Содержание

Введение

. Общая характеристика инфекционного мононуклеоза, патогенез и симптомы заболевания

. Диагностика и лечение инфекционного мононуклеоза

. Профилактика инфекционного мононуклеоза

. Значение спорта, закаливания и лечебной физкультуры в профилактике и лечении инфекционного мононуклеоза

Заключение

Список использованной литературы

# Введение

Актуальность проблемы инфекционного мононуклеоза обусловлена следующими основными факторами: большой вариабельностью клинического течения болезни и сложностью специфической диагностики. А также объясняется большим процентом диагностических ошибок. Подкрепляется общей инфицированностью вирусом Эпштейна - Барр (ВЭБ-инфекцией, вызывающей инфекционный мононуклеоз), способным поражать иммунную систему, отсутствием чётких терапевтических рекомендаций.

Не вызывает сомнений патогенетическая роль ВЭБ-инфекции в развитии ряда онкологических заболеваний - лимфомы Беркитта, назофарингеальной карциномы, В - и Т - клеточных лимфом, ряда опухолей шеи, головы, лёгких, желудка. У детей с лимфогранулематозом, лимфолейкозом отмечается повышение титра антител к ВЭБ.

Проведённые исследования показывают, что инфекционным мононуклеозом чаще болеют дети и взрослые с неблагоприятным преморбидным фоном - в анамнезе частые ОРВИ, аллергические проявления, пневмонии. Наиболее явные изменения в организме под влиянием ВЭБ-инфекции отмечаются со стороны иммунной системы. А слабость иммунитета провоцирует инфекционный мононуклеоз. Однако, несмотря на существующие сведения, состояние иммунитета как во время, так и после заболевания изучено недостаточно полно.

Лечение инфекционного мононуклеоза до этого времени остается симптоматичным. В тот же время недостаточно обоснованы методы иммунокоррекции, отсутствуют чёткие рекомендации относительно применения иммуномодуляторов, не описано их влияние на клиническое и иммунологическое течение болезни. Поэтому мы в нашей работе делаем акцент на альтернативном варианте: изучении спорта, ЛФК и закаливания, как средств профилактики инфекционного мононуклеоза.

. Общая характеристика инфекционного мононуклеоза, патогенез и симптомы заболевания

Инфекционный мононуклеоз как заболевание известен еще с 1885 года, когда его как «идиопатическое воспаление шейных желез» описал Н.Ф. Филатов (1847 - 1902 гг.). Полисимптомность этой нозологической формы (заболевания, патологии) и трудность дифференциальной диагностики ярко иллюстрирует наличие большого количества названий (свыше 60), которые в разные периоды были даны этому заболеванию. В данное время общепринятым является название «инфекционный мононуклеоз» (от греческого mono - один и латинского nucleus - ядро).

Инфекционный мононуклеоз (или доброкачественный лимфобластоз, болезнь Филатова, ангина моноцитарная) представляет собой острую вирусную инфекцию, характеризующуюся преобладающим поражением ротоглотки и лимфоузлов, селезенки и печени. Специфическим признаком заболевания является появление в крови характерных клеток - атипичных мононуклеаров.

Инфекционный мононуклеоз вызывается вирусом Эпштейна - Барр (ДНК-вирус рода Lymphocryptovіrus), сокращенно ВЭБ. Вирус относится к семейству герпесвирусов, но в отличие от них не вызывает гибели клетки - хозяина (вирус преимущественно размножается в В-лимфоцитах), а стимулирует ее рост.

Вирусная инфекция Эпштейна - Барр довольно распространена среди взрослых и детей. По данным ВОЗ, каждый год вирусом Эпштейна - Барр инфицируется от 16 до 800 человек на 100 тысяч населения. Свыше 50% детей первых 10 лет жизни и 80-90% взрослых имеют специфические к вирусу антитела как маркер предыдущего инфицирования. Уровень инфицированности взрослого населения России - почти 90%, а детского - более чем 50%.

ВЭБ имеет специфические антигены:

капсидный (VСА);

ядерный (NА);

ранний (ЕА);

мембранный (МА).

Время появления и биологическая значимость этих антигенов различаются. Знание срока появления разных антигенов и выявление антител к ним дают возможность диагностировать с достаточной достоверностью фазы болезни: острую, латентную и хроническую активную ВББ-инфекцию. После первичного инфицирования сначала появляются антитела к ранним антигенам (ЕА, VCA), потом - к ядерному (NA). С развитием острой фазу болезни (обострения) у пациентов регистрируются иммуноглобулины IgM к раннему и капсидному антигену. Именно эти антитела являются маркерами острой формы инфекционного мононуклеоза. На второй - третьей неделе болезни появляются антитела IgG к ЕА и VСА. При этом антитела класса G к VCA сохраняются на протяжении всей жизни, а к ЕА - на протяжении 6 месяцев постепенно исчезают из крови. Следует отметить, что первыми разрушаются IgM, но у некоторых пациентов они могут персистировать (выживать) до 3 и более месяцев. Кроме того, реактивация ВЭБ-инфекции может сопровождаться повторным появлением IgM к VCA. Антитела к ядерному антигену появляются позже других - через 3-6 месяцев после инфицирования. Таким образом:

наличие лишь IgM к ЕА и VCA свидетельствует об острой форме первичного инфицирования ВЕБ-инфекционным мононуклеозом;

наличие лишь IgG к VCA и NA - о перенесенном инфекционном мононуклеозе;

выявление и IgG к NA, и IgM к VCA - о реактивации хронической ВЭБ-инфекции.

Кроме инфекционного мононуклеоза вирус Эпштейна - Барр вызывает лимфому Беркитта и карциному носоглотки. Резервуаром и источником инфекции является больной человек или носитель инфекции.

