

INFEKGINĖ MONONUKLEOZĖ



*Prof. Auksė Mickienė
Lietuvos sveikatos
mokslų universiteto
Medicinos akademijos
Infekcinių ligų klinika
Kauno klinikinė ligoninė*

Infekcinė mononukleozė, arba Epsteino ir Barr virusinė infekcija, yra virusų sukeliama infekcinė liga, kuriai būdingas karščiavimas, tonzilitas ir limfadenopatija.

Etiologija. Epsteino ir Barr virusas (EBV), dar vadinamas žmogaus *herpes* 4 virusu, priklauso *Herpesviridae* šeimai, *gammaherpesviruses* pošeimiui. Tai dvigubos vijos dezoksiribonukleino rūgšties virusas. EBV yra limfotropinis virusas, infekuojantis B limfocitus. Šio viruso rezervuaras ir infekcijos šaltinis yra tik žmogus.

Epidemiologija. Dažniausiai EBV užsikrečiama lašeliu būdu per orą, per seiles ir kvėpavimo takų išskyras. Vaikai dažniausiai užsikrečia nuo suaugusių šeimos narių per buitinį kontaktą (naudodami tuos pačius indus, stalo įrankius ir kt.), o paaugliai ir suaugę žmonės – vienas nuo kito bučiuodamiesi. Todėl ši liga dažnai vadinama bučinių liga. EBV taip pat galima užsikrėsti per kraujo transfuzijas ar organų transplantaciją.

Apie 90 proc. suaugusiųjų yra infekuoti EBV. Užsikrėtus iki 3 metų, liga dažniausiai praeina be simptomų, užsikrėtus paauglystėje ir vėliau – pasireiškia infekcinės mononukleozės sindromu.

Kartą užsikrėtus, EBV visą gyvenimą išlieka limfmazgiuose, seilių liaukose ir nedideliame kiekyje cirkuliuojančių B limfocitų. Visi šiuo virusu infekuoti sveiki asmenys kartais, nejudami simptomų, išskiria EBV su seilėmis.

Didžiausias sergamumas infekcine mononukleoze registruojamas 15–24 metų žmonių grupėje. Vyrų ir moterų serga vienodai dažnai. Sezoniskumas ir epidemijos infekcinei mononukleozei nebūdingi.

Išorinėje aplinkoje EBV gyvybingas išlieka trumpai. Asmenys, gyvenantys viename kambaryje ar gydomi toje pačioje palatoje, vienas nuo kito neužsikrečia, todėl izoliuoti sergant infekcine mononukleoze nereikia.

Patogeneizė. Užsikrėtus per seiles, EBV ima daugintis nosiaryklės epitelio ląstelėse ir infekuoja B limfocitus. Virusą infekuoti B limfocitai pradeda gaminti imunoglobulinus, kurie vadinami heterofiliniais antikūnais. Jie labai svarbūs ligos diagnostikai.

Klinika. Būdingas platus klinikos spektras – nuo simptomų nesukeliančios infekcijos iki ypač retai pasitaikančių letalių ligos formų. Ligos klinikinė išraiška labiausiai priklauso nuo ligonių amžiaus: kuo ligonis jaunesnis, tuo dažnesnės simptomais nepasireiškiančios ligos formos. Suaugę ir pagyvenę žmonės infekcine mononukleoze serga retai.

Inkubacijos periodas trunka 2–5 savaites. Liga gali prasidėti ūmiai arba 7–14 dienų trunkančiais prodrominiais reiškiniais – nuovargiu, silpnumu, raumenų, galvos skausmu.

Klasikine infekcinės mononukleozės pasireiškimo forma laikoma staiga atsiradusių simptomų – karščiavimo, tonzilito ir limfadenopatijos – triada.

Karščiavimas, dažniausiai febrilus, būdingas 90 proc. ligonių. Jis tęsiasi vidutiniškai 10–14 dienų.

Tonzilito požymiai – stiprus tonzilių padidėjimas, paraudimas, eksudacija, paraudę žiočių lankai – nustatomi beveik visiems infekcine mononukleoze sergantiems ligoniams.

