

Некоммерческое партнерство  
«Национальное научное общество инфекционистов»

## **КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

# **ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ У ВЗРОСЛЫХ**

*Утверждены решением  
Пленума правления Национального научного  
общества инфекционистов  
30 октября 2014 года*

**2014**

## **«Инфекционный мононуклеоз у взрослых» Клинические рекомендации**

**Рассмотрены и рекомендованы к утверждению Профильной комиссией по инфекционным болезням Минздрава России на заседании 25 марта 2014 года.**

### **Члены Профильной комиссии:**

Шестакова И.В. (г. Москва), Малышев Н.А. (г. Москва), Лебедев В.В. (Южный Федеральный округ), Сологуб Т.В. (Северо-Западный федеральный округ), Агафонов В.М. (Архангельская область), Авдеева М.Г. (г. Краснодар), Александров И.В. (Новгородская область), Альбогачиева Э.И. (Республика Ингушетия), Амбалов Ю.М. (г. Ростов-на-Дону), Аршба Т.Е. (Астраханская область), Афиногенова Л.А. (Республика Бурятия), Баташева И.И. (Ростовская область), Беляева Н.М. (г. Москва), Берова Р.М. (Республика Кабардино-Балкария), Блохина Н.П. (г. Москва), Бородкина О.Д. (Кемеровская область), Валишин Д.А. (Республика Башкортостан), Веселова Е.В. (Забайкальский край), Волчкова Е.В. (г. Москва), Городин В.Н. (Краснодарский край), Давудова И.В. (Камчатский край), Дагаева Р.М. (Чеченская Республика), Девянин О.А. (Курская область), Дегтярева А.А. (Республика Крым), Дьяченко И.И. (Удмуртская Республика), Емельянова О.Н. (Еврейская автономная область), Ермолова Л.А. (г. Ростов-на-Дону), Ефимов С.В. (Чувашская Республика), Жаров М.А. (г. Майкоп), Жданов К.В. (г. Санкт-Петербург), Збровская Н.М. (Республика Карелия), Зиньковская С.В. (Чукотский автономный округ), Зубаров П.Г. (Нижегородская область), Иванов И.Б. (Калининградская область), Иванова М.Р. (Республика Кабардино-Балкария), Имкенова Л.Н. (Республика Калмыкия), Иоанниди Е.А. (Волгоградская область), Каримов И.З. (Республика Крым, г. Симферополь), Катков В.В. (Республика Коми), Катанасова Л.Л. (Ханты-Мансийский автономный округ - Югра), Катырин В.И. (Орловская область), Кашуба Э.А. (Уральский Федеральный округ), Киселева Л.М. (г. Ульяновск), Ковширина Ю.В. (Томская область), Кожевникова Г.М. (г. Москва), Козлова В.И. (Рязанская область), Корочкина О.В. (Приволжский федеральный округ), Коссобудский М.Ю. (Мурманская область), Кравченко И.Э. (Республика Татарстан), Кузнецова А.В. (Хабаровский край), Кузьменко Е.В. (Магаданская область), Куприянова А.В. (г. Севастополь), Кушакова Т.А. (Республика Марий Эл), Латышева И.Б. (Ленинградская область), Малеев В.В. (г. Москва), Мануева Я.Н. (Тверская область), Мартынов В.А. (г. Рязань), Масалев В.В. (Пермский край), Мельцова И.Д. (Республика Карачаево-Черкессия), Микушева Е.А. (Ненецкий автономный округ), Миронова Н.И. (Саратовская область), Михеева Р.Л. (Белгородская область), Молочный В.П. (Дальневосточный Федеральный округ), Монастырский А.А. (Воронежская область), Морозов Е.Н. (г. Москва), Намитоков Х.А. (Республика Адыгея), Наумова Л.М. (г. Пермь), Никифоров В.В. (г. Москва), Нурмухаметова Е.А. (г. Москва), Орлов М.Д. (Тюменская область), Отараева Б.И. (г. Владикавказ), Павелкина В.Ф. (Республика Мордовия), Пантюхова Р.А. (Тульская область), Платко Г.П. (Республика Хакасия), Подгорочная Т.Н. (Вологодская область), Позднякова Л.Л. (Новосибирская область), Притулина Ю.Г. (г. Воронеж), Прусс В.Ф. (Оренбургская область), Пшеничная Н.Ю. (г. Ростов-на-Дону), Рау Н.Ю. (Республика Алтай), Рахманова А.Г. (г. Санкт-Петербург), Савинова Г.А. (Ульяновская область), Сагалова О.И. (Челябинская область), Санникова И.В. (Ставропольский край), Сарыглар А.А. (Республика Тыва), Сафонов А.Д. (Омская область), Сивачева И.Л. (Псковская область), Симакова А.И. (Приморский край), Ситников И.Г. (г. Ярославль), Слепцова С.С. (Республика Саха (Якутия), Суздальцев А.А. (Самарская область), Таланова Н.М. (Костромская область), Тихомолова Е.Г. (Кировская область), Тихонова Е.П. (Красноярский край), Тихонова Н.Н. (Республика Саха (Якутия), Томилка Г.С. (Хабаровский край), Трагира И.Н. (Брянская область), Тхакушинова Н.Х. (Краснодарский край), Федорищев В.В. (Ямало-Ненецкий автономный округ), Фомина Т.В. (Курганская область),

Хабудаев В.А. (Иркутская область), Чернова Т.Ф. (Пензенская область), Чесноков А.Т. (Липецкая область), Шевченко В.В. (Алтайский край), Шипилов М.В. (Смоленская область), Шошин А.А. (Ярославская область), Штундер И.П. (Калужская область), Эсауленко Е.В. (г. Санкт-Петербург), Ющук Н.Д. (г. Москва), Якушева Г.М. (Сахалинская область).

**Утверждены решением Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 года.**

**Члены Правления Некоммерческого партнерства "Национальное научное общество инфекционистов":**

Покровский В.И., Аитов К.А., Покровский В.В., Волжанин В.М., Беляева Н.М., Шестакова И.В., Анохин В.А., Сологуб Т.В., Кожевникова Г. М., Лебедев В.В., Ситников И.Г., Малышев Н.А., Горелов А.В., Учайкин В.Ф.

Приглашенные лица: Усенко Д.В., Феклисова Л.В., Мартынов В.А.

## Предисловие

Разработан:	ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ
Внесен:	ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ
Принят и введен в действие:	Утвержден на заседании Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 года
Введен впервые:	2015 г.
Отредактирован:	

### Код протокола

91500.	11.	B27 B27.0 B27.1 B27.8 B27.9 D82.3	01	-	2014	

91500.	Код отрасли здравоохранения по ОКОНХ
11.	Группа нормативных документов в системе стандартизации в отрасли, согласно «Основным положениям стандартизации здравоохранения»
B27 B27.0 B27.1 B27.8 B27.9 D82.3	Код класса протокола для нозологических форм (синдромов) принимает значение от A00.0 до Z99.9 (соответственно четырехзначной рубрикации МКБ-10), а для клинических ситуаций — в порядке их классифицирования
01	Порядковый номер варианта протокола принимает значение от 01 до 99
2014	Год утверждения протокола принимает значения 20XX

Кодирование вновь создающихся клинических рекомендаций (протокола лечения) происходит таким образом, что внесение дополнений не требует изменения кодов уже существующих протоколов лечения больных. Порядковое значение этих кодов достаточно для проведения разработки и добавления новых протоколов и пересмотра существующих.

## Содержание

1	Область применения	7
2	Нормативные ссылки	7
3	Термины, определения и сокращения	8
4	Общие положения	11
4.1	Определения и понятия	14
4.2	Этиология и патогенез	15

4.3	Классификация и клиническая картина	18
4.4	Общие подходы к диагностике	21
4.5	Клиническая дифференциальная диагностика заболевания	21
4.6	Эпидемиологическая диагностика	23
4.7	Лабораторная диагностика	23
4.8	Инструментальная диагностика	25
4.9	Специальная диагностика	26
4.10	Обоснование и формулировка диагноза	27
4.11	Лечение	27
4.12	Реабилитация	32
4.13	Диспансерное наблюдение	33
4.14	Общие подходы к профилактике	33
4.15	Организация оказания медицинской помощи больным	34
4.16	Организация оказания медицинской помощи беременным	34
5	Характеристика требований	35
5.1	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная доврачебная медико-санитарная помощь)	35
5.1.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	35
5.1.2	Требования к диагностике в амбулаторных условиях	36
5.1.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	36
5.1.4	Требование к лечению в амбулаторных условиях	37
5.1.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях	37
5.1.6	Требования к лекарственной помощи в амбулаторных условиях	38
5.1.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях	38
5.1.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	38
5.1.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	39
5.1.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	39
5.1.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	39
5.1.12	Возможные исходы и их характеристика	39
5.2	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь)	40
5.2.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	40
5.2.2	Требования к диагностике в амбулаторных условиях	40
5.2.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	45
5.2.4	Требования к лечению в амбулаторных условиях	46
5.2.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях	46
5.2.6	Требование к лекарственной помощи в амбулаторных условиях	46
5.2.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях	47
5.2.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	47
5.2.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	47
5.2.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	48
5.2.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и	48

	прекращение действия протокола	
	5.2.12 Возможные исходы и их характеристика	48
5.3	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь при ИМ средней степени тяжести, стационарная)	48
	5.3.1 Критерии и признаки определяющие модель пациента	49
	5.3.2 Требования к диагностике в стационарных условиях	49
	5.3.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	55
	5.3.4 Требования к лечению в стационарных условиях	56
	5.3.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях	57
	5.3.6 Требования к лекарственной помощи в амбулаторных условиях	57
	5.3.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях	58
	5.3.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации	58
	5.3.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям	59
	5.3.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	59
	5.3.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	59
	5.3.12 Возможные исходы и их характеристика	59
5.4	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь при ИМ тяжелой степени тяжести, стационарная)	60
	5.4.1 Критерии и признаки определяющие модель пациента	60
	5.4.2 Требования к диагностике в стационарных условиях	60
	5.4.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	66
	5.4.4 Требования к лечению в стационарных условиях	67
	5.4.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в стационарных условиях	67
	5.4.6 Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях	67
	5.4.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях	70
	5.4.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации	70
	5.4.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям	70
	5.4.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	70
	5.4.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	70
	5.4.12 Возможные исходы и их характеристика	71
6	Графическое, схематическое представления протокола лечения больных	71
7	Мониторинг протокола лечения больных	71
8	Экспертиза проекта протокола лечения больных	71
9	Приложения	72
10	Библиография	73

## Введение

Клинические рекомендации (протокол больных) «Инфекционный мононуклеоз у взрослых» разработан:

Фамилии, имена, отчества разработчиков	Место работы с указанием занимаемой должности, ученой степени и звания	Адрес места работы с указанием почтового индекса	Рабочий телефон с указанием кода города
Львов Николай Дмитриевич	ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ, руководитель лаборатории герпесвирусных инфекций, профессор, доктор медицинских наук	г. Москва, ул. Гамалеи д.16	+7(499)190-28-66
Мельниченко Анна Валерьевна	ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ, ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук	г. Москва, ул. Гамалеи д.16	+7(499)190-28-66
Панюкова Елена Магомедовна	ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ, Ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук	г. Москва, ул. Гамалеи д.16	8-(499)190-28-66
Шестакова Ирина Викторовна	Главный специалист по инфекционным болезням Минздрава РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" Минздрава России	105275, г. Москва, 8-я ул. Соколиной горы, д. 15, корп. АБК	+7(495)365-60-39

### 1. Область применения

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Инфекционный мононуклеоз у взрослых» предназначен для применения в медицинских организациях Российской Федерации.

### 2. Нормативные ссылки

В Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);

- Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 января 2012 г. №69н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях», зарегистрирован в Минюсте РФ 4 апреля 2012 г., регистрационный №23726;

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №1664н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрирован в Минюсте 24 января 2012, регистрационный № 23010;

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г., регистрационный №18247;

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. № 1629н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи»;

- Методические рекомендации Министерства Здравоохранения и социального развития РФ от 06.08.2007 г. № 5950-РХ «О проведении исследования на ВИЧ-инфекцию».

- Международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра (МКБ-10) (Всемирная организация Здравоохранения, 1994)

- Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1/3.2.1379-03 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней».

- Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56034-2014 (Клинические рекомендации – протоколы лечения)

- Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 1 ноября 2012г. № 572н « Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий).