Выделение вируса больными людьми происходит, начиная с последних дней инкубационного периода, и длится 6-18 месяцев. Вирус выделяется со слюной. У 15-25% здоровых людей с положительным тестом на специфические антитела возбудитель обнаруживается в смывах с ротоглотки.

Механизм передачи вируса Эпштейна - Барр - аэрозольный, преобладающий путь передачи - воздушно-капельный. Возможна реализация контактным путем (поцелуи, половые контакты, грязные руки, посуда, предметы быта). Кроме того, вирус может быть передан при переливаниях крови и интранатально от матери к ребенку.

Люди обладают высокой естественной восприимчивостью к инфекции, но при заражении преимущественно развиваются легкие и стертые клинические формы. Незначительная заболеваемость среды детей до года имеет место при врожденном пассивном иммунитете. Тяжелому протеканию и генерализации инфекции содействует иммунодефицит.

Распространение инфекции - повсеместное, сезонность не выявлена, отмечается повышенная заболеваемость в пубертатном периоде (девушки 14-16 лет и юноши 16-18 лет). Заболеваемость после 40 лет очень редка, исключение представляют ВИЧ-инфицированные лица, у которых может развиться манифестация латентно существующей инфекции в любом возрасте.

В случае заражения вирусом в раннем детском возрасте заболевание протекает по типу острой респираторной инфекции, в среднем детском возрасте - без выраженной симптоматики. У взрослых клинический ход заболевания практически не отмечается, поскольку у большинства населения к 30-35 годам сформирован специфический иммунитет. Однако, при отсутствии иммунитета инфекционный мононуклеоз у подростков и некоторых взрослых больных протекает в тяжелой форме.

Вирус Эпштейна - Барр вдыхается человеком и поражает клетки эпителия верхних дыхательных путей, ротоглотки (содействуя развитию воспаления в слизистой оболочке). Оттуда возбудитель с током лимфы попадает в регионарные лимфоузлы, вызывая лимфаденит. При попадании в кровь вирус внедряется в В-лимфоциты, где начинает активную репликацию. Поражение В-лимфоцитов приводит к формированию специфических иммунных реакций, патологической деформации клеток. С током крови возбудитель распространяется по организму. В связи с тем, что внедрение вируса происходит в иммунные клетки и значимую роль в патогенезе играют иммунные процессы, заболевания относят к СПИД-ассоциированным.

Лимфаденопатия - наиболее постоянный симптом болезни. В первую очередь увеличиваются шейные лимфатические узлы, они эластичны, умеренно болят при прикосновении, не спаянны между собой, подвижны, кожа над ними не изменена. Возможен отек подкожной клетчатки, что распространяется на подчелюстной участок, шею, иногда вплоть до ключиц. Одновременно обнаруживают увеличение подмышечных лимфатических узлов. Реже наблюдается увеличение бронхолегочных, средостенных и брыжеечных лимфатических узлов.

Вследствие поражения глоточных миндалин появляется заложенность носа, затруднение носового дыхания, изменяется голос. Выделения из носа в остром периоде болезни не наблюдаются, так как развивается задний ринит - поражается слизистая оболочка нижней носовой раковины, входа в носовую часть глотки.

Одновременно с аденопатией появляются симптомы острого тонзиллита. Ангина может быть катаральной, фолликулярной, лакунарной, язвенно-некротической, иногда с образованием перламутрово-белого или кремового налета, а в ряде случаев - фибринозных пленок, которые напоминают дифтерийные. Налет может распространяться за границы миндалин, что сопровождается поднятием температуры, лихорадкой или ее возвращением после предыдущего снижения температуры тела. Описаны случаи инфекционного мононуклеоза без признаков ангины.

Увеличение печени и селезенки - также один из постоянных симптомов инфекционного мононуклеоза. Увеличение происходит за счет возрастания функциональной нагрузки по детоксикации и выработке антител на эти органы. У большинства больных увеличение селезенки обнаруживают уже с первых дней болезни, она остается сравнительно мягкой консистенции, достигает максимального размера на 4-10 день болезни. Нормализация ее размеров происходит не раньше, чем через 2-3 недели болезни, после нормализации размеров печени. Печень максимально увеличивается также на 4-10 день болезни. В некоторых случаях увеличения печени может сопровождаться умеренной желтухой.

У 5-25% больных инфекционным мононуклеозом появляются высыпания, которые могут быть пятнистым, пятнисто-папулезными, уртикарными (волдыри, быстро проявляющие и исчезающие, геморрагическими (ярко окрашенные). Сроки появления высыпаний разные, сыпь может появляться на протяжении 1-3 дней и без следа исчезать.

Изменения в крови больных инфекционным мононуклеозом являются, как мы поняли, характерными. Лейкопения (снижение числа лейкоцитов), которая может проявляться в первые два дня болезни, сменяется лейкоцитозом (повышение лейкоцитов). Значительно увеличивается количество лимфоцитов, моноцитов, СОЕ. Присутствие атипичных мононуклеаров наблюдаются в крови на протяжении 3-4 недель, иногда до 2 месяцев и больше.

Единой классификации клинических форм инфекционного мононуклеоза нет. Выделяют типичные и атипичные формы. К атипичным формам относят случаи заболевания, когда проявляются лишь некоторые типичные симптомы или наиболее значительные признаки, не являющиеся типичными - экзантема (высыпания), желтуха, симптомы поражения нервной системы. Чаще наблюдается стертое, бессимптомное течение болезни. Такая форма считается легкой. Тяжелая форма - это висцеральный мононуклеоз с поражением внутренних органов и нервной системы. В единичных случаях эти патологии приводят к летальному исходу. Но чаще прогноз положительный и пациенты излечиваются.