Ligai būdinga generalizuota limfadenopatija. Limfmazgiai būna padidėję simetriškai, truputį skausmingi palpuojant, nesuaugę nei tarpusavyje, nei su aplinkiniais audiniais. Dažniausiai būna padidėję kaklo limfmazgiai, ypač užpakaliniai.

Kepenys padidėja apie 50 proc. pacientų, kepenų fermentų aktyvumas padidėja (2–3 kartus viršija normą) apie 80 proc. atvejų. Bilirubino kiekis kraujyje būna normalus arba truputį padidėjęs, odos ar sklerų gelta pasitaiko mažiau nei 5 proc. atvejų.

Splenomegalija nustatoma 50–75 proc. ligonių.

Odos bėrimas (makulopapulinis, rečiau petechinis, urtikarinis ar panašus į skarlatininį) pasitaiko mažiau nei 5 proc. ligonių, minkštojo gomurio petechijos – 11–60 proc. atvejų.

Jeigu sergant infekcine mononukleoze vartojama aminopenicilinų grupės antibiotikų, alerginis bėrimas (dažniausiai



1 pav. Infekcinei mononukleozei būdingas tonzilito vaizdas

makulopapulinis, išplitęs, ne niežtintis) išsivysto 90–100 proc. ligonių. Išberti gali netgi baigus vartoti aminopenicilinų. Tikslus mechanizmas, kodėl aminopenicilinams sąveikaujant su EBV išsivysto alerginis bėrimas, neaiškus.

Klinikiniai požymiai tęsiasi 2–3 savaites ir baigiasi savaiminiu pasveikimu. Nuovargis ir silpnumas po persirgtos infekcinės mononukleozės gali tęstis keletą mėnesių. Manoma, bet neįrodyta, kad EBV infekcija gali sukelti lėtinio nuovargio sindromą.

Retos EBV infekcijos klinikinės formos yra Burkitto limfoma ir nazofaringinė karcinoma Afrikoje gyvenantiems žmonėms. ŽIV infekuotiems asmenims EBV sukelia liežuvio plaukuotąją leukoplakiją.

Hematologiniai pokyčiai. Leukocitų kiekis periferiniame kraujyje būna padidėjęs ir siekia $10\text{--}20 \times 10^9/l$, kartais iki $50 \times 10^9/l$. Ligos pradžioje galima absoliuti ir santykinė neutropenija ir padidėjęs jaunų formų kiekis. Pagrindinis ligos požymis yra absoliutus ($>4 \times 500 \times 10^9/l$) ir santykinis (>50 proc. bendrojo leukocitų kiekio) limfocitų kiekio kraujyje padidėjimas. Sergant 10–20 proc. kraujo limfocitų sudaro atipiniai limfocitai. Tai didesni nei įprasta T limfocitai su bazofilinėmis citoplazmos vakuolėmis ir pakitusiu branduolio chromatinu. Atipiniai limfocitai yra būdingas, bet nespecifinis ligos požymis – jų gali būti aptinkama esant citomegalovirusinei, adenovirusinei infekcijai, raudonukei, *herpes simplex* viruso sukeltai infekcijai, toksoplazmozei ir kitoms ligoms.

Trombocitopenija pasitaiko apie 50 proc. infekcine mononukleoze sergančių asmenų.

Kraujyje dažniausiai susidaro heterofilinių antikūnų (t. y. antikūnų, reaguojančių su skirtingos rūšies (ne žmogaus) antigenais). Pirmąją ligos savaitę heterofilinių antikūnų aptinkama maždaug 40 proc., antrąją savaitę – 60 proc., trečiąją – 80–90 proc. ligonių. Heterofiliniai antikūnai nėra specifinis ligos požymis – jų gali atsirasti sergant įvairiomis limfoproliferacinėmis ligomis, esant tam tikroms organizmo būklėms (pvz., nėštumui), o kartais ir sveikiems asmenims. Heterofiliniai antikūnai dažniausiai nustatomi aglutinacijos ant latekso testu.

Kadangi EBV infekuojama B limfocitais, gali atsirasti šaltinio aglutininių, antikūnų, reaguojančių su eritrocitų antigenais, reumatoidinio faktoriaus, antinuklearinių antikūnų, krioglobulinų.

Komplikacijos. 3–30 proc. pacientų tonzilitas komplikuojasi antrine bakterine infekcija, sukelia A grupės beta hemolizinio streptokoko.