### 3. Термины, определения и сокращения

В документе применяются термины в интерпретации, делающей их однозначными для восприятия медицинскими работниками. Для целей настоящего нормативного документа используются следующие термины, определения и сокращения:

Клинические рекомендации (протокол лечения)	Нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.
Модель пациента	Сконструированное описание объекта (заболевание, синдром, клиническая ситуация), регламентирующее совокупность клинических или ситуационных характеристик, выполненное на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на исход и значимых причинно-следственных связей, определяющее возможность и необходимость описания технологии оказания медицинской помощи.
Нозологическая форма	Совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний

	с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.
Заболевание	Возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;
Основное заболевание	Заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.
Сопутствующее заболевание	Заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.
Тяжесть заболевания или состояния	критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.
Исходы заболеваний	Медицинские и биологические последствия заболевания.
Последствия (результаты)	Исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.
Осложнение заболевания	Присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; - развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.
Состояние	Изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.
Клиническая ситуация	Случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.
Синдром	Состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

Симптом	Любой признак болезни, доступный для определению независимо от метода, который для этого применялся
Пациент	Физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.
Медицинское вмешательство	Выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;
Медицинская услуга	Медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;
Качество медицинской помощи	Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.
Физиологический процесс	Взаимосвязанная совокупная деятельность различных клеток, тканей, органов или систем органов (совокупность функций), направленная на удовлетворение жизненно важной потребности всего организма.
Функция органа, ткани, клетки или группы клеток	Составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.
Формулярные статьи на лекарственные препараты	Фрагмент протоколов лечения больных, содержащий сведения о применяемых при определенном заболевании (синдроме) лекарственных препаратах, схемах, и особенностях их назначения.
В тексте документа используются следующие сокращения:	
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ОМС	Обязательное медицинское страхование граждан
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
ПМУ	Простая медицинская услуга
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации

ОКОНХ	Общероссийский классификатор отраслей народного хозяйства
ЭБВИ	Эпштейна-Барр вирусная инфекция
ВЭБ	Вирус Эпштейна-Барр
ИМ	Инфекционный мононуклеоз
ФЗ	Федеральный закон

#### **4. Общие положения**

Протокол лечения больных инфекционным мононуклеозом разработан для решения следующих задач:

- ▲ проверки на соответствие установленным Протоколом требований при проведении процедуры лицензирования медицинской организации;
- ▲ установление единых требований к порядку диагностики, лечения, реабилитации и профилактики больных инфекционным мононуклеозом;
- ▲ унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным инфекционным мононуклеозом;
- ▲ обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации;
- ▲ разработка стандартов медицинской помощи и обоснования затрат на ее оказание;
- ▲ обоснования программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению;
- ▲ проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи объективными методами и планирования мероприятий по его совершенствованию;
- ▲ выбора оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного больного;
- ▲ защиты прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Область распространения клинических рекомендаций (протокола лечения) "Инфекционный мононуклеоз у взрослых" - медицинские организации вне зависимости от их форм собственности.

#### **Методология**

#### **Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:**

поиск в электронных базах данных.

#### **Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:**

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, Clinicalkey ELSEVIER, электронную библиотеку (www.elibrary.ru). Глубина поиска составляла 10 лет.

#### **Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:**

△ Консенсус экспертов;

△ Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

**Таблица 1**

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций**

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

**Методы, использованные для анализа доказательств:**

△ Обзоры опубликованных мета-анализов;

△ Систематические обзоры с таблицами доказательств.

**Описание методов, использованных для анализа доказательств:**

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

**Таблицы доказательств:**

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

## Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

Таблица 2

### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
<b>A</b>	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
<b>B</b>	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
<b>C</b>	группа доказательств, включающая результаты исследований оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
<b>D</b>	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства , из исследований, оцененных, как 2+

### Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points — GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

### Экономический анализ:

При наличии отечественных данных по эффективности затрат на анализируемые вмешательства в рекомендованных для селекции/сбора доказательств базах данных, они учитывались при принятии решения о возможности рекомендовать их использование в клинической практике.

### Метод валидации рекомендаций:

- ▲ внешняя экспертная оценка;
- ▲ внутренняя экспертная оценка.

### Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив

пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

### **Консультация и экспертная оценка:**

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии в предварительной версии на VI Ежегодном Всероссийском конгрессе по инфекционным болезням – 24-26 марта 2014 года и на заседании Профильной комиссии по специальности «инфекционные болезни» Минздрава РФ 25 марта 2014 г. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте Национального Научного Общества Инфекционистов (<http://nnoi.ru>) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

### **Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

### **Основные рекомендации:**

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

### **Ведение протокола:**

Ведение протокола «Инфекционный мононуклеоз у взрослых» осуществляется Федеральным государственным бюджетным учреждением «Научно-исследовательский институт вирусологии им. Д.И. Ивановского» Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

Система ведения предусматривает взаимодействие Федеральным государственным бюджетным учреждением «Научно-исследовательский институт вирусологии им. Д.И. Ивановского» Министерства Здравоохранения Российской Федерации со всеми заинтересованными организациями.

## **4.1 Определения и понятия**

Инфекционный мононуклеоз (mononucleosis infectiosa, мультигландулярный аденоз, железистая лихорадка, болезнь Филатова, ангина моноцитарная, лимфобластоз доброкачественный) (B27 по МКБ-10) – острое вирусное заболевание, которое характеризуется лихорадкой, поражением ротоглотки, лимфатических узлов, печени, селезенки и своеобразными изменениями состава крови, вызванное вирусом Эпштейна-Барр. Вирус назван в честь английского вирусолога профессора Майкла Энтони Эпштейна (Michael Anthony Epstein) и его аспирантки Ивонны Барр (Yvonne Barr), описавших его в 1964 году.

Инфекционный мононуклеоз относится к антропонозным инфекциям. Источником являются больные с клинически выраженными и стертыми формами болезни, здоровые

вирусоносители.

Эпштейна-Барр вирусная инфекция (ЭБВИ) – одна из самых распространенных вирусных инфекций в мире. Первичное заражение происходит в детском возрасте и подростковом с развитием синдрома острого мононуклеоза и человек остается вирусоносителем пожизненно. Однако доказана ведущая роль вируса Эпштейна-Барр в развитии онкологической и иммунологической патологии человека. Показано, что 1% всех новообразований вызваны ВЭБ, вирус причастен к развитию таких новообразований, как лимфома Беркитта, ходжкинская лимфома, назофарингеальная карцинома, экстранодальная Т/НК-клеточная назальная лимфома, ангиоиммунобластоидная Т-клеточная лимфома, лимфогранулематоз, В-клеточная лимфома пожилых людей первичная выпотная лимфома, плазмобластная лимфома, первичная лимфома ЦНС, посттрансплантационное лимфопролиферативное отторжение, лимфоэпителиальноподобная карцинома желудка, карцинома печени, слюнных желез, тимуса, дыхательных путей, пищеварительного тракта.

#### **Структура заболеваемости инфекционным мононуклеозом**

Инфицированность вирусом Эпштейна-Барр по данным серологических исследований к 40 годам превышает 90% населения, 50% населения переносит инфекционный мононуклеоз в детском и подростковом возрасте. Инцидентность инфекционного мононуклеоза (ИМ), вызванного ВЭБ, – 50-100 просантимилле ( $^0_{/0000}$ ). Первичное инфицирование может произойти в 2-3-х-месячном возрасте с развитием синдрома комплекса инфекционного мононуклеоза у шестимесячных детей. К концу первого года жизни антитела находят только у 17% детей, средний возраст сероконверсии 3-4- года. В развитых странах инфицирование в основном происходит в подростковом и молодом возрасте – в 15-19 лет, иногда наблюдается бимодальный подъем заболеваемости: первый пик – среди детей до 5 лет и второй – среди детей старше 10 лет. Заражение ВЭБ в юношеском возрасте в 75% случаев приводит к развитию ИМ. Наиболее тяжелое течение острой ВЭБ-инфекции наблюдается у лиц старше 24 лет. В 60%-80% случаев первичная ВЭБ инфекция характеризуется асимптомной сероконверсией инфицирования. У остальных 20%-30% инфицированных может развиваться клинически манифестный острый мононуклеоз – фебрильная лихорадка, ангина, увеличение заднешейных лимфатических узлов, гепатоспленомегалия, в крови обнаруживаются атипичные мононуклеары. Сезонных колебаний заболеваемости острой ВЭБ-инфекции не обнаружено.

**Среди беременных женщин** титры антител к ВЭБ снижаются к концу беременности (по сравнению с началом беременности), что может быть связано с изменениями в функции клеточного, гуморального иммунитета во время беременности и/или передачи антител к плоду в конце беременности. Афро-американские женщины показали более высокие титры антител IgG VCA по сравнению с белыми женщинами, наблюдается большое расовое различие. Среди беременных серопозитивны от 93,6% до 98% женщин (уровень обычной популяции), у 35% отмечается реактивация ВЭБ-инфекции.

**Инфекционный мононуклеоз при беременности** проявляется перемежающейся лихорадкой, недомоганием, головной болью, ангиной, увеличением и болезненностью шейных и подмышечных лимфатических узлов. В 75% случаев наблюдается спленомегалия, в 17% - гепатомегалия. Желтуха развивается у 11% больных. Первичная ВЭБ-инфекция во время беременности редка. ВЭБ, как и другие герпесвирусы, может проникать трансплацентарно, в некоторых случаях описаны мертворождения, спонтанные аборт, патологии плода (хориоретинит, микрофтальм, поражение сердца, нервной системы).

#### **4.2 Этиология и патогенез**

Возбудителем инфекционного мононуклеоза является вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) – (Epstein-Barr) - вирус герпеса человека 4-го типа, который является представителем онкогенных ДНК-содержащих вирусов. Вирус относится к семейству Herpesviridae, подсемейству Gammaherpesviridae, роду Lymphocryptovirus. Определены 2 штамма ВЭБ по

способности их к трансформации В-лимфоцитов (тип А и тип В), неразличимые серологически, но специфически идентифицируемые цитотоксическими Т-лимфоцитами. ВЭБ сферической формы диаметром 120-150 нм, имеет сложную антигенную структуру. В процессе репликации вируса экспрессируется свыше 70 различных вирусспецифических белков. Определены группы иммуногенных белков, выявление антител к которым позволяет дифференцировать стадию инфекции: EA (Early antigen) – ранний антиген, включает белки p54, p138; EBNA-1 (Epstein-Barr nuclear antigen) – ядерный антиген, белок p72; VCA (Viral capsid antigen) – капсидный антиген, включает комплекс белков p150, p18, p23; LMP (Latent membrane protein) – латентный мембранный белок, gp125.

Своеобразие патологического процесса при инфекционном мононуклеозе определяется трансформацией и неконтролируемой пролиферацией инфицированных В-лимфоцитов за счет нарушения их апоптоза. В условиях угнетения Т-клеточного звена иммунитета это обеспечивает пожизненную персистенцию вируса в организме человека, развитие злокачественных опухолей лимфоидных органов, аутоиммунных реакций, индукции вторичного иммунодефицитного состояния.

Стадии патогенеза	Характеристика
Инфицирование	Через входные ворота (слизистую оболочку верхних дыхательных путей) с помощью рецептора CD21 ВЭБ адсорбируется на клетках эпителия назофарингеального отдела, слюнных желез, инфицирует В-лимфоциты, Т-лимфоциты, натуральные киллеры (NK), макрофаги, нейтрофилы, эндотелиоциты.
Лизис инфицированных клеток	Цитотоксические клетки лизируют инфицированные ВЭБ В-лимфоциты, что приводит к выделению большого количества антигенов вируса и освобождение липопротеидов, цитокинов, вызывающих лихорадочную реакцию, и, возможно, оказывающих токсическое действие на печень, что определяет появление первых клинических симптомов заболевания с поражением лимфоидных органов (миндалин, печени, селезенки).
Продуктивный репликативный (литический) вариант развития патологического процесса	Характерен для острого инфекционного мононуклеоза. Происходит репликация вирусной ДНК, продукция вирусных гликопротеидов, при этом частицы вируса созревают, высвобождаются из клетки, в результате чего клетка погибает. Клинически это проявляется рецидивом инфекционного мононуклеоза.
Непродуктивный вариант развития патологического процесса	Внедрение вируса в ДНК клетки хозяина делает его недосыгаемым для иммунного контроля и является одним из основных механизмов развития хронического течения ВЭБ-инфекции. Персистенция ВЭБ в латентной форме в трансформированных В-лимфоцитах при первичной ВЭБ-инфекции приводит к постоянному носительству вируса с небольшим числом латентно инфицированных В-клеток, циркулирующих у серопозитивных лиц. Факторы, способствующие угнетению Т-клеточного иммунитета, позволяют клеткам вновь активировать литический вариант развития патологического процесса.
Иммуносупрессия	Механизмы ВЭБ-индуцированной иммуносупрессии обусловлены выработкой ряда цитокинов, ингибирующих выработку интерферона-γ (ИФН-γ), уменьшающих концентрацию колониестимулирующего фактора (КСФ) и угнетающих мобилизацию из депо стволовых клеток. Важную роль в подавлении клеточного звена

