигая весьма ощутимых размеров - 3-5-10 см, тогда как при ИМ увеличивается группа лимфоузлов. Они небольших размеров (1-3 см), не спаяны между собой, плотноватой консистенции. ИМ сопровождается обычно лихорадкой, что довольно редко присуще ЛГМ. Кроме того, для ИМ характерно воспаление миндалин с отложением на них налета, что не наблюдается при ЛГМ. После проведения обычной противовирусной, противовоспалительной терапии при ИМ имеется ответ, чего не скажешь при ЛГМ.

7. Острые лейкозы – опухоли крови, которые во многом схожи по клинике с ИМ. Но имеются и различия: начало лейкозов более длительнее, для них характерна необъяснимая слабость, утомляемость, тревога, ухудшение самочувствия, похудание. В обеих случаях возможны и увеличение лимфоузлов, и воспалительные явления на миндалинах. Однако, после проведенной терапии признаки ИМ проходят в течение максимум через 1-2 месяца, хотя картина крови нормализируется только через 3-6 месяцев. Немаловажным дифференциальным признаком является картина крови при острых лейкозах и ИМ. При лейкозах наблюдаются грубые нарушения в системе крови в той или иной области в зависимости от генеза опухоли, тогда как при ИМ повышаются лишь мононуклеары.

8. Гепатиты – воспалительные заболевания печени различной этиологии (вирусы, токсические и медикаментозные вещества, механическая обтурация и т.п.), характеризующиеся гепатомегалией и нарушением функции печени. Для гепатитов, например, вирусных характерны грубые нарушения в биохимическом анализе крови. Это увеличение общего и прямого билирубина в десятки раз, увеличение АлТ, АсТ, КФК, щелочной фосфотазы в несколько раз, тогда как для ИМ не характерны такие резкие скачки в анализах. Гепатиты часто сопровождаются желтухой, что редко наблюдается при ИМ. Но и это не главное в дифференциальной диагностике. В анализе мочи у больных вирусными гепатитами выявляются желчные пигменты, которых нет при ИМ. Окончательно разобраться с диагнозом помогают специфические серологические реакции на вирусные гепатиты.

Лечение

1) Диета-стол № 15.

2) Режим-палатный с ограничением двигательной активности.

3) Медикаментозная терапия:

Rp.: Sol. Glucosae 5%-400,0 ml

Sol. As. Ascorbinici 5%-5,0 ml

D.S.: в/в капельно.

Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9%-200,0 ml

Sol. Thiamini bromidi 3%-5,0 ml

D.S.: в/в капельно.

Rp.: Tab. Ascorutini 0,25

D.S. 3 раза в день

Rp.: Caps. "Vitrum jr" #50

D.S. внутрь по 1 капсуле после еды с утра в течении месяца

Полоскание рта раствором фурацилина, диокидина.

Согревающие повязки на шею.

Профилактические рекомендации

Общие меры профилактики аналогичны таковым при ОРВИ. Меры специфической профилактики не разработаны. Неспецифическую профилактику осуществляют повышением общей и иммунологической резистентности организма.