В 10-15% случаев возможен рецидив болезни, более легкий по своим проявлениям, с менее продолжительным периодом подъема температуры тела. Значительно реже наблюдается затяжное течение болезни - более трех месяцев.

Осложнения развиваются редко. Возможно возникновение отита, паратонзиллита, пневмонии, что связано с присоединением бактериальной флоры. В отдельных случаях могут наблюдаться разрыв селезенки, острая гемолитическая анемия, менингоэнцефалит, неврит, полирадикулоневрит.

Вирус Эпштейна - Барр сохраняется в организме человека на всю жизнь, периодически активизируясь на фоне общего снижения иммунитета.

Инкубационный период инфекционного мононуклеоза колеблется в широких границах: от 5 дней до полутора месяца. Иногда могут отмечаться неспецифические продромальные явления (слабость, недомогание, катаральные симптомы). В таких случаях идет постепенное нарастание симптоматики, недомогание усиливается, температура поднимается до субфебрильных значений, отмечается заложенность носа, першение в горле. При осмотре обнаруживается гиперемия слизистой ротоглотки, миндалины могут быть увеличены.

В случае острого начала заболевания развивается лихорадка, озноб, повышенное потоотделение, отмечается симптоматика интоксикации (ломота в мышцах, головная боль), больные жалуются на боль в горле при глотании.

Лихорадка может сохраняться от нескольких дней до месяца, принимая различные проявления.

Через неделю заболевание, как правило, переходит в самую активную фазу: проявляется вся основная клиническая симптоматика (общая интоксикация, ангина, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия - увеличение селезенки и печени). Состояние больного чаще ухудшается (углубляются симптомы общей интоксикации), в горле наблюдается характерная картина катаральной, язвенно-некротической, пленчатой или фолликулярной ангины. Также заметна интенсивная гиперемия слизистой оболочки миндалин, появляются желтоватый, рыхлый налет (иногда по типу дифтерийного). Нередко случаются гиперемия и зернистость задней стенки глотки, фолликулярная гиперплазия, возможны кровоизлияния слизистой.

В первые же дни заболевания возникает полиаденопатия. Увеличение лимфоузлов возможно выявить практически в любой доступной для пальпационного исследования группе, чаще всего поражаются затылочные и подчелюстные узлы. На ощупь лимфоузлы плотные, подвижные, безболезненные (или болезненность выражена слабо). Иногда может отмечаться, как мы заметили ранее, умеренный отек окружающей клетчатки.

При усилении заболевания у большинства больных развивается гепатолиэнальный синдром - печень и селезенка увеличены, может наблюдаться пожелтение склер, кожных покровов, диспепсия, потемнение мочи.

В некоторых случаях отмечаются те самые высыпания разнообразной локализации. Высыпания чаще кратковременны, не сопровождаются субъективными ощущениями (зуд, жжение) и не оставляют после себя остаточных явлений.

На период обострения инфекционного мононуклеоза приходится 2-3 неделя заболевания, после чего происходит постепенное стихание клинической симптоматики и наступает период реконвалесценции (восстановления нормальной жизнедеятельности). Температура тела нормализуется, признаки ангины исчезают, печень и селезенка уменьшаются до нормальных размеров. В некоторых случаях на протяжении нескольких недель могут сохраняться признака аденопатии и субфебрилитет.

Инфекционный мононуклеоз может приобретать хроническое рецидивирующее течение, вследствие чего продолжительность заболевания увеличивается до полутора и более лет.

На протяжении мононуклеоза у взрослых, как правило, наблюдается постепенное нарастание симптомов с продромальным периодом и меньшей выраженностью клинической симптоматики. Повышение температуры тела редко длится больше 2 недель, лимфаденопатия и гиперплазия миндалин выражена слабо, тем не менее, чаще отмечаются симптомы, связанные с функциональными нарушениями работы печени (желтуха, диспепсия).

. Диагностика и лечение инфекционного мононуклеоза

Неспецифическая лабораторная диагностика инфекционного мононуклеоза включает тщательное исследование клеточного состава крови.

Общий анализ показывает умеренный лейкоцитоз с преобладанием лимфоцитов и моноцитов и относительной нейтропенией, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

В крови появляются большие клетки разнообразной формы с широкой базофильной цитоплазмой - атипичные мононуклеары. Для диагностики мононуклеоза важным является увеличение содержания этих клеток в крови до 10-12%, нередко их количество превышает 80% всех элементов белой крови (лейкоцитов).

При исследовании крови в первые дни мононуклеары могут отсутствовать, что, однако, не исключает диагноз. Иногда формирование этих клеток может занимать 2-3 недели.

Картина крови, как правило, постепенно приходит в норму в период реконвалесценции, при этом атипичные мононуклеары нередко сохраняются.

Специфическая вирусологическая диагностика не применяется в силу трудоемкости и нерациональности, хотя возможно выделить вирус в смыве с ротоглотки и идентифицировать его ДНК с помощью ПЦР («полимерной цепной реакции»).

Существуют серологические методы диагностики: исследуются антитела к VCA-антигенам вируса Эпштейна - Барр. Сывороточные иммуноглобулины типа М нередко определяются еще в период инкубации, а в период обострения заболевания отмечаются у всех больных и исчезают не раньше чем через 2-3 дня после выздоровления. Выявление этих антител служит достаточным диагностическим критерием инфекционного мононуклеоза. После перенесения инфекции в крови присутствуют специфические иммуноглобулины G, сохраняющиеся пожизненно.