	<p>иммунитета играют экспрессируемые вирусом иммуносупрессорные белки, гомологичные ИЛ-10Б ИЛ-1, ИЛ-12. Мембранные протеины ВЭБ способны подавлять продукцию интерферонов и индуцировать Th2 ответ. Вмешательство ВЭБ в цитокиновую регуляцию иммунитета осуществляется не только за счет синтеза вирусных белков, гомологичных нормальным цитокинам, но и изменения лимфокинпродуцирующей функции инфицированных клеток. Зараженные эпителиоциты миндалин усиленно синтезируют ИЛ-1<math>\beta</math>, ИЛ-6 и ФНО-<math>\alpha</math>. В острую фазу болезни в крови у больных возрастают уровни цитокинов ИЛ-1<math>\alpha</math>, ИЛ-2, ИЛ-6 ИЛ-8 и ИФН-<math>\gamma</math>, а также снижается уровень интерферона-<math>\alpha</math> (ИФН-<math>\alpha</math>). Интенсивная выработка провоспалительных цитокинов в остром периоде болезни приводит к реализации клеточного иммунного ответа и циклическому течению заболевания с выздоровлением. Нарушение цитокиновой регуляции лежит в основе механизмов иммуносупрессии, обеспечивающих вирусу возможность «ускользания от иммунитета».</p>
<p>Формирование иммунного ответа</p>	<p>Эффективный иммунный ответ на внедрение ВЭБ включает в себя как гуморальные, так и клеточные механизмы. Острый инфекционный мононуклеоз характеризуется напряженным иммунным ответом, нарастающим с тяжестью заболевания: лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз с увеличением числа всех субпопуляций лимфоцитов, в том числе с маркерами активации CD 25+ и CD 95+, повышение сывороточных концентраций IgM, IgA и IgE, ЦИК, содержания ИЛ-8, ИФН-<math>\gamma</math> и рецепторного антагониста ИЛ-1, рост соотношения ИФН-<math>\gamma</math> /ИЛ-4; в отличие от хронического течения, когда отмечается снижение субпопуляций T- и B- лимфоцитов. Рецидивы инфекционного мононуклеоза характеризуются слабой активацией как клеточного, Th1-зависимого звена (по уровню ИФН-<math>\gamma</math>, количеству CD4+, CD8+ и CD25+ T-лимфоцитов), так и гуморального, Th2-зависимого (по уровню IgA, IgE, ЦИК, титру IgG к EA), при, напротив, повышенной продукции ФНО-<math>\alpha</math>. Условием формирования рецидивирующего течения ВЭБ-инфекции является неадекватный цитокиновый ответ в острую фазу инфекционного мононуклеоза, характеризующийся слабой активацией синтеза провоспалительных цитокинов ФНО-<math>\alpha</math>, ИЛ-8 и цитокина Th1 типа ИФН-<math>\gamma</math>, при усиленной секреции противовоспалительного цитокина Th2 типа ИЛ-4.</p>
<p>Особенности иммунного ответа при мононуклеозе</p>	<p>При первичной инфекции формируются нейтрализующие антитела класса IgM к VCA, позднее – IgG к ранним антигенам (EA). Антитела класса IgG к нуклеарным (ядерным) антигенам (EBNA) сохраняются пожизненно, не обладают вируснейтрализующим действием, а являются серологическими маркерами латентной ВЭБ-инфекции. У инфицированных ВЭБ пациентов отмечают переключение синтеза антител с класса IgM на IgA, IgG или IgE. В ряде случаев возможна избыточная продукция IgG и IgA, что приводит к развитию аутоиммунных заболеваний, или избыточный синтез IgE, что предрасполагает к атопии. При манифестной форме ВЭБ-инфекции повышается уровень циклических иммунных комплексов (ЦИК) и снижается фагоцитарная активность лейкоцитов. Циркулирующие в крови иммунные комплексы могут вызывать неблагоприятные иммунопатологические реакции. Ближайший и отдаленный прогноз для</p>

	больного с острой инфекцией, вызванной ВЭБ, зависит от наличия и степени выраженности иммунной дисфункции. Процесс хронизации инфекции и развитие рецидивов обусловлены нарушением баланса между популяциями клонов CD4+Т-лимфоцитов-хелперов 1 (Th1) и 2 (Th2) типов на фоне изменения выработки различных цитокинов.
--	--

### 4.3 Клиническая картина и классификация

#### 4.3.1 Клиническая картина инфекционного мононуклеоза

Инкубационный период составляет от 4 до 7 недель. Продромальный период, во время которого наблюдаются повышенная утомляемость, недомогание, миалгии, может длиться от 1 до 2 недель. Заболевание, как правило, начинается остро с появления симптомов интоксикации и повышения температуры тела до фебрильных цифр, боли в горле, увеличением лимфоузлов. Клинический симптомокомплекс формируется в течение 5-7 дней (таблица 3).

Таблица 3

Клинические проявления инфекционного мононуклеоза

Клинические проявления	Частота, %
<b>Жалобы</b>	
Боль в горле	75 (50-87)
Недомогание	47 (42-76)
Головная боль	38 (22-67)
Боль в животе, тошнота, рвота	17 (5-25)
Озноб	10 (9-11)
<b>Данные физикального исследования</b>	
Увеличение лимфоузлов	95 (83-100)
Лихорадка	93 (60-100)
Ангина	82 (68-90)
Спленомегалия	51 (43-64)
Гепатомегалия	11 (6-15)
Сыпь	10 (0-25)
Периорбитальный отек	13 (2-34)
Высыпания на небе	7 (3-13)
Желтуха	5 (2-10)

Температура обычно бывает субфебрильной или фебрильной, держится на протяжении первых 2 нед болезни, иногда - месяц. Увеличение лимфоузлов и ангина наиболее выражены в первые 2 нед, спленомегалия – на 2-3-й нед. Лимфоузлы увеличиваются симметрично, болезненны, подвижны. Чаще страдают заднешейные и затылочные лимфоузлы, но встречается и генерализованная лимфаденопатия. У большинства больных выявляется ангина, напоминающая стрептококковую. У 10% больных появляется пятнисто-папулезная или папулезная сыпь, обычно на туловище и руках. Возможно появление узловатой или полиморфной экссудативной эритемы.

ИМ в большинстве случаев длится 2-4 нед, недомогание после перенесенной инфекции может сохраняться в течение нескольких месяцев. У пожилых людей ИМ может проявляться длительной лихорадкой, утомляемостью, недомоганием и миалгией без ангины, лимфаденопатии, спленомегалии и появлением в крови атипичных мононуклеаров.

**Лимфопролиферативный синдром** сочетает синдром поражения рото-, носоглотки (острый фарингит с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки, острый аденоидит, острый тонзиллит), синдром поражения лимфатических узлов (лимфаденопатия), синдром гепатоспленомегалии (спленомегалия, гепатомегалия).

#### 1. Синдром поражения рото- и носоглотки

Одним из ранних проявлений лимфопролиферативного синдрома является фарингит с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки, которая проявляется затруднением носового дыхания, аденоидитом, храпом во сне.

Тонзиллит является характерным симптомом инфекционного мононуклеоза и отражает проявление лимфопролиферативного синдрома. Характерна яркая гиперемия слизистой оболочки мягкого неба, гиперплазия лимфоидных фолликулов задней стенки глотки. Тонзиллит может быть катаральным, лакунарным или язвенно-некротическим и характеризуется длительным (до 7-14 дней) сохранением налетов. В ряде случаев отмечают фибринозный характер налетов. Наличие гнойных, фибринозных, язвенно-некротических налетов на миндалинах, как правило, обусловлено вирусно-бактериальной инфекцией. Гиперплазия миндалин достигает II-III степени у всех больных инфекционным мононуклеозом, при этом обструкция верхних дыхательных путей наблюдается редко и только при тяжелых формах заболевания.

### **2. Синдром поражения лимфатических узлов.**

Характерный синдром для всех больных типичной формой инфекционного мононуклеоза, проявляется преимущественным увеличением передне- и заднешейных лимфоузлов. Часто регистрируют генерализованную лимфаденопатию с вовлечением в патологический процесс 5-6 групп лимфатических узлов. При тяжелой форме инфекционного мононуклеоза увеличиваются бронхиальные и мезентеральные лимфоузлы. Узлы множественные, подвижные, кожные покровы над ними не изменены, при пальпации плотные, часто в виде «пакетов», безболезненные или умеренно болезненные. Возможно формирование «пакетов» лимфатических узлов, отек подкожной клетчатки вокруг них, определяется пастозность тканей. Выраженная шейная лимфаденопатия может сопровождаться лимфостазом, что проявляется одутловатостью лица, пастозностью век.

### **3. Синдром гепатоспленомегалии.**

У больных острым инфекционным мононуклеозом спленомегалия развивается в половине случаев со второй недели заболевания, сохраняется длительно. Гепатомегалия встречается у большинства больных.

### **4. Синдром цитолиза печеночных клеток и нарушения пигментного (билирубинового) обмена печени.**

Поражение печени может сопровождаться цитолитическим синдромом с развитием гиперферментемии (повышение аланинаминотрансаминазы, аспартатаминотрансаминазы), однако уровень ее редко превышает показатели «нормы» более чем в 10 раз. Нарушение пигментного (билирубинового) обмена печени, клинически проявляющееся желтухой, встречается крайне редко и характеризуется кратковременностью. Клинические и биохимические маркеры холестаза выражены незначительно, чаще регистрируют у лиц с предшествующим поражением желчевыводящих путей паразитарной (например, лямблиоз) или другой инфекционной патологией (например, вирусные гепатиты).

### **5. Синдром экзантемы**

Экзантема при инфекционном мононуклеозе регистрируется у 10-18% больных. Сыпь преимущественно пятнисто-папулезная, реже геморрагическая с локализацией на лице, туловище, конечностях, чаще проксимальных отделов, яркая, обильная, местами сливная. Возможен кожный зуд, отечность лица. Чаще экзантема появляется на 5-10 день болезни. Продолжительность высыпаний составляет примерно неделю. В 40-80% случаев развитие экзантемы связывают с предшествующим применением препаратов ампициллина или амоксициллина. Обратное развитие происходит постепенно, возможно шелушение.

В большинстве случаев все характерные для инфекционного мононуклеоза симптомы исчезают или подвергаются значительному обратному развитию к 3-4 неделе болезни.

#### **4.3.2 Классификация инфекционного мононуклеоза**

##### **I. Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-X):**

B27 – Инфекционный мононуклеоз:

B27.0. – Мононуклеоз, вызванный гамма-герпетическим вирусом

Мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейна-Барр  
B27.1. – Цитомегаловирусный мононуклеоз  
B27.8. – Другой инфекционный мононуклеоз  
B27.9. – Инфекционный мононуклеоз неуточненный

D82.3 Иммунодефицит вследствие наследственного дефекта, вызванного вирусом Эпштейна-Барр

Сцепленная с X-хромосомой лимфопролиферативная болезнь

## II. Клиническая классификация инфекционного мононуклеоза

А. По типу:

1. Типичный
2. Атипичный (бессимптомный, стертый, висцеральный)

В. По тяжести:

1. Легкая форма
2. Среднетяжелая форма
3. Тяжелая форма

С. По характеру течения:

1. Гладкое
2. Негладкое:
  - с осложнениями
  - с наслоением вторичной инфекции
  - с обострением хронических заболеваний
  - с рецидивами

Д. По длительности течения:

1. Острое (до 3 мес.)
2. Затяжное (3-6 мес.)
3. Хроническое (более 6 мес.)

В типичном случае острый инфекционный мононуклеоз характеризуется доброкачественным циклическим течением и наличием симптомокомплекса, характерного для этого заболевания, а также гематологическими изменениями в периферической крови (лимфоцитоз на фоне лейкоцитоза и атипичные мононуклеары в количестве 10% и более).

К атипичным формам инфекционного мононуклеоза относятся:

- стертая форма: протекает со слабо выраженными и быстро проходящими симптомами или под маской острых респираторных заболеваний. диагностируется преимущественно в эпидемических очагах;
- бессимптомная форма: протекает с отсутствием клинических симптомов болезни, диагностируется на основании обследования гематологическими, серологическими методами и методом эпидемиологического анализа;
- висцеральная форма: отличается тяжелым течением с полиорганным поражением, с вовлечением сердечно-сосудистой, центральной и периферической нервной систем, почек, надпочечников и других жизненно важных органов.

Инфекционный мононуклеоз имеет острое (до 3 мес.), затяжное (3-6 мес.), хроническое (более 6 мес.), а также рецидивирующее течение.