Autoimuninės kilmės hemolizinė anemija komplikuojasi 0,5–3 proc. ligos atveju. Hemolizinės anemijos požymiai dažniausiai pasireiškia 2–3 ligos savaitę ir savaime praeina per 1–2 mėnesius. Trombocitopenija su kraujavimo požymiais pasitaiko retai, ji yra autoimuninės kilmės.

Labai reta (pasitaikanti maždaug 0,2 proc. atveju), bet ypač pavojinga infekcinės mononukleozės komplikacija yra bluž-

nies plyšimas. Pirmasis šios komplikacijos požymis yra staiga atsiradęs labai stiprus skausmas kairėje pašonėje. Vėliau atsiranda šoko požymiai dėl vidinio kraujavimo. Ši komplikacija gydoma chirurginiu būdu – skubiai atliekama splenektomija. Nustačius splenomegaliją esant infekcinei mononukleozei, blužnis turi būti palpuojama ypač atsargiai, norint išvengti blužnies plyšimo. Keletą savaičių po ligos būtina vengti intraabdominalinio slėgio padidėjimo (fizinio krūvio, obstrukcijų ir kt.).

Neurologinės komplikacijos pasitaiko mažiau nei 1 proc. pacientų. Pagrindinė nervų sistemos pažeidimo forma yra encefalitas, rečiau – meningitas. Pavieniais atvejais liga sukelia komplikacijų – Guillaino-Barre'o sindromą, Bello paralyžių ar kitą galvos ar nugaros nervų neuritą, skersinį mielitą.

Sergant infekcine mononukleoze, galima mikrohematurija ar nedidelė proteinurija. Pavieniais atvejais liga komplikuojasi perikarditu, miokarditu, miozitu, pneumonitu.

Diagnostika. Tipiniu atveju, esant būdingų klinikinių požymių ir nustatius atipinių limfocitų kraujyje, diagnozei pagrįsti pakanka nustatyti heterofilinius antikūnus kraujyje. Specifiniai serologiniai testai dažniausiai atliekami tada, kai gaunamas neigiamas heterofilinių antikūnų testas ir (ar) esant abejotinų arba netipiškų ligos klinikinių požymių. Specifinė diagnostika – IgM ir IgG antikūnų nuo 3 pagrindinių EBV antigenų (kapsidės, ankstyvojo ir branduolio) nustatymas kraujyje imunofermentinės analizės metodu.

Diferencinė diagnostika. Infekcinė mononukleozė skiriasi nuo streptokokinio tonzilito, citomegalovirusinės infekcijos, toksoplazmozės, pirminės žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) infekcijos, virusinių hepatitų, raudonukės, tymų, parotito, kraujo ligų (limfomos, leukozės).

Gydymas. Specifinio EBV infekcijos gydymo nėra. Simptomams palengvinti skiriama antipiretikų, skysčių į veną ir (ar) gerti. Vaikams draudžiama vartoti aspiriną, nes gali išsivystyti Reye'aus sindromas. Esant antriniam streptokokiniam tonzilitui, skiriama penicilino. Amoksicilino ar ampicilino šiuo atveju negalima vartoti dėl didelės alerginio bėrimo tikimybės. Prednizolonas (40–60 mg/p. 4–7 paras) skiriamas gresiant kvėpavimo takų obstrukcijai, esant sunkiai hemolizinei anemijai, trombocitopenijai, kartais – išsivysčius neurologinių komplikacijų ar esant miokarditui. Acikloviras EBV veikia *in vitro*, bet infekcinei mononukleozei gydyti šio vaisto neskiriama, nebent labai retai pasitaikančios lėtinės progresuojančios EBV infekcijos atveju. Acikloviru gali būti gydomi ŽIV infekuoti ligoniai, sergantys liežuvio plaukuotąja leukoplakija.

Priemonės nuo epidemijos ir profilaktika. Priemonės nuo epidemijos židinyje netaikomos. Ligonį izoliuoti nebūtina. Jie gali būti gydomi namuose, sunkiais atvejais – guldomi į ligonines. Profilaktikos principai tokie patys, kaip ir sergant kitomis virusinėmis kvėpavimo takų ligomis.