Больные инфекционным мононуклеозом (или лица с подозрением на эту инфекцию) подвергаются трехразовому (в первый раз - в период острой инфекции, и с интервалом в три месяца - еще дважды) серологическому исследованию на предмет выявления ВИЧ-инфекции, поскольку при ней также может отмечаться наличие мононуклеаров в крови.

Для дифференциальной диагностики ангины при инфекционном мононуклеозе и отличия от ангин другой этиологии необходима консультация отоларинголога и проведение фарингоскопии.

Осложнение инфекционного мононуклеоза преимущественно связаны с развитием присоединения вторичной инфекции (стафилококка и стрептококков). Может возникнуть менингоэнцефалит, обструкция верхних дыхательных путей гипертрофированными миндалинами. У детей может отмечаться тяжелый гепатит, редко формируется интерстициальная двусторонняя инфильтрация легких. Также к редчайшим осложнениям относят тромбоцитопению, перерастяжку лиенальной капсулы с разрывом селезенки.

Инфекционный мононуклеоз легкой и средней тяжести лечится амбулаторно, постельный режим рекомендован в случае выраженной интоксикации, при высокой температуре. Если имеют место признаки нарушения функции печени, назначается диета № 5.

Этиотропное лечение (направленное на ликвидацию причины болезни) в данное время отсутствует. Комплекс терапевтических мероприятий включает дезинтоксикационную, десенсибилизационную, общеукрепляющую терапию и симптоматичные средства в зависимости от наблюдающейся клиники.

Угроза асфиксии при пережатии гортани миндалинами является показанием к кратковременному назначению преднизолона.

Антибиотикотерапия назначается при некротизирующих процессах в зеве с целью подавления местной бактериальной флоры и профилактики вторичных бактериальных инфекций, а также в случае имеющихся осложнений (вторичные пневмонии и др.) В качестве подобных препаратов назначают пеницилин, ампицилин и оксацилин, антибиотики тетрациклинового ряда. Сульфаниламидные препараты и левомицитин противопоказаны, учитывая побочное угнетающие действие на кроветворную систему.

Разрыв селезенки является показанием к экстренной спленэктомии.

Неосложненный инфекционный мононуклеоз имеет благоприятный прогноз, опасные осложнения, способные его значительно ухудшить, при этом заболевании возникают довольно редко. Имеют место остаточные явления в крови, являющиеся поводом к диспансерному наблюдению за больными на протяжении 6-12 месяцев.

инфекционный мононуклеоз лечение закаливание

3. Профилактика инфекционного мононуклеоза

Профилактические мероприятия, направленные на снижение заболеваемости инфекционным мононуклеозом, подобны мерам при острых респираторных инфекционных заболеваниях. Индивидуальные мероприятия неспецифической профилактики заключаются в повышение иммунитета, как с помощью общих оздоровительных мероприятий, так и с применением мягких общепринятых иммунорегуляторов и адаптогенов при отсутствии противопоказаний.

Специфическая профилактика мононуклеоза не разработана.

Мероприятия экстренной профилактики применяются по отношению к детям, контактировавшим с больным, и заключаются в назначении специфического иммуноглобулина. В помещении, где находился больной, проводится тщательная влажная уборка, личные вещи подвергаются дезинфекции.

Иммунитет по энциклопедическому определению - это способность организма к сопротивлению различным инфекциям и инородным организмам: микробам, вирусам, бактериям и др. Иными словами, это защита организма, его возможность поддерживать нормальное функционирование всех органов в условиях неблагоприятной внешней среды. Иммунитету уделяется очень большое внимание в медицине, физиологии и биологии, есть даже отдельные области науки, которые изучают защитные силы организма.

Если у человека нет врождённых причин низкого иммунитета, снижение иммунитета считается приобретённым. Это может произойти в ситуации, когда человек пренебрегает правилами здорового образа жизни и постоянно подрывает защитные силы организма, истощает их. К снижению иммунитета приводят:

неправильное питание. Основные правила рационального (сбалансированного) питания знают почти все взрослые люди, но не все их придерживаются. Злоупотребление продуктами быстрого питания, модными диетами, бесконтрольный прием лекарственных препаратов, в т.ч. так называемых. БАДов приводят к нарушению процессов пищеварения и обмена веществ. Нередко к ним присоединяются чрезмерные физические нагрузки, частые стрессовые ситуации, создающие дополнительную нагрузку на организм;

гиподинамия - как отсутствие нормальных физических нагрузок, выступает в качестве другой крайности, ведущей к снижению иммунитета и риску заболеваемости инфекционным мононуклеозом;

продолжительное воздействие излучения электронной техники, в т.ч. компьютеров, мобильных телефонов и т.д.;

хирургические вмешательства в органы, которые отвечают за иммунную систему организма: селезенку, лимфатические узлы, костный мозг; - неблагоприятная экологическая обстановка.

Следовательно, многое в сохранении защитных сил организма зависит от самого человека. Однако люди повсеместно пренебрегает этими несложными правилами, и тогда обессиленный организм чаще подвергается влиянию неблагоприятной окружающей среды.