Клинические проявления в течение полугода и более после предшествующего инфекционного мононуклеоза в виде персистирующей или возвратной лихорадки,

немотивированной утомляемости, фарингита, лимфаденита, гепатита, головной боли, депрессии без признаков ревматологических, онкологических и других заболеваний расцениваются как **хронический инфекционный мононуклеоз**.

Рецидивом инфекционного мононуклеоза считается возврат клинических симптомов болезни через 1 месяц и более после перенесенного заболевания.

#### **Осложнения ИМ**

Летальность от ИМ низкая. Тяжелое течение с возможным летальным исходом описано при поражении центральной нервной системы (ЦНС), разрыве селезенки (0,5% случаев), обструкции верхних дыхательных путей (из-за гиперплазии небных и глоточной миндалин, отека надгортанника и пр.) (60) и бактериальной суперинфекции. Поражение ЦНС (менингит, менингизм, мозжечковая атаксия, психоз) обычно развивается в первые 2 недели болезни и у некоторых больных, чаще у детей, бывает единственным проявлением инфекции. Атипичные мононуклеары и гетерофильные антитела при этом могут отсутствовать. Остаточные неврологические дефекты редки. Описано поражение черепно-мозговых нервов, чаще поражение лицевого нерва с параличом Белла, синдром Гийена-Барре, поперечный миелит, нейропатии.

У 2% больных в первые 2 недели ИМ осложняется аутоиммунной гемолитической анемией с холодowymi антителами. Прямая проба Кумбса положительна. Анемия продолжается 1-2 мес, чаще легкой степени, но возможны тяжелые случаи с желтухой и гемоглобинурией. В крови выявляются ревматоидный фактор, антинуклеарные антитела, антитела к гладким мышцам и тромбоцитам, криоглобулины. Иногда ИМ сопровождается аплазией эритроидного ростка, глубокой нейтропенией, панцитопенией, гемофагоцитарным синдромом, тромбоцитопенической пурпурой. Редким осложнением ИМ являются мио- или перикардит, пневмония с плевральным выпотом, интерстициальный нефрит и васкулит.

#### **4.4 Общие подходы к диагностике**

Диагностика инфекционного мононуклеоза производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения или, требующие коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний.

Таковыми факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением;
- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение врача-специалиста по профилю;
- отказ от лечения.

#### **4.5 Клиническая дифференциальная диагностика заболевания**

##### **Клинические критерии диагностики инфекционного мононуклеоза**

Признак	Характеристика	Сила*
Лихорадка	Высокая, длительная	C
Синдром поражения рото- и носоглотки	Синдром тонзиллита с налетами или без, аденоидит, фарингит	C
Синдром поражения лимфатических узлов	Преимущественно увеличение передне- и/или заднешейных групп лимфоузлов, внутрибрюшных лимфоузлов, наиболее часто у ворот печени и селезенки, гипертрофия небных и глоточной миндалин	D

Синдром гепатоспленомегалии	Увеличение размеров печени и селезенки	D
Синдром цитолиза печеночных клеток и нарушения пигментного (билирубинового) обмена печени	Повышение аланинаминотрансаминазы, аспаратаминотрансаминазы. Нарушение пигментного обмена печени, клинически проявляющееся желтухой и повышением билирубина	C
Синдром экзантемы	Сыпь пятнисто-папулезная, реже геморрагическая с локализацией на лице, туловище, конечностях, чаще проксимальных отделов, яркая, обильная, местами сливная. Возможен кожный зуд, отечность лица. Появляется на 5-10 день болезни.	C

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

### Критерии оценки степени тяжести инфекционного мононуклеоза по клиническим признакам

Признак	Характеристика признака		
	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или легкая выраженность, 1-5 дней	Умеренной выраженности, 6-7 дней	Ярко выражена, более 8 дней
Выраженность и продолжительность лихорадки	Повышение температуры до 38°C, длительность 1-5 дней	Повышение температуры более 38,5°C, длительность 6-8 дней	Повышение температуры более 39,5°C, длительность более 9 дней
Характер воспалительных изменений в рото- и носоглотке	Воспалительные изменения катарального характера или с островчатыми, тонкими налетами, продолжительностью 1-3 дня; затруднение носового дыхания 1-4 дня	Воспалительные изменения с лакунарными налетами, продолжительностью 4-6 дней; затруднение носового дыхания 5-8 дней	Воспалительные изменения с налетами, у части больных ложно- пленчатыми или некротическими, продолжительностью более 7 дней; затруднение носового дыхания более 9 дней
Степень гипертрофии небных миндалин, носоглоточной миндалины	I степени	II степени	III степени
Степень увеличения лимфатических узлов	Переднейшейных лимфоузлов до 1,0-1,5 см; заднейшейных - до 0,5-1,0 см	Переднейшейных лимфоузлов до 2,0-2,5 см; заднейшейных - до 1,5-2,0 см, единичные или "цепочкой"; возможно увеличение внутрибрюшных лимфоузлов	Переднейшейных лимфоузлов более 2,5 см; заднейшейных - более 2,5 см или "пакеты"; увеличение внутрибрюшных лимфоузлов

Степень увеличения печени, селезенки	Увеличение печени 1,0-1,5 см; селезенки - 0,5 см ниже края реберной дуги	Увеличение печени 2,0-2,5 см; селезенки - 1,0-1,5 см ниже края реберной дуги	Увеличение печени более 3,0 см; селезенки - более 2,0 см ниже края реберной дуги
Обратное развитие симптомов	К концу 2-й недели	Клинические симптомы сохраняются 3-4 недели	Клинические симптомы сохраняются более 4-5 недель
Осложнения	Нет	Имеются	Имеются

#### 4.6 Эпидемиологическая диагностика

##### 4.6.1 Эпидемиологические критерии диагностики инфекционного мононуклеоза

1. Наличие в окружении больного, лиц с подобным заболеванием, или с подтвержденным диагнозом «Инфекционный мононуклеоз».
2. Анализ степени контакта с лицами с подобными заболеваниями с учетом состоявшегося механизма и пути передачи инфекции:

Путь передачи	Характеристика	Сила*
Воздушно-капельный	Контакт с больным типичными и атипичными формами инфекционного мононуклеоза или вирусовыделителем	D
Контактно-бытовой	Контакт (бытовой, половой) с больным, имеющим длительную лихорадку с неуточненным диагнозом	B
Парентеральный	Гемотрансфузии в течение 6 мес.	B

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

#### 4.7 Лабораторная диагностика

##### 4.7.1 Методы диагностики

Метод	Показания	Сила*
Гематологический	Пациенты с клиническими симптомами инфекционного мононуклеоза для подтверждения нозологии и определения степени тяжести	B
Биохимический	Пациенты с клиническими симптомами инфекционного мононуклеоза для определения степени тяжести	B
Реакция Пауля-Буннеля, реакция Гоффа-Бауэра	Пациенты с клиническими симптомами инфекционного мононуклеоза для подтверждения нозологии	B
Молекулярно-генетический метод (ПЦР)	Пациенты с клиническими симптомами инфекционного мононуклеоза для определения нозологии	C
Иммуноцитохимический	Пациенты с клиническими симптомами инфекционного мононуклеоза для определения нозологии	C
Серологический (ИФА)	Пациенты с клиническими симптомами	C

инфекционного мононуклеоза для определения нозологии и клинической формы

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

Титры анти-ВЭБ антител у серопозитивных лиц варьируются в зависимости от возраста, следуя U-образной кривой. Максимальные титры отмечаются в возрастной группе старше 50 лет, что связано с возраст-зависимой реактивацией инфекции вследствие ослабления клеточного иммунного ответа.

В настоящее время большинство исследований направлено на количественную оценку вирусной нагрузки у пациентов, страдающих с ВЭБ-ассоциированными заболеваниями. Нагрузка более чем  $10^{2,5}$  копий генома ВЭБ/мкг ДНК при использовании метода ПЦР в режиме реального времени клинически значима. В крови клинически здоровых лиц приблизительно постоянное число инфицированных В-лимфоцитов с латентно протекающей ВЭБ-инфекцией 1-50 зараженных клеток на 1 000 000 В-лимфоцитов, вирусная нагрузка – менее 100 копий ДНК на  $10^5$  клеток

#### 4.7.2 Критерии лабораторного подтверждения диагноза

Признак	Критерии	Сила*
Атипичные мононуклеары	Выявление атипичных мононуклеаров в периферической крови более 10%	С
Лимфоцитоз	Выявление лимфоцитоза в периферической крови	С
Гетерофильные антитела	Выявление гетерофильных антител в периферической крови и их нарастание в динамике в реакции гетероагглютинации с эритроцитами различных животных (эритроцитами барана - реакция Пауля-Буннеля в модификации Давидсона; эритроцитами лошади - реакция Гоффа-Бауэра и др.)	С
IgM VCA, IgG EA, IgG VCA, IgG-EBNA вируса Эпштейна-Барр	<b>В острый период:</b> <u>IgM VCA</u> с момента развития клинических признаков болезни и следующие 4-6 недель присутствуют и снижаются, <u>IgG EA</u> с первой недели болезни нарастают до нескольких лет после нее, персистируют на невысоком уровне, <u>IgG VCA</u> обнаруживаются через несколько недель после появления <u>IgM VCA</u> нарастают, персистируют пожизненно на невысоком уровне, <u>IgG-EBNA-1, 2-</u> отсутствуют или имеются в небольшом количестве. <b>В период реконвалесценции:</b> <u>IgM VCA</u> отсутствуют или имеются в малом количестве, <u>IgG EA</u> персистируют пожизненно на невысоком уровне, <u>IgG VCA</u> персистируют пожизненно <u>IgG EBNA</u> обнаруживаются через несколько недель после появления клинических признаков и персистируют пожизненно на невысоком уровне	D
ДНК вируса Эпштейна-Барр в крови и слюне	Выявление ДНК вируса методом ПЦР в крови, слюне	С
Антигены вируса Эпштейна-Барр в крови и слюне	Выявление антигенов вируса в лейкоцитах, лимфоцитах периферической крови, в слюне методом иммуноцитохимии с использованием	С

	моноклональных антител	
--	------------------------	--

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

### Наиболее частые варианты результатов серологического исследования. Интерпретация результатов.

Гетерофильные Антитела	Атипичные мононуклеары	IgG VCA	IgM VCA	IgG EBNA-1	Интерпретация
+/-	+/-	+	+	-	Острая инфекция
-	-	+	-	+	Инфицированность ВЭБ, признаки перенесенной острой инфекции
+/-	+/-	+	-	-	Необходимы дополнительные исследования (тест на авидность IgG VCA, иммуноблоттинг или ПЦР)
-	-	+	+	+	
-	-	-	+	-	
-	-	-	-	+	

#### 4.7.3. Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам лабораторной диагностики

Признак	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Уровень повышения трансаминаз (АсАТ)	До 40 мкмоль/мин·л	До 250 мкмоль/мин·л	Более 250 мкмоль/мин·л
Уровень повышения трансаминаз (АлАТ)	До 40 мкмоль/мин·л	До 250 мкмоль/мин·л	Более 250 мкмоль/мин·л
Уровень повышения гамма-ГТП	До 40 мкмоль/мин·л	Выше 50 мкмоль/мин·л	Выше 50 мкмоль/мин·л
Уровень повышения щелочной фосфатазы	До 100 мкмоль/мин·л	Выше 100 мкмоль/мин·л	Выше 200 мкмоль/мин·л
Общий белок	До 65-85 г/л	Выше 65-85 г/л	Выше 85 г/л
Количество лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов	Лейкоциты в норме или повышены до $15 \times 10^9$ /л, лимфоциты до 50%, моноциты до 9%	Лейкоциты повышены до $25 \times 10^9$ /л, лимфоциты до 60%, моноциты до 15%	Лейкоциты повышены более $25 \times 10^9$ /л, лимфоциты более 60%, моноциты более 15%
Количество атипичных мононуклеаров	До 10%	До 20%	Более 20%
Уровень общего билирубина	В норме (до 17-20 мкмоль/л)	В норме (до 17-20 мкмоль/л)	Повышен