Укрепление иммунитета - мера постоянная, а не временная. И если учесть, что специфической профилактики инфекционного мононуклеоза нет, то повышение иммунитета мы и будем считать профилактической мерой. Среди основных направлений поддержания хорошего иммунитета, а значит, основной профилактики инфекционного мононуклеоза, можно назвать:

. Устранение всех факторов, оказывающих содействие снижению защитных сил организма. Тогда организм получит возможность функционировать по той схеме, которая заложена в его ДНК. А в большинстве случаев эта схема совершенная. В первую очередь, человек должен правильно питаться, отказаться от вредных привычек, придерживаться режима труда и отдыха, заниматься физическими упражнениями согласно своему полу, возрасту, работе и состоянию здоровья, избегать переохлаждения и пр.;

. Употребление иммуномодулирующих препаратов. Препараты этого типа, как правило, влияют на антителообразование, уменьшает степень иммунодепрессии, способствуют выработке иммуноглобулинов, адаптации организма к неблагоприятным внешним факторам. Однако, принимать их следует лишь после консультации с врачом;

. Употребление витаминов для укрепления иммунитета. Поскольку организм с пищей не всегда может получить необходимое количество витаминов, макро-, и микроэлементов, фармацевтами были разработаны искусственные витаминно-минеральные комплексы. Очень хорошо повышают иммунитет витамины А, С и D, также они выступают средствами профилактики многих инфекций, включая мононуклеоз;

. Занятия физкультурой и спортом для укрепления иммунитета Двигательная активность человека - это одно из главных оснований повышения сопротивляемости организма болезням. При малоподвижном образе жизни происходит множество застойных явлений, кислород не поступает в кровь, плохо обогащаются клетки питательными веществами. Мышцы атрофируются, организм деградирует. Поэтому посильные физические нагрузки, особенно утренние занятия - гарантия физического и психического здоровья. Если человек регулярно подвергает свой организм умеренным физическим нагрузкам, все процессы в нем протекают быстрее, а, значит, быстрее образовываются иммунные клетки, которые выстраивают защиту организма от инфекций, в т.ч. от мононуклеоза;

. Использование нетрадиционных методов укрепления иммунитета, например ароматерапии. Эфирные масла обладают антибактерицидным и противогрибковым действием. С древних времён известно их благотворное влияние на нервную систему и на функционирование всех органов. Поэтому при отсутствии противопоказаний, медики рекомендуют для укрепления иммунитета периодически зажигать аромолампы, принимать тёплые ванны с эфирными маслами;

. Закаливание для укрепления иммунитета. Закаливание - прекрасный способ повысить иммунитет. Однако, как и любое мероприятие по повышению иммунитета, оно должно осуществляться под строгим наблюдением врача. О данном способе повышения иммунитета и профилактики инфекционного мононуклеоза мы поговорим далее более подробно;

. Укрепление нервной системы, овладение навыками аутотренинга и борьбы со стрессом. В быту существует поговорка: «все болезни - от нервов». В этом есть доля правды. Под воздействием стресса (а точнее вредного дистресса) в кровь вбрасывается вещество - адреналин, а также гормоны, наподобие кортизола. И если это происходит часто и регулярно, то происходит спазм кровеносных сосудов, который приводит к уменьшению притока крови к ним, снабжение кислородом и питательными веществами тканей ухудшается. Сосуда и органы воспаляются и перестают нормально функционировать. Кортизол в больших количествах чрезмерно стимулирует мышечную систему и может привести к серьёзным сердечно-сосудистым патологиям, например инфаркту миокарда. Этот гормон может стать виновником разрушения нейронов головного мозга, нарушения выработки нейромедиаторов и возникновения депрессии и др. психических заболеваний. Но главное, кортизол разрушает иммунную систему организма, делая его уязвимым к любимым вирусам, включая вирус Эпштейна - Барр.

Следовательно, человек должен научиться сопротивляться стрессам. В психологии существует понятие копинг-стратегии, то есть стратегии преодоления стресса с минимальными негативными последствиями для организма человека и его психики. Если человек избегает принятия решений, уходит в деструктивное поведение, например злоупотребляет психоактивными веществами, отдаётся внутренним отрицательным переживаниям, то стресс переходит в дистресс с вытекающими последствиями, которые мы описали выше. Но если человек адекватно оценивает ситуацию и старается разрешить проблемы, то он может избежать этого. Среди основных копинг-стратегий (стратегий преодоления стресса):

стратегия принятия ответственности;

стратегия планового решения проблем;

стратегия поиска социальной поддержки;

позитивная переоценка ситуации.

Таким образом, можно достичь:

минимизации негативного влияния обстоятельств и повышения восстановления психических и физических ресурсов (выздоровления, повышения иммунитета);

выработки терпения, навыков приспособления или регулирования, изменения жизненных ситуаций;

поддержания положительного «образа Я», уверенности в своих силах;

поддержания эмоционального равновесия;

поддержания, сохранения тесных положительных взаимосвязей с другими людьми.

. Значение спорта, закаливания и лечебной физкультуры в профилактике и лечении инфекционного мононуклеоза

Во время протекания инфекционного мононуклеоза занятия спортом противопоказаны, до полного выздоровления. Однако после прохождения стадии обострения больным может быть назначена лечебная физкультура (ЛФК). Также, как мы знаем, физические занятия, спорт являются прекрасными средствами профилактики этого заболевания.

Основными методами вспомогательной терапии при инфекционном мононуклеозе лёгкой и средней формы после стадии обострения у взрослых является лечебная физкультура, лечебная гимнастика, общеукрепляющие и дыхательные упражнения. Основными задачами ЛФК выступают: оздоровление организма и содействие его укреплению, стимулирование кровообращения брюшной полости, укрепление мышц брюшного пресса, нормализация моторной, секретной, всасывающей функций органов пищеварения, предотвращение застойных явлений в брюшной полости, в частности в районе печени и селезёнки. Не менее важно использование преимуществ диафрагмального дыхания, развитие функций полного дыхания, оказание положительного влияния на психоэмоциональную сферу.

Комплекс занятий включает в себя утреннюю и гигиеничную гимнастику, дозированную ходьбу. Отличных результатов можно добиться, объединяя упражнения с элементами гидротерапии и массажа.

Комплекс упражнений ЛФК при инфекционном мононуклеозе зависит от тяжести заболевания, как мы поняли. Тяжёлая форма заболевания (с поражением внутренних органов) и период обострения включают постельный режим. В период выздоровления комплекс лечебной гимнастики включает в себя ряд упражнений. Рассмотрим их подробнее.

Первое упражнение: исходное положение - сидя на стуле, руки опущены, ноги шире плеч. Выполняется наклон корпуса вправо, левая ладонь плавно скользит к мышечной впадине, после чего осуществляется возвращение в исходное положение. То же самое движение выполнятся с наклоном влево. Дыхание не задерживается, темп выполнения упражнения средний. Количество повторений - 4-6 раз в каждую сторон.

Второе: исходное положение - то же, руки на поясе. Вдох и левая рука отводится в сторону, в тоже время влево поворачивается корпус и голова, на выдохе корпус поворачиваемся в исходное положение. Повторить упражнение следует 3-4 раза в одну, а затем в другую сторону.

Третье: исходное положение - то же самое, кисти рук на затылке. На вдохе поворачивается корпус и голова влево, немного прогибаясь в грудном отделе позвоночника, на выдохе правый локоть должен достать до левого ребра. Осуществляется поворот в исходное положение и повторяется движение, но в другую сторону. Выполняется 2-3 раза в каждую из сторон.

Четвертое: исходное положение - то же, что и в прошлых случаях, ладони на коленах. Поочерёдно подтягивается одно, а потом второе колено к подбородку, помогая себя руками. Повторяется упражнение 4-6 раз в среднем темпе.

Пятое: исходное положение - то же, кисти на плечах. Выполняются круговые движения в плечевых суставах, амплитуда большая, сначала осуществляются вращение вперёд, затем - назад. Повторяется упражнение 6-8 раз в среднем темпе.

Шестое: исходное положение - такое же. На вдохе необходимо поднять руки и подтянуться, на выдохе развернуть корпус вправо, в эту же сторону свесить прямые руки. То же самое повторить влево. Количество повторений - 2-3, темп средний.

Седьмое: исходное положение - стоя, ноги на ширине плеч, руки опущены. На выдохе поднимается согнутая в колене левая нога, с помощью рук подтягивается колено к груди. На вдохе осуществляется возврат в исходное положение. То же самое выполняется другой ногой. Каждой ногой упражнение необходимо выполнить по 2-3 раза в среднем темпе. Восьмое: исходное положение - то же. Вдох - поднять прямые руки вверх, немного прогнуться в пояснице, правую ногу отставить назад на носок. То же самое повторить с левой ногой. Сделать 2-3 повторения каждой ногой.

Девятое: исходное положение - то же, руки ложатся на пояс. Вдох - наклон корпуса влево, выдох - возвращение в исходное положение. Повторяется 2-3 раза в каждую сторону.

Десятое: исходное положение - то же. Выдох - наклон вперед, угол между корпусом и бедрами должен составлять 90̊. Вдох - исходное положение. Необходимо повторить 4-6 раз, средний темп.

Одиннадцатое: исходное положение - то же, одна кисть находится на груди, другая на животе. Вдох - надуть живот, выдох - втянуть. Повторить 3-4 раза в медленном темпе.

Значительную эффективность показывает комплекс занятий, построенный таким образом: через 1-1,5 часа после завтрака выполняется лечебная гимнастика под музыку, продолжительность от 10 до 30-40 минут, после ЛФК аутотренинг, отдых на протяжении 30-40 минут, потом дозированная ходьба или плавание. В течение дня назначается массаж.

Лечебный массаж может использоваться в качестве профилактики и лечения инфекционного мононуклеоза, помимо стадии обострения заболевания. При этом проводится массаж брюшной полости и спины, включающий круговые поглаживания, спиралевидные растирания, комбинированное поглаживание и ручную прерывистую вибрацию (для спины). Движения должны быть плавными, умеренной силы. Массаж противопоказан при сильном увеличении печени и селезёнки.

Общеукрепляющий массаж помогает усилить иммунитет человека, улучшить кровообращение, снять напряжение после занятий спортом.

Если инфекционный мононуклеоз лёгкой и средней степени тяжести у взрослых протекает без поражения печени, селезёнки и др. органов брюшной полости ЛФК включает наклоны и повороты туловища, дыхательные упражнения статического и динамического характера, в т.ч. со снарядами. Количество повторений упражнений 8 -10, продолжительность от 25 минут до 2 часов по мере выздоровления пациента. Ранее мы также говорили о таком виде профилактики инфекционного мононуклеоза, как закаливание. Закаливание - это комплекс мероприятий, направленных на повышение сопротивляемости организма неблагоприятным метеорологическим факторам, которые могут ослабить иммунитет и сделать организм восприимчивым к инфекциям.

Основные гигиеничные принципы закаливания: систематичность, постепенность, применение закаливающих процедур с учетом индивидуальных особенностей организма, объединение закаливающих процедур с посильными формами активного движения, со здоровым образом жизни, при обязательном врачебном контроле и самоконтроле.

Принцип систематичности предполагает регулярное, ежедневное, на протяжении всего года (а не от случая к случаю) выполнение специальных процедур. Продолжительные перерывы ведут к ослаблению или полной потере приобретенных защитных реакций организма. После вынужденных продолжительных перерывов закаливающие процедуры рекомендовано начинать с малых нагрузок, а при перерывах в несколько дней - с последнего дозирования.