## 4.8 Инструментальная диагностика

### 4.8.1 Методы инструментальной диагностики

Метод	Показания	Сила*
-------	-----------	-------

УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Пациенты с клиническими симптомами инфекционного мононуклеоза в острый период для уточнения размеров увеличения печени, селезенки, лимфатических узлов и оценки их структуры	D
Электрокардиограмма (ЭКГ)	Пациенты с проявлением острого тонзиллита с налетами при инфекционном мононуклеозе в острый период с аускультативными изменениями в сердце для уточнения нарушения функции проведения и трофики ткани сердца	C
Рентгенограмма органов грудной клетки	Пациенты с катаральными проявлениями в острый период инфекционного мононуклеоза или их появлением на фоне проводимой терапии, аускультативные изменения в легких, при подозрении на пневмонию	C
УЗИ сердца (эхокардиография)	Пациенты с проявлением острого тонзиллита с налетами при инфекционном мононуклеозе в острый период, аускультативными изменениями в сердце для уточнения поражения миокарда	B
Нейросонография	Пациенты с клиническими симптомами инфекционного мононуклеоза и наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии	C
Электроэнцефалография (ЭЭГ)	Пациенты с клиническими симптомами инфекционного мононуклеоза при наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог	C
Рентгенограмма придаточных пазух	Пациенты с катаральными проявлениями в острый период инфекционного мононуклеоза или их появлением на фоне проводимой терапии, при подозрении на синусит	C

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой

#### 4.8.2 Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам инструментальной диагностики

Признак	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Размер печени	До 1,5 см ниже реберной дуги	До 2,5 см ниже реберной дуги	Более 3,0 см ниже реберной дуги
Размер селезенки	До 0,5 см ниже реберной дуги	До 1,5 см ниже реберной дуги	Более 2,0 см ниже реберной дуги
Размер внутрибрюшных лимфоузлов	Не увеличены	Любой	Любой
Размер переднешейных лимфоузлов	До 1,0-1,5 см	До 2,0-2,5 см	Более 2,5 см или "пакеты"
Размер заднешейных лимфоузлов	До 0,5-1,0 см	До 1,5-2,0 см	Более 2,5 см или "пакеты"

#### 4.9 Специальная диагностика

##### 4.9.1 Методы специальной диагностики

- Исследование системы гемостаза (коагулограмма; время свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы; время кровотока; протромбиновое (тромбопластиновое) время в крови или в плазме; тромбиновое время в крови при наличии геморрагического синдрома.
- Стерильная пункция при проведении дифференциальной диагностики с гематологическими заболеваниями.
- Цитологическое исследование мазка костного мозга при проведении дифференциальной диагностики с гематологическими заболеваниями.
- Спинномозговая пункция при наличии менингеальных симптомов, подозрение на поражение головного мозга.
- Микроскопическое исследование отделяемого из ротоглотки для уточнения характера воспаления вирусной или бактериальной.
- Бактериологическое исследование крови на стерильность при лихорадке более 10 дней и наличие нескольких органических поражений.
- Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы для идентификации бактериальной этиологии острого тонзиллита.
- Бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы при наличии пневмонии.
- Микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы при воспалительном характере изменений в общем анализе мочи.
- Иммунограмма (с исследованием ЦИК) при тяжелом и негладком течении инфекционного мононуклеоза.
- Исследование уровня изоферментов креатинкиназы в крови при миалгическом синдроме.
- Исследование уровня общего белка и фракций в спинномозговой жидкости у пациентов с менингитом.
- Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости, подсчет клеток в счетной камере (определение цитоза) у пациентов с менингитом.

#### **4.10 Обоснование и формулировка диагноза**

При формулировке диагноза «Инфекционный мононуклеоз» учитывают особенности клинического течения заболевания (нозологическая форма, клиническая форма, степень тяжести, период болезни) и приводят его обоснование.

При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой:

- Осложнение:
- Сопутствующее заболевание:

При обосновании диагноза следует указать эпидемиологические, клинические, лабораторные, инструментальные данные и результаты специальных методов исследования, на основании которых подтвержден диагноз «Инфекционный мононуклеоз».

#### **4.11 Лечение**

##### **4.11.1 Общие подходы к лечению больных инфекционным мононуклеозом**

Лечение больных проводится в амбулаторных условиях и условиях стационара.

В амбулаторных условиях лечение проводят лицам с легкой формой инфекционного мононуклеоза. В случае безуспешности проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации в стационар.

Госпитализации в инфекционные отделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь взрослым с инфекционными заболеваниями подлежат лица,

переносящие заболевание в среднетяжелой и тяжелой форме, с осложнениями болезни, а также по эпидемическим показаниям, в том числе и с легким течением болезни.

Для оказания медицинской помощи можно использовать только те методы, медицинские изделия, материалы и лекарственные средства, которые разрешены к применению в установленном порядке.

Принципы лечения больных с «Инфекционным мононуклеозом» предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- ▲ предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, обусловленного заболеванием;
- ▲ предупреждение развития и купирование патологических процессов осложнений;
- ▲ предупреждение формирования остаточных явлений, рецидивирующего и хронического течения.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- ▲ период болезни;
- ▲ тяжесть заболевания;
- ▲ возраст больного;
- ▲ наличие и характер осложнений;
- ▲ доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.

#### 4.11.2 Методы лечения

Выбор метода лечения больных инфекционным мононуклеозом зависит от клинической картины, степени проявлений симптомов, степени тяжести заболевания, наличия осложнений. Лечение включает:

Режим.

Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии;
- средства симптоматической терапии;
- средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Методы не медикаментозного лечения:

- физиотерапевтические методы лечения;
- физические методы снижения температуры;
- санация верхних дыхательных путей (носовых ходов);
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия.

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации:

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Показания	Уровень* доказательности
Интерфероны (L03AB)	Интерферон альфа	Клинические проявления инфекционного мононуклеоза в любом возрасте, <b>беременным – с 12 нед.</b>	2+
Другие иммуностимуляторы	Меглюмина акридонат	Клинические проявления инфекционного мононуклеоза. <b>Противопоказан беременным,</b>	2+

(L03AX)		кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату	
	Тилорон	Клинические проявления инфекционного мононуклеоза. <b>Противопоказан беременным,</b> кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату	2+
	Антитела гамма-интерферону человека аффинно очищенные*	Клинические проявления инфекционного мононуклеоза. Противопоказан при повышенной чувствительности к препарату	2+
Иммуноглобулины, нормальные человеческие (J06BA)	Иммуноглобулин человека нормальный	При лечении тяжелых вирусных инфекций	2+
Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (J05AB)	Ацикловир	При тяжелых формах заболевания	2+
Производные пропионовой кислоты (M01AE)	Ибупрофен	При повышении температуры более 38,0°C	2++
Анилиды (N02BE)	Парацетамол	При повышении температуры более 38,0°C	2++
Производные уксусной кислоты и родственные соединения (M01AB)	Диклофенак	При повышении температуры более 38,0°C, болевом синдроме	1+
Производные триазола (J02AC)	Флуконазол	При сопутствующей грибковой инфекции	1+
Антибиотики (J02AA)	Нистатин	При сопутствующей грибковой инфекции	1+
Другие аминогликозиды (J01GB)	Амикацин	При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики	2+

Макролиды (J01FA)	Азитромицин	При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики	2+
	Кларитромицин	При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики	2+
Цефалоспорины 3-го поколения (J01DD)	Цефотаксим	При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики	2+
	Цефтриаксон	При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики	2+
Цефалоспорины 4-го поколения (J01DE)	Цефепим	При тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики, отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп	2+
Антибиотики гликопептидной структуры (J01XA)	Ванкомицин	При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики, отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп	2+
Карбапенемы (J01DH)	Меропенем	При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики, отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп	2+

Глюкокортикоиды (H02AB)	Преднизолон	При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, с выраженными проявлениями лекарственной аллергии, при угрожающем назофарингеальном отеке	2+
	Дексаметазон	При среднетяжелой и тяжелой форме инфекционного мононуклеоза, с выраженными проявлениями лекарственной аллергии, при угрожающем назофарингеальном отеке, отеке головного мозга, неврологических осложнениях	2+
Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (B05BB)	Калия хлорид + Кальция хлорид + Магния хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
	Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
	Меглюмина натрия сукцинат	С целью дезинтоксикации	2+
	Натрия хлорида раствор сложный [Калия хлорид + Кальция хлорид + Натрия хлорид]	С целью дезинтоксикации	2+
Другие ирригационные растворы (B05CX)	Декстроза	С целью дезинтоксикации	2+
Растворы электролитов (B05XA)	Натрия хлорид	Восполнение электролитных нарушений	2+
	Калия хлорид	Восполнение электролитных нарушений	2+
Адреномиметики (R01AA)	Ксилометазолин	При выраженном затруднении носового дыхания	2+
Противодиарейные микроорганизмы (A07FA)	Бифидобактерии бифидум + Кишечные палочки	При нарушении дисбиоза кишечника с развитием диспепсических проявлений	2+
Адсорбирующие кишечные	Смектит диоктаэдрический	При нарушении дисбиоза кишечника с развитием диспепсических проявлений	2+

препараты (A07BC)			
Муколитические препараты (R05CB)	Ацетилцистеин	При наличии катарального синдрома	2+
Прочие средства системного действия для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (R03DX)	Фенспирид	При наличии катарального синдрома	2+
Селективные бета2-адреномиметики (R03AC)	Сальбутамол	При наличии бронхообструктивного синдрома	2+
Производные бензодиазепина (N05BA)	Диазепам	При наличии судорожного синдрома	2+
Сульфонамиды (C03CA)	Фуросемид	С целью нормализации диуреза	2+
Другие системные гемостатики (B02BX)	Этамзилат	При развитии кровоточивости, кровотечений	2+

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой

Необходимость, целесообразность и показания для назначения антибиотиков при инфекционном мононуклеозе обусловлены развитием острого тонзиллита вирусно-бактериальной этиологии, что подтверждается методами микробиологической диагностики (высев на микробиологических питательных средах, результат молекулярно-генетическое исследование (ПЦР), нарастание титров специфических антител в периферической крови).

#### 4.11.3 Лечение больных инфекционным мононуклеозом в период беременности и лактации (общие рекомендации)

- лечение носит симптоматический характер;
- интерферон человеческий рекомбинантный альфа2b (виферон свечи) - по 1 свече 2 раза в день ректально в течение 5 дней с 28 по 34 неделю гестации
- Пиридоксальфосфат по 0,02 г 3 раза на день
- Кокарбоксилаза 100 мг в/в на р-ре Глюкозы 40% 20,0
- Рибофлавин по 1 табл. 3 раза в день
- Рибоксин по 0.2г 3 раза в день
- Липоевая кислота по 0,0025 г 3 раза в день
- Фолиевая кислота по 1 табл. 3 раза в день
- Калия оротат по 1 табл. 3 раза в день
- Кальция пантотенат по 0,2 г 3 раза в день
- Витамин Е внутрь 100 мг в день
- Троксевазин по 1 капсуле 2 раза в день

#### 4.12 Реабилитация

Основные принципы реабилитации:

1. реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;
2. необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;
3. комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;
4. адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия;
5. постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

#### 4.13 Диспансерное наблюдение

Частота обязательных контрольных обследований врачом участковым	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей-специалистов
5	12 мес	врач-терапевт участковый, врач-инфекционист по показаниям

Перечень и периодичность лабораторных, рентгенологических и других специальных методов исследования	Лечебно-профилактические мероприятия	Клинические критерии эффективности диспансеризации	Порядок допуска переболевших на работу
Клинический анализ крови 1 раз в 3 мес. АлАТ, АсАТ 1 раз в 3 месяца. Исследование крови на ВИЧ (Ф50) через 3 и 6 мес от начала болезни. УЗИ органов брюшной полости по показаниям ИФА крови IgMVCA, IgGEA, IgGVCA, IgGNA ВЭБ по показаниям ПЦР крови на ДНК ВЭБ по показаниям	Ограничение инсоляции до 12 месяцев	Отсутствие рецидива заболевания. Отсутствие хронического течения заболевания.	Клиническое выздоровление

#### 4.14 Общие подходы к профилактике

Больного изолируют в домашних условиях или в условиях стационара в отдельном боксе или с лицами, имеющими аналогичную нозологию до полного клинического выздоровления (в среднем на 2-3 недели). После клинического выздоровления пациент допускается к работе без противоэпидемических ограничений. Мероприятия в очаге не проводятся. Необходимо обеспечение больного отдельной посудой, предметами ухода.

Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не организуются.

Специфическая профилактика инфекционного мононуклеоза не разработана.

#### **4.15 Организация оказания медицинской помощи больным**

Медицинская помощь больным инфекционным мононуклеозом оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь больным «инфекционным мононуклеозом» может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в медицинских кабинетах учреждений. При наличии в этих учреждениях врача, медицинская помощь оказывается в виде первичной врачебной медико-санитарной помощи.

При подозрении или выявлении у пациента инфекционного мононуклеоза, не требующего лечения в условиях стационара, врач-терапевт участковый (врачи общей практики (семейные врачи), средние медицинские работники медицинских организаций при наличии медицинских показаний направляет на консультацию в кабинет инфекционных заболеваний медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях (поликлиника).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение осуществляется в условиях стационара по направлению врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших инфекционное заболевание.