Начинают закаливание организма с простых способов и небольших термических (низкотемпературных) нагрузок. Нельзя форсировать дозирование закаливающих средств. Не следует также начинать закаливание с обтирания снегом или купания в проруби. Только последовательный переход от малых доз закаливающих процедур, от щадящих форм к более суровым, обеспечит эффект их положительного действия. Особенно это касается детей и пожилых людей, а также лиц уже перенёсших мононуклеоз.

Выбирая дозирование и форму закаливающих процедур, необходимо учитывать индивидуальные особенности состояния здоровья и возраст. Чаще всего выбирают холодовое, контрастное закаливание (воздушные ванны и обливания), водные процедуры (растирание, обливание и купание) и солнечные ванны.

Эффективность закаливания повышается, если производить его в сочетании с физическими упражнениями, оздоровительным бегом и ходьбой, плаванием (если нет противопоказаний), поскольку применение комплекса разных средств и методов физической культуры и закаливания будет оказывать содействие усовершенствованию разных возможностей организма.

Прием воздушных ванн проводят в хорошо проветриваемом помещении, а в тёплое время года - на улице. Раздеваться следует быстро, чтобы воздух действовал на всю поверхность тела, - это вызывает быструю и энергичную реакцию организма. Прием прохладных и холодных воздушных ванн нужно объединять с энергичными движениями.

После приёма воздушной ванны необходимо энергично растереть тело и принять теплый душ. В меру приобретения закалки из помещения можно выйти на открытый воздух даже в холодное время года. В сырую и морозную погоду продолжительность воздушных процедур сокращается. При тумане и ветре свыше трех метров в секунду воздушные ванны лучше не проводить. Продолжительность колеблется от 5 минут до получаса. Воздушные ванны для детей проводятся под строгим контролем взрослых.

Кроме специальных закаливающих воздушных ванн благотворное влияние на организм оказывает продолжительное пребывание человека на свежем воздухе, дальние пешие и лыжные походы, катание на велосипеде, коньках, туризм, рыбная ловля. Очень полезно зимой спать при открытой форточке, а летом - при открытом окне.

Воздушные ванны лучше всего принимать во время выполнения разных физических упражнений на открытом воздухе. При приёме воздушных ванн подростку и взрослому необходимо постоянно анализировать свои ощущения, т.е. «включать» самоконтроль, особенно при действии на организм холодного воздуха Организм отвечает определенной реакцией на действие температуры окружающей среды.

Сначала вследствие большой отдачи тепла возникает ощущение холода, потом кровеносные сосуды расширяются, приток крови к ним увеличивается, а ощущение холода сменяется ощущением приятной теплоты. Если появится озноб, «гусиная кожа», лучше всего немедленно одеться, сделать небольшую пробежку, выполнить несколько гимнастических упражнений.

Контрастное закаливание - это действие холодной воды (воздуха) на разогретое тело или горячей воды (пара, воздуха) на охлаждённое тело. Контрастное закаливание тренирует сосуды и приучает организм к быстрому изменению реакции.

Такое закаливание особое полезно для людей, которые работают в условиях резких температурных колебаний внешней среды: в горячих цехах, у доменных печей и т.д.

К процедурам общего контрастного закаливания можно отнести поочерёдное обливание горячей и холодной водой с разностью температур от 10 до 35°. Однако, оно противопоказано при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и конечно, при протекании мононуклеоза.

В зависимости от разности температур различают: сильноконтрастный душ (разность температуры больше 15̊), среднеконтрастный (разность температуры 10-15̊) и слабоконтрастный (разность температуры меньше 10̊) душ. Можно также использовать горячий душ в сочетании с обливанием холодной водой.

Начать закаливание лучше со слабо- и среднеконтрастного душа и в меру привыкания переходить к сильноконтрастному. Если есть подозрения на наличие заболеваний, лучше проконсультироваться с врачом. Начинать закаливание нужно тёплым душем, заканчивать - холодным душем.

Горячий воздух или пар в сочетании с морозным воздухом атмосферы, снегом и ледяной водой является очень сильным раздражителем, вызывает широкий спектр физиологических действий: повышает сопротивляемость организма к болезням, стимулирует кожное дыхание, улучшает кровообращение, повышает функцию сердечно-сосудистой системы, является сильным средством активизации деятельности капилляров и улучшения обмена веществ, укрепления иммунитета. Реакция организма на контрастное закаливание тем сильнее, чем больше перепад температур и чем быстрее он наступает. Но такие перепады полезны только хорошо закаленным и абсолютно здоровым людям. Прежде чем приступить к такой закаливающей процедуре, обязательно советуются с врачом.

Зимнее плавание - высшая форма закаливания, которая требует от тех, кто ее практикует, отличной физической и моральной подготовки. При недостаточной подготовке и неправильном выборе холодовых нагрузок можно нанести ущерб организму.

Именно поэтому занятия зимним плаванием должны проводиться организованно - в секции зимнего плавания, где обеспечивается методическое руководство, есть тренер и врачебный контроль.

Занятие в секциях зимнего плавания оказывают содействие основательному закаливанию организма, развитию устойчивости к холоду и простудным заболеваниям, инфекциям, в т.ч. мононуклеозу, усовершенствованию волевых качеств, улучшению деятельности дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем, развитию скелетной мускулатуры, усовершенствованию двигательных навыков.

Солнечные ванны также требуют осторожности. Прежде чем принимать солнечные ванны, полезно несколько минут посидеть под тентом или в тени древесной кроны. Пожилым и ослабленным людям нужно отдать предпочтение «загоранию» в тени, а не прямому действию солнечных лучей. Время пребывания на солнце следует увеличивать постепенно, чтобы не подвергнуть себя тепловому удару, ожогам кожи. Продолжительность первой солнечной ванны составляет не больше 5 минут.