#### **4.16 Организация оказания медицинской помощи беременным, больным инфекционным мононуклеозом**

Медицинская помощь в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по "акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".

**Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа:**

- 1. амбулаторный**, осуществляемый врачами-акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности - врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом в случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания);
- 2. стационарный**, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерских осложнениях) или специализированных отделениях (при соматических заболеваниях) медицинских организаций.

Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии с настоящим Порядком на основе листов маршрутизации с учетом возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальных заболеваниях.

При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

- врачом-акушером-гинекологом - не менее семи раз;
- врачом-терапевтом - не менее двух раз;
- врачом-стоматологом - не менее двух раз;
- врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом - не менее одного раза (не позднее 7 - 10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);
- другими врачами-специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Скрининговое ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) проводится трехкратно: при сроках беременности 11-14 недель, 18-21 неделя и 30-34 недели.

При сроке беременности 11-14 недель беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, для проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, включающей УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре, и определение материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

При сроке беременности 18-21 неделя беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику, в целях проведения УЗИ для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий развития плода.

При сроке беременности 30-34 недели УЗИ проводится по месту наблюдения беременной женщины.

## **5. Характеристика требований**

### **5.1 Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная доврачебная медико-санитарная помощь при инфекционном мононуклеозе легкой степени тяжести)**

Фаза	Острая
Стадия	Легкая степень тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Первичная доврачебная медико-санитарная

	помощь
Условия оказания	Амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная
Продолжительность лечения	10 дней

**Код по МКБ-10: B27.0; B27.1; B27.8; B27.9**

### 5.1.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Наличие лихорадки
4. Наличие синдрома поражения рото- и носоглотки
5. Наличие синдрома поражения лимфатических узлов
6. Наличие синдрома гепатоспленомегалии
7. Наличие синдрома цитолиза, нарушения пигментного обмена печени
8. Наличие синдрома экзантемы
9. Наличие в периферической крови лимфоцитоза, атипичных мононуклеаров
10. Легкая степень тяжести заболевания

### 5.1.2 Требования к диагностике в амбулаторных условиях

#### Прием (осмотр, консультация) фельдшера - обязательные

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
V01.044.002	Осмотр фельдшером	0,5	1
V01.044.002	Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи	0,5	1
V01.044.002	Осмотр медицинской сестры	0,5	1

#### Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - дополнительные

A01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	2
V01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
A01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	2
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	2
A02.12.001	Исследование пульса	1	2
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A02.31.001	Термометрия общая	1	2

### 5.1.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

#### **5.1.3.1 Клинические методы исследования**

**Сбор анамнеза.** При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют жалобы на боль в горле, затруднение носового дыхания, кашель, насморк, храп, увеличение лимфоузлов, боли в животе.

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов и слизистых оболочек ротовой полости, выявляют признаки острого тонзиллита, распространение налетов, их характер, наличие отека в зеве, энантему, увеличение групп лимфоузлов, их локализацию, размеры, болезненность, плотность, спаянность с окружающими тканями, увеличение размеров печени, селезенки, их плотность и болезненность, наличие экзантемы.

Осмотр лимфатических узлов проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о возможном наличии воспалительного, инфекционного или онкологического характера лимфаденопатии (лимфаденита).

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

С использованием шпателя (зонда) визуально определяют изменения глотки, надгортанника, наличие и размеры глоточной и небных миндалин, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и характера дефектов слизистой оболочки. При обследовании обращают внимание на локализацию, величину, глубину патологических изменений, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при исследовании.

#### **5.1.3.2 Лабораторные методы исследования**

Не проводят

#### **5.1.3.3 Инструментальные методы исследования**

Не проводят

#### **5.1.3.4 Специальные методы исследования**

Не проводят

#### **5.1.4 Требования к лечению в амбулаторных условиях**

В амбулаторных условиях осуществляется лечение больных только с легкими типичными формами инфекционного мононуклеоза при отсутствии осложнений и наличии возможности организовать изоляцию больного от здоровых лиц.

#### **5.1.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в амбулаторных условиях**

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры тела;
- ▲ восстановление носового дыхания;

▲ предупреждение развития осложнений.

Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

### 5.1.6 Требования к лекарственной помощи в амбулаторных условиях

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата <***>	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД <***>	СКД <****>
M01AE	Производные пропионовой кислоты		0,3			
		Ибупрофен		мг	600	1800
L03AB	Интерфероны		0,5			
L03AB		Интерферон альфа	0,5	МЕ	1000000	5000000
L03AB05		Интерферон человеческий рекомбинантный альфа2	0,5	МЕ	9000	9000
L03AX	Другие иммуностимуляторы		0,5			
		Меглюмина акридонацетат		мг	300	3000
		Тилорон		мг	125	1250
		Антитела к гамма-интерферону человека аффинно очищенные*		таблетка	5	50
N02BE	Анилиды		0,5			
		Парацетамол		мг	1000	3000
R01AA	Адреномиметики		0,9			
		Ксилометазолин	0,9	капли	12	72

### 5.1.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной доврачебной медико-санитарной помощи пациенту оказывается медицинская помощь с применением симптоматических и патогенетических средств.

### 5.1.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения в среднем 10 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка при клиническом выздоровлении;
- рекомендации для пациента – ограничение инсоляции 1 год, диспансерное наблюдение в течение 1 года;

– дополнительная информация для членов семьи – соблюдение личной гигиены.

<b>Не медикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	10
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	10

### **5.1.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

#### **Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания**

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Длительность (дни)
Диетическая терапия при нормальном состоянии органов пищеварения и отсутствии показаний для назначения специализированной диеты (стол 15)	1,0	10

### **5.1.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам**

- Изоляция пациента, масочный режим.
- Постельный режим в течение периода лихорадки.
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу.
- Гигиеническая обработка глаз, слизистых полости рта, половых и ЛОР-органов пациента не менее 3-х раз в день.

### **5.1.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола**

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения дополнительных мероприятий по диагностике и лечению, пациент переводится в протокол лечения, соответствующий условиям его выполнения.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками инфекционного мононуклеоза, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола лечения, соответствующего ведению инфекционного мононуклеоза;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

### **5.1.12 Возможные исходы и их характеристика**

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	80%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение требуется
Стабилизация	10%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение требуется
Развитие	5%	Появление	На этапе лечения	Оказание

ятрогенных осложнений		новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)		медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания (осложнения)
Развитие нового заболевания, связанного с основным (осложнение)	5%	Развитие рецидива	Через 1-6 мес после окончания лечения при отсутствии или наличии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания (осложнения)

## 5.2 Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь)

Фаза	Острая
Стадия	Легкая степень тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь
Условие оказания	Амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	неотложная
Продолжительность лечения	10 дней

**Код по МКБ-10: B27.0; B27.1; B27.8; B27.9**

### 5.2.1. Критерии и признаки определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – взрослые.
2. Пол – любой.
3. Наличие лихорадки.
4. Наличие синдрома поражения рото- и носоглотки.
5. Наличие синдрома поражения лимфатических узлов.
6. Наличие синдрома гепатоспленомегалии.
7. Наличие синдрома цитолиза печеночных клеток, нарушения пигментного (билирубинового) обмена печени.
8. Наличие синдрома экзантемы.
9. Наличие в периферической крови лимфоцитоза, атипичных мононуклеаров.
10. Легкая степень тяжести заболевания.

### 5.2.2. Требования к диагностике в амбулаторных условиях

При диагностике инфекционного мононуклеоза в амбулаторных условиях осуществляют обязательные мероприятия и при наличии показаний – дополнительные.

При необходимости проведения дифференциальной диагностики инфекционного мононуклеоза с синдромосходными инфекционными заболеваниями медицинская помощь оказывается в виде первичной специализированной медико-санитарной помощи.

**Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - обязательные**

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
V01.026.001	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный	1	1
V01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	2	1
V01.044.002	Осмотр врачом скорой медицинской помощи	1	1
V01.047.005	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового первичный	0,6	1
A01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	2
V01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
V01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1	1
A01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	2
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	2
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	2
A01.31.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	2
A01.31.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	2
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	2
A02.12.001	Исследование пульса	1	2
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A02.31.001	Термометрия общая	1	2
A25.31.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях, при неуточненных заболеваниях	1	2
<b>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - дополнительные</b>			
V01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	0,2	1
V01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	0,1	1
V01.031.003	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога участкового первичный	0,6	1

**Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста на этапе лечения**

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
V01.026.002	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) повторный	0,1	1
V01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	0,2	1
V01.047.006	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового повторный	0,6	1
V01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный	0,1	1
V01.031.002	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера гинеколога	0,2	1

#### Лабораторные методы исследования - обязательные

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
V03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	1	1
V03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	1
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	1
A09.28.003	Определение белка в моче	1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A26.06.022	Определение антител классов М, G (IgM,	1	1

	IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови		
A26.06.029	Определение антител к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр VCA (IgM) (диагностика острой инфекции) в крови	1	1
A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
A26.08.001	Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (Corinebacterium diphtheriae)	0,5	1
A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,5	1
<b>Лабораторные методы исследования - дополнительные</b>			
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,01	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,01	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,01	1
A09.05.021	Исследование уровня фракций билирубина в крови	0,01	1
A09.05.017	Исследование мочевины в крови	0,01	1
A09.05.019	Исследование уровня креатинина в крови	0,01	1
A09.05.041	Исследование уровня аспаратаминотрансаминазы в крови	0,01	1
A09.05.042	Исследование уровня аланинаминотрансаминазы в крови	0,01	1
A26.05.011	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus)	0,05	1
A26.05.013	Молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы (Toxoplasma gondii)	0,05	1
A26.05.017	Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)	0,05	1
A26.06.022	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови	1	1
A26.06.029	Определение антител к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр VCA (IgM) (диагностика острой инфекции) в крови	1	1
A26.06.047	Определение антител к вирусу герпеса	0,1	1

	человека (Herpes virus 6, 7, 8) в крови		
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
A26.06.086	Определение антител к сероварам иерсинии энтероколитика (Yersinia enterocolitica) в крови	0,01	1
A26.06.094	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (Yersinia pseudotuberculosis) в крови	0,01	1
A26.08.001	Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (Corinebacterium diphtheriae)	0,5	1
A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,5	1
A26.28.009	Молекулярно-биологическое исследование мочи на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)	0,05	1
A26.06.018	Определение антител класса А,М, G (IgA, IgM, IgG) к Chlamidia trchomatis	0,1	1
A11.20.003	Получение цервикального мазка	0,01	1
A11.20.006	Получение влагалищного мазка	0,01	1
A09.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	0,01	1

<b>Инструментальные методы исследования</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,1	1
A06.09.008	Рентгенография легких (для беременных- только после 38 нед. )	0,1	1
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,1	1
A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа (для беременных –только после 38 нед. беременности)	0,1	1

<b>Специальные методы исследования - дополнительные</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.16.001	Комплексное ультразвуковое	0,3	1

	исследование органов брюшной полости (комплексное)		
V03.002.001	Исследование иммунологического статуса при клеточном иммунодефиците	0,01	1
V03.002.002	Исследование иммунологического статуса при гуморальном иммунодефиците	0,01	1
V03.002.003	Исследование иммунологического статуса при смешанном иммунодефиците	0,01	1

### **5.2.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятия**

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

#### **5.2.3.1 Клинические методы исследования**

**Сбор анамнеза.** При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют жалобы на боль в горле, затруднение носового дыхания, кашель, насморк, храп, увеличение лимфоузлов, боли в животе.

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов и слизистых оболочек ротовой полости, выявляют признаки и характер острого тонзиллита, распространение налетов на небных миндалинах, их характер, наличие отека в зеве, экзантемы, увеличение групп лимфоузлов, их локализацию, размеры, болезненность, плотность, спаянность с окружающими тканями, увеличение размеров печени, селезенки, их плотность и болезненность, наличие экзантемы.

Необходимо проводить осмотр лимфатических узлов бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии характера воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

С использованием шпателя (зонда) определяют изменения слизистой глотки, надгортанника, наличие и размеры глоточной и небных миндалин, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и характер дефектов слизистой оболочки. При обследовании обращают внимание на локализацию, величину, глубину патологических изменений, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при исследовании.

#### **5.2.3.2 Лабораторные методы исследования**

Клинический анализ крови.

Общий анализ мочи.

Биохимический анализ крови.

Бактериологическое исследование.

Серологическое исследование (ИФА).

Молекулярно-биологический метод (ПЦР).

#### **5.2.3.3 Инструментальные методы исследования**

Электрокардиограмма.  
Рентгенограмма придаточных пазух носа.