Через каждые 2 дня можно увеличивать процедуру на 5-10 минут и довести до 1-2 часов в день, но обязательно во время таких продолжительных ванн нужно делать 20-минутные перерывы на отдых в тени. Здоровым людям лучше загорать в движении, например в процессе игр. Детям не стоит находиться на прямых солнечных лучах более часа без перерыва.

Солнечные ванны можно принимать в любое время дня, тем не менее, эффективнее эта процедура утром. Лучшее время для солнечных ванн летом - с 8 до 11 часов, весной и осенью - с 11 до 14 часов. Начинать прием солнечных ванн рекомендуется с облучения спины. Противопоказано загорать натощак и сразу после приёма пищи. Лучше через час - полтора после завтрака или обеда.

Солнце - достаточно сильный закаливающий фактор, поэтому, при приёме солнечных ванн, учитываются возрастные и другие особенности и состояние здоровья. При мононуклеозе, острых болезнях и обострениях хронических заболеваний, туберкулезе лёгких, разных новообразованиях закаливание солнцем противопоказано.

В целом ЛФК, спорт, здоровый образ жизни и закаливание при правильном дозировании помогают избежать инфекционного мононуклеоза, или преодолеть его негативные последствия, укрепляя иммунитет и улучшая качество жизни человека.

Заключение

Инфекционный мононуклеоз (или доброкачественный лимфобластоз, болезнь Филатова, моноцитарная ангина) представляет собой острую вирусную инфекцию, характеризующуюся преобладающим поражением ротоглотки и лимфоузлов, селезёнки и печени. Специфическим признаком заболевания является появление в крови характерных клеток - атипичных мононуклеаров. Заболевание передаётся преимущественно воздушно-капельным путем. Чаще болеют дети и подростки. У взрослых людей к 30 годам вырабатывается иммунитет (так как около 90% людей инфицированы вирусом Эпштейна - Барр, вызывающим недуг). Однако, при нарушении иммунитета, например, при наличии ВИЧ-инфекции, болезнь может поражать и взрослых. Именно у подростков и молодых людей до 30 лет болезнь может протекать в тяжёлой форме и вызывать осложнения.

Диагностика инфекционного мононуклеоза включает анализы крови, в т.ч. серологические пробы. Диагноз ставится при наличии антител к антигенам вируса Эпштейна - Барр. Комплекс терапевтических мероприятий при инфекционном мононуклеозе включает дезинтоксикационную, десенсибилизационную, общеукрепляющую терапию и симптоматичные средства в зависимости от имеющейся клиники.

Специфической профилактики заболевания не существует. Поэтому профилактика инфекционного мононуклеоза схожа с профилактикой острых респираторно-вирусных инфекций. Важная роль отводится спорту, здоровому образу жизни, правильному питания, закаливанию и борьбе со стрессами (в комплексе они способствуют укреплению иммунитета). При лёгкой и средней форме мононуклеоза после периода обострения может назначаться лечебная физкультура, лечебные массажи, гидротерапия. Активные занятия спортом позволены только после полного выздоровления.

Список использованной литературы

1. Белоусова А.К., Дунайцева В.Н. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии. - М.: Феникс, 2013. - 321 с.

. Бирюкова А.А. Лечебный массаж. - М.: Academia, 2013. - 368 с.

. Инфекционные и кожные заболевания. Под ред. Николаса А. и др. Перевод Пак С. И др. - М.: Рид Элсивер, 2010. - 296 с.

. Ковальчук Л.В. и др. Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 640 с.

. Лечебная физическая культура. Под ред. Попова С. - М.: Academia, 2013. - 416 с.

. Лукомский И.В. и др. Физиотерапия. Лечебная физкультура. Массаж. - Минск: Вышэйшая школа, 2010. - 384 с.

. Львов Н.Д., Дудукина Е.А. Ключевые вопросы диагностики Эпштейн - Барр вирусной инфекции // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2013. № 3. С. 24-32.

. Льюис С.М., Бэйн Б., Бэйтс И. Практическая и лабораторная гематология. - М.: ГЭОТАР-Медия, 2009. - 672 с.

. Маннапова Р.Т. Микробиология и иммунология. Практикум. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 568 с.

. Медицинская профилактика. Современные технологии. Под ред. Вялкова А.И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 240 с.

. Поликлиническая терапия. Под ред. Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 688 с.

. Полотнянко Л.И., Плотнянко А.Н. Лабораторная диагностика заболеваний. Учебное пособие. - М.: Владос, 2013. - 184 с.

. Потявина Е.В. Иммунитет. Лучшие методы восстановления. - М.: Вектор, 2010. - 128 с.

. Симованьян Э,Н., Ким М.А. Инфекционный мононуклеоз Эпштейн - Барр вирусной этиологии: писок информативных критериев тяжести // Актуальные вопросы современной медицины. Сборник научных трудов по итогам межвузовской ежегодной заочной научно- практической конференции с международным участием. Некоммерческое партнёрство «Инновационный центр развития образования и науки». Екатеринбург, 2014. С. 175-176.

. Соколова Н.Г., Соколова Т.В. Физиотерапия. Учебник. - М.: Феникс, 2014. - 352 с.

. Цыган В.Н. и др. Спорт. Иммунитет. Питание. - СПб.: ЭЛБИ-СПБ, 2012. - 240 с.

. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. - СПб.: Питер, 2012. - 256 с.

. Ющук Н.Д., Шестакова И.В. Некоторые аспекты лечения взрослых больных инфекцией, вызванной вирусом Эпштейн - Барр // Терапевтический архив. 2014. Т. 86. № 1. С. 89-94.