#### 5.2.3.4 Специальные методы исследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное).

#### 5.2.4 Требования к лечению в амбулаторных условиях

Изоляция больного, соблюдение гигиенических требований к размещению и условиям пребывания больного. Применение этиотропных, симптоматических и патогенетических средств по назначению врача.

#### 5.2.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры;
- ▲ восстановление носового дыхания;
- ▲ предупреждение развития осложнений;

Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

#### 5.2.6 Требования к лекарственной помощи в амбулаторных условиях

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата <*>	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД <***>	СКД <****>
J02AA	Антибиотики		0,2			
		Нистатин		ЕД	1000000	7000000
J05AB	Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы		0,2			
		Ацикловир		мг	1000	10000
M01AE	Производные пропионовой кислоты		0,3			
		Ибупрофен		мг	600	1800
L03AB	Интерфероны		0,5			
L03AB		Интерферон альфа		МЕ	1000000	5000000
L03AB05		Интерферон человеческий рекомбинантный альфа2	0,5	МЕ	9000	9000
L03AX	Другие иммуностимуляторы		0,7			

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата <***>	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД <***>	СКД <****>
		Меглюмина акридонацетат		мг	300	3000
		Тилорон		мг	125	1250
		Антитела к гамма-интерферону человека аффинно очищенные*		таблетка	5	50
N02BE	Анилиды		0,5			
		Парацетамол		мг	1000	3000
R01AA	Адреномиметики		0,9			
		Ксилометазолин		капли	12	72

### 5.2.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи пациенту медицинская помощь оказывается с применением этиотропных, патогенетических и симптоматических лекарственных средств.

### 5.2.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения в среднем 10 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка при клиническом выздоровлении;
- рекомендации для пациента – ограничение инсоляции 1 год, диспансерное наблюдение в течение 1 года;
- дополнительная информация для членов семьи – соблюдение личной гигиены.

<b>Не медикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	10
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	10

### 5.2.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

#### Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Длительность (дни)
-------------------------------------	---	--------------------

Диетическая терапия при нормальном состоянии органов пищеварения и отсутствии показаний для назначения специализированной диеты (стол 15)	1	10
---	---	----

#### 5.2.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Изоляция пациента, масочный режим;
- Постельный режим в течение периода лихорадки;
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу;
- Гигиеническая обработка глаз, слизистых полости рта, половых и ЛОР-органов пациента не менее 3-х раз в день.

#### 5.2.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения дополнительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками инфекционного мононуклеоза, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола лечения, соответствующего ведению инфекционного мононуклеоза; б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

#### 5.2.12 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	80%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение требуется
Стабилизация	10%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение требуется
Развитие ятрогенных осложнений	5%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным (осложнение)	5%	Развитие рецидива	Через 1-6 мес после окончания лечения при отсутствии или наличие динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания (осложнения)

### 5.3 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь)

Фаза	Острая
Стадия	Средняя степень тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условие оказания	Стационарно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная
Продолжительность лечения	15 дней

**Код по МКБ-10: B27.0; B27.1; B27.8; B27.9**

### 5.3.1. Критерии и признаки определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – взрослые .
2. Пол – любой.
3. Наличие лихорадки.
4. Наличие синдрома поражения рото- и носоглотки.
5. Наличие синдрома поражения лимфатических узлов.
6. Наличие синдрома гепатоспленомегалии.
7. Наличие синдрома цитолиза печеночных клеток, нарушения пигментного (билирубинового) обмена печени.
8. Наличие синдрома экзантемы.
9. Наличие лимфоцитоза, атипичных мононуклеаров.
10. Средняя степень тяжести заболевания при отсутствии осложнений.
11. Средняя степень тяжести при наличии осложнений.

### 5.3.2. Требования к диагностике в стационарных условиях

При диагностике инфекционного мононуклеоза осуществляют обязательные мероприятия, при наличии показаний по назначению врача-специалиста – дополнительные.

<b>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - обязательные</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
V01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
V01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1	1
V01.026.001	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный	1	1
A01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	2
A01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	2
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	2
A01.31.003	Пальпация при инфекционном	1	2

	заболевании		
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	2
A01.31.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	2
A01.31.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	2
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	2
A02.12.001	Исследование пульса	1	2
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A02.31.001	Термометрия общая	1	2
A25.31.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях, при неуточненных заболеваниях	1	2

<b>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - дополнительные</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
V01.005.001	Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный	0,05	1
V01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,1	1
V01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача - оториноларинголога первичный	0,1	1
V01.029.001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	0,05	1
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога первичный	0,05	1

<b>Лабораторные методы исследования - обязательные</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
V03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1

A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A08.05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	1
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	1
A09.28.003	Определение белка в моче	1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	1
A09.28.022	Определение объема мочи	1	1
A26.06.022	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови	1	1
A26.06.029	Определение антител к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр VCA (IgM) (диагностика острой инфекции) в крови	1	1
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
A26.08.001	Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (Corinebacterium diphtheriae)	0,5	1
A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные	0,5	1

	микроорганизмы		
<b>Лабораторные методы исследования - дополнительные</b>			
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,01	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,01	1
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	0,01	1
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	0,01	1
A09.05.041	Исследование осмолярности крови	0.01	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,01	1
A09.05.021	Исследование уровня фракций билирубина в крови	0,01	1
A09.05.017	Исследование мочевины в крови	0,01	1
A09.05.019	Исследование уровня креатинина в крови	0,01	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартатаминотрансаминазы в крови	1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланинаминотрансаминазы в крови	1	1
A26.05.011	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Эпштейна- Барр (Epstein-Barr virus)	0,05	1
A26.05.013	Молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы (Toxoplasma gondii)	0,05	1
A26.05.017	Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)	0,05	1
A26.06.022	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови	1	1
A26.06.029	Определение антител к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр VCA (IgM) (диагностика острой инфекции) в крови	1	1
A26.06.034	Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови	0,2	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	0,2	1
A26.06.041	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	0,2	1
A26.06.045	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus 1, 2) в крови	0,01	1
A26.06.047	Определение антител к вирусу герпеса человека (Herpes virus 6, 7, 8) в крови	0,2	1
A26.06.086	Определение антител к сероварам иерсинии энтероколитика (Yersinia enterocolitica) в крови	0,01	1

A26.06.094	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза ( <i>Yersinia pseudotuberculosis</i> ) в крови	0,01	1
A26.08.001	Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии ( <i>Corinebacterium diphtheriae</i> )	0,5	1
A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,5	1
A26.28.009	Молекулярно-биологическое исследование мочи на цитомегаловирус ( <i>Cytomegalovirus</i> )	0,05	1
A26.06.018	Определение антител класса А,М, G (IgA, IgM, IgG) к <i>Chlamidia trchomatis</i>	0,1	1
A11.20.003	Получение цервикального мазка	0,01	1
A11.20.006	Получение влагалищного мазка	0,01	1
A09.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	0,01	1

#### **Инструментальные методы исследования**

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,1	1
A06.09.008	Рентгенография легких (для <b>беременных</b> - только после 38 нед. )	0,1	1
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,1	1
A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа (для <b>беременных</b> –только после 38 нед. беременности)	0,05	1

#### **Специальные методы исследования - дополнительные**

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.16.001	Комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,3	1
V03.002.001	Исследование иммунологического статуса при клеточном иммунодефиците	0.01	1
V03.002.002	Исследование иммунологического статуса при гуморальном иммунодефиците	0,01	1
V03.002.003	Исследование иммунологического статуса при смешанном иммунодефиците	0,01	1

**Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением**

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
<b>Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста</b>			
B01.014.003	Ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	14
B01.028.002	Прием (осмотр, консультация) врача оториноларинголога повторный	0,2	1
B01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	1	2
<b>Лабораторные методы исследования</b>			
A08.05.001	Цитологическое исследование мазка костного мозга (подсчет формулы костного мозга)	0,05	1
A09.05.074	Исследование уровня циркулирующих иммунных комплексов в крови	0,01	1
A09.05.177	Исследование уровня (концентрации) изоферментов креатинкиназы в крови	0,05	1
A26.05.013	Молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы ( <i>Toxoplasma gondii</i> )	0,05	1
A26.06.030	Определение антител к ранним белкам вируса Эпштейна-Барр EA (IgG) (диагностика острой инфекции) в крови	0,5	1
A26.06.031	Определение антител к ядерному антигену вируса Эпштейна-Барр NA (IgG) (диагностика паст-инфекции) в крови	0,3	1
A26.06.086	Определение антител к сероварам иерсинии энтероколитика ( <i>Yersinia enterocolitica</i> ) в крови	0,05	1
A26.06.092	Определение антигенов вируса простого герпеса ( <i>Herpes simplex virus 1, 2</i> ) в крови	0,01	1
A26.06.094	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза ( <i>Yersinia pseudotuberculosis</i> ) в крови	0,05	1
A26.07.007	Молекулярно-биологическое исследование слюны на цитомегаловирус ( <i>Cytomegalovirus</i> )	0,05	1

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A26.08.001	Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии	0,1	1
A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,1	1
A26.28.009	Молекулярно-биологическое исследование мочи на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)	0,05	1
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	2
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,3	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
<b>Инструментальные методы исследования</b>			
A04.10.002	Эхокардиография	0,05	1
A04.16.004	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,05	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,3	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	0,01	1
A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа	0,05	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,05	1
<b>Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения</b>			
A11.05.003	Получение гистологического препарата костного мозга	0,01	1
B01.003.004	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)	0,01	1
A11.23.001	Спинально-мозговая пункция	0,05	1
B.01.003.004.001	Местная анестезия	0,05	1

### **5.3.3. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий**

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, выявление осложнений, определение возможности приступить к лечению без

дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, определения необходимости использования инструментальных и специальных методов обследования.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стационарного больного (форма 003/у).

### **5.3.3.1 Клинические методы исследования**

**Сбор анамнеза.** При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют жалобы на боль в горле, затруднение носового дыхания, кашель, насморк, храп, увеличение лимфоузлов, боли в животе.

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов и слизистых оболочек ротовой полости, выявляют признаки острого тонзиллита, наличие и распространение налетов на небных миндалинах, их характер, наличие отека в зеве, экзантемы, увеличение групп лимфоузлов, их локализацию, размеры, болезненность, плотность, спаянность с окружающими тканями, увеличение размеров печени, селезенки, их плотность и болезненность, наличие экзантемы.

Необходимо проводить осмотр лимфатических узлов бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии и характере воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

С использованием шпателя (зонда) определяют изменения глотки, надгортанника, наличие и размеры глоточной и небных миндалин, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и характера дефектов слизистой оболочки. При обследовании обращают внимание на локализацию, величину, глубину патологических изменений, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при исследовании.

### **5.3.3.2 Лабораторные методы исследования**

Клинический анализ крови

Общий анализ мочи

Биохимический анализ крови

Бактериологическое исследование

Серологическое исследование (ИФА)

Молекулярно-биологический метод (ПЦР)

### **5.3.3.3 Инструментальные методы исследования**

Электрокардиограмма

Рентгенограмма придаточных пазух носа

Рентгенограмма легких

### **5.3.3.4 Специальные методы исследования**

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)

Стернальная пункция

Цитологическое исследование мазков костного мозга

### **5.3.4 Требования к лечению в стационарных условиях**

Изоляция больного. Применение этиотропных, симптоматических, патогенетических средств по назначению врача-специалиста. Возможность оказания медицинской помощи в условиях палаты интенсивной терапии. Соблюдение противоэпидемического и санитарно-гигиенического режима.

### 5.3.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в стационарных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры;
- ▲ восстановление носового дыхания;
- ▲ предупреждение развития осложнений;

Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

### 5.3.6 Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации ##

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата <*>	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД <***>	СКД <****>
A07FA	Противодиарейные микроорганизмы		0,8			
		Бифидобактерии бифидум + Кишечные палочки		доз	3	45
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс		0,5			
		Калия хлорид + Кальция хлорид + Магния хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид		мл	200	800
		Меглюмина натрия сукцинат		мл	500	2000
		Натрия хлорида раствор сложный [Калия хлорид + Кальция хлорид + Натрия хлорид]		мл	250	1000
B05CX	Другие ирригационные растворы		0,3			
		Декстроза		мл	200	1000

B05XA	Растворы электролитов		0,05			
		Натрия хлорид		мл	200	600
H02AB	Глюкокортикоиды		0,2			
		Преднизолон		мг	100	500
J01DD	Цефалоспорины 3-го поколения		0,8			
		Цефотаксим		мг	3000	21000
		Цефтриаксон		мг	1500	5000
J01FA	Макролиды		0,1			
		Азитромицин		мг	500	2500
		Кларитромицин		мг	250	2500
J01GB	Другие аминогликозиды		0,1			
		Амикацин		мг	500	2500
J02AA	Антибиотики		0,2			
		Нистатин		ЕД	500000	2000000
J02AC	Производные триазола		0,1			
		Флуконазол		мг	100	1000
L03AB	Интерфероны		0,5			
		Интерферон альфа		МЕ	1000000	10000000
L03AB 05		Интерферон человеческий рекомбинантный альфа2	0,5	МЕ	9000	9000
L03AX	Другие иммуностимуляторы		0,4			
		Меглюмина акридонат		мг	300	3000
		Тилорон		мг	125	1250
M01AE	Производные пропионовой кислоты		0,5			
		Ибупрофен		мг	800	4000
N02BE	Анилиды		0,8			
		Парацетамол		мг	2000	7500
R01AA	Адреномиметики		0,9			
		Ксилометазолин		мг	0,1	1

### 5.3.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях

На этапе лечения в стационарных условиях медицинская помощь пациенту оказывается в виде специализированной, в том числе и высокотехнологичной с использованием специальных методов лечения и обследования и обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения.

### 5.3.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

– сроки ограничения - до 15 дней;

- порядок снятия ограничений – выписка при клиническом выздоровлении или выписка из стационара на амбулаторное лечение;
- рекомендации для пациента – ограничение инсоляции 1 год, диспансерное наблюдение в течение 1 года;
- дополнительная информация для членов семьи – соблюдение личной гигиены.

<b>Не медикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	15
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	15

### 5.3.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

#### Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Длительность (дни)
Диетическая терапия при нормальном состоянии органов пищеварения и отсутствии показаний для назначения специализированной диеты (стол 15)	0,8	15
Диетическая терапия при заболеваниях печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (стол 5а, 5щ, 5л/ж, 5п)	0,2	15

### 5.3.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Изоляция пациента, масочный режим;
- Постельный режим в течение периода лихорадки;
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу;
- Гигиеническая обработка глаз, слизистых полости рта, половых и ЛОР-органов пациента не менее 3-х раз в день.

### 5.3.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий (проведение диагностики) к лечению, пациент переводится в протокол лечения, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения дополнительных диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками инфекционного мононуклеоза, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола лечения, соответствующего ведению инфекционного мононуклеоза;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

### 5.3.12 Возможные исходы и их характеристика

Наименование	Частота	Критерии и	Ориентировочное	Преимственность и
--------------	---------	------------	-----------------	-------------------

исхода	развити я	признаки исхода при данной модели пациента	время достижения исхода	этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	70%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение требуется
Стабилизация	20%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение требуется
Развитие ятрогенных осложнений	5%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным (осложнение)	5%	Развитие рецидива	Через 1-6 мес после окончания лечения при отсутствии или наличие динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания (осложнения)

#### 5.4 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь)

Фаза	Острая
Стадия	Тяжелая степень тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условие оказания	Стационарно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная
Продолжительность лечения	20 дней

**Код по МКБ-10: B27.0; B27.1; B27.8; B27.9**

##### 5.4.1. Критерии и признаки определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Наличие лихорадки
4. Наличие синдрома поражения рото- и носоглотки
5. Наличие синдрома поражения лимфатических узлов
6. Наличие синдрома гепатоспленомегалии
7. Наличие лимфоцитоза, атипичных мононуклеаров
8. Наличие синдрома цитолиза печеночных клеток, нарушения пигментного (билирубинового) обмена печени
9. Наличие синдрома экзантемы
10. Нарушение в системе гемостаза
11. Нарушение газообмена
12. Тяжелая степень тяжести заболевания

## 13. Наличие осложнений

**5.4.2. Требования к диагностике в стационарных условиях**

<b>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - обязательные #</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
В01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
В01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1	1

<b>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - дополнительные #</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
В01.003.001	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный	0,8	1
В01.005.001	Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный	0,1	1
В01.015.001	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный	0,1	1
В01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,4	1
В01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	1	1
В01.029.001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	0,05	1

**Лабораторные исследования**

<b>Лабораторные методы исследования - обязательные</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A26.06.022	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови	1	1
A26.06.029	Определение антител к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр VCA (IgM) (диагностика острой инфекции) в крови	1	1
A26.06.030	Определение антител к ранним белкам вируса Эпштейна-Барр EA (IgG) (диагностика острой инфекции) в крови	1	1

A26.06.031	Определение антител к ядерному антигену вируса Эпштейна-Барр NA (IgG) (диагностика паст-инфекции) в крови	1	1
A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
A26.08.001	Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии ( <i>Corynebacterium diphtheriae</i> )	0,8	1
A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,9	1
V03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
V03.016.006	Анализ мочи общий	1	1

#### Лабораторные методы исследования - дополнительные

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A12.05.014	Исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное	0,3	1
A12.05.015	Исследование времени кровотечения	0,1	1
A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	0,05	1
A12.05.028	Определение тромбинового времени в крови	0,05	1
A26.05.011	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus)	1	1
A26.05.013	Молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы ( <i>Toxoplasma gondii</i> )	0,05	1
A26.05.017	Молекулярно-биологическое исследование крови на	0,1	1

	цитомегаловирус (Cytomegalovirus)		
A26.06.034	Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови	0,8	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	0,8	1
A26.06.041	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	0,8	1
A26.06.045	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus 1, 2) в крови	0,8	1
A26.06.047	Определение антител к вирусу герпеса человека (Herpes virus 6, 7, 8) в крови	0,8	1
A26.06.081	Определение антител к токсоплазме (Toxoplasma gondii) в крови	0,05	1
A26.06.094	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (Yersinia pseudotuberculosis) в крови	0,05	2
B03.005.006	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	0,05	1

<b>Инструментальные методы исследования</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.10.002	Эхокардиография	0,7	1
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1	1
A04.23.001	Нейросонография	0,1	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,9	1
A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа	0,5	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,7	1

**Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением**

<b>Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста #</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения

V01.003.003	Суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом	0,2	7
V01.005.002	Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога повторный	0,01	1
V01.014.003	Ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	19
V01.015.002	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога повторный	0,1	1
V01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный	0,3	1
V01.028.002	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный	1	1

<b>Лабораторные методы исследования</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.05.074	Исследование уровня циркулирующих иммунных комплексов в крови	0,2	1
A09.05.177	Исследование уровня (концентрации) изоферментов креатинкиназы в крови	0,3	2
A09.07.003	Микроскопическое исследование отделяемого из ротоглотки	0,5	1,5
A09.23.004	Исследование уровня белка в спинномозговой жидкости	0,05	1
A09.23.008	Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости, подсчет клеток в счетной камере (определение цитоза)	0,05	1
A12.05.014	Исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное	0,1	1
A12.05.015	Исследование времени кровотечения	0,1	1
A26.05.001	Бактериологическое исследование крови на стерильность	0,5	1
A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,2	1
A26.09.010	Бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-	0,1	1

	анаэробные микроорганизмы		
A26.23.008	Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на вирус простого герпеса 1, 2 (Herpes simplex virus 1, 2)	0,05	1
A26.23.009	Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)	0,05	1
A26.23.010	Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на вирус Эпштейна-Барр (virus Epstein-Barr)	0,05	1
A26.28.003	Микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	0,2	1
V03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	5
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,9	2
V03.016.006	Анализ мочи общий	1	5

<b>Инструментальные методы исследования</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.10.002	Эхокардиография	0,5	1,5
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,3	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,7	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	0,2	1
A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа	0,2	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,7	2

<b>Наблюдение и уход за пациентом медицинскими работниками со средним (начальным) профессиональным образованием</b>			
V03.003.005	Суточное наблюдение реанимационного пациента	0,2	7

**Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения,**

<b>требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.23.001	Спинальная пункция	0,05	1
B01.003.004.001	Местная анестезия	0,05	1

### **5.4.3. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий**

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, уточнение характера осложнений с использованием инструментальных и специальных методов обследования, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стационарного больного (форма 003/у).

#### **5.4.3.1 Клинические методы исследования**

**Сбор анамнеза.** При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют жалобы на боль в горле, затруднение носового дыхания, кашель, насморк, храп, увеличение лимфоузлов, боли в животе.

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов и слизистых оболочек ротовой полости, выявляют признаки острого тонзиллита, распространение налетов, их характер, наличие отека в зеве, энантемы, увеличение групп лимфоузлов, их локализацию, размеры, болезненность, плотность, спаянность с окружающими тканями, увеличение размеров печени, селезенки, их плотность и болезненность, наличие экзантемы.

Необходимо проводить осмотр лимфатических узлов бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

С использованием шпателя (зонда) определяют изменения глотки, надгортанника, наличие и размеры глоточной и небных миндалин, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и характера дефектов слизистой оболочки. При обследовании обращают внимание на локализацию, величину, глубину патологических изменений, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при исследовании.

#### **5.4.3.2 Лабораторные методы исследования**

Клинический анализ крови.

Общий анализ мочи.

Биохимический анализ крови.

Бактериологическое исследование.

Серологическое исследование (ИФА).

Молекулярно-биологический метод (ПЦР).

### 5.4.3.3 Инструментальные методы исследования

Электрокардиограмма  
Рентгенограмма придаточных пазух носа  
Рентгенограмма легких  
Электроэнцефалограмма

### 5.4.3.4 Специальные методы исследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)  
Стернальная пункция  
Цитологическое исследование мазков костного мозга  
Спинно-мозговая пункция

### 5.4.4 Требования к лечению в стационарных условиях

Изоляция больного. Применение этиотропных, патогенетических, симптоматических, лекарственных средств по назначению врача-специалиста. Возможность оказать медицинскую помощь в условиях палаты интенсивной терапии и/или отделения реаниматологии и анестезиологии. Соблюдение противоэпидемического и санитарно-гигиенического режима.

### 5.4.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в стационарных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры;
- ▲ восстановление носового дыхания;
- ▲ предупреждение развития осложнений и угрожающих жизни состояний;

Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

### 5.4.6 Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации ##

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата <*>	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД <***>	СКД <****>
A07BC	Адсорбирующие кишечные препараты другие		0,2			
		Смектит диоктаэдрический		мг	3000	15000
B02BX	Другие системные гемостатики		0,1			
		Этамзилат		мг	250	1500
B05BB	Растворы, влияющие на водно-		1			

	электролитный баланс					
		Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид		мл	500	3000
		Меглюмина натрия сукцинат		мл	500	3000
B05CX	Другие ирригационные растворы		0,9			
		Декстроза		мл	400	4000
B05XA	Растворы электролитов		2			
		Калия хлорид		мг	400	4000
		Натрия хлорид		мл	400	3000
C03CA	Сульфонамиды		0,01			
		Фуросемид		мг	20	200
H02AB	Глюкокортикоиды		1			
		Дексаметазон		мг	9	45
		Преднизолон		мг	200	1000
J01DD	Цефалоспорины 3-го поколения		0,9			
		Цефотаксим		мг	3000	21000
		Цефтриаксон		мг	1500	7500
J01DE	Цефалоспорины 4-го поколения		0,1			
		Цефепим		мг	2000	20000
J01DH	Карбапенемы		0,1			
		Меропенем		мг	2000	14000
J01FA	Макролиды		0,2			
		Азитромицин		мг	500	2500
J01GB	Другие аминогликозиды		0,6			
		Амикацин		мг	500	3500
J01XA	Антибиотики гликопептидной структуры		0,1			
		Ванкомицин		мг	1000	5000
J02AC	Производные триазола		0,8			
		Флуконазол		мг	100	1000
J05AB	Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы		0,9			

		Ацикловир		мг	1500	21000
J06BA	Иммуноглобулины нормальные человеческие		0,2			
		Иммуноглобулин человека нормальный		мл	25	75
L03AB	Интерфероны		0,9			
		Интерферон альфа		МЕ	1000000	10000000
L03AB05		Интерферон человеческий рекомбинантный альфа2	0,5	МЕ	9000	9000
L03AX	Другие иммуностимуляторы		0,4			
		Меглюмина акридонатацетат		мг	250	1250
		Тилорон		мг	125	1250
M01AB	Производные уксусной кислоты и родственные соединения		0,3			
		Диклофенак		мг	75	450
M01AE	Производные пропионовой кислоты		0,3			
		Ибупрофен		мг	600	3000
N02BE	Анилиды		0,9			
		Парацетамол		мг	2000	16000
N05BA	Производные бензодиазепина		0,1			
		Диазепам		мг	15	90
R01AA	Адреномиметики		0,9			
		Ксилометазолин		мг	0,09	1,8
R03AC	Селективные бета2-адреномиметики		0,1			
		Сальбутамол		мг	0,4	4
R03DX	Прочие средства системного действия для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей		0,1			
		Фенспирид		мг	240	1680
R05CB	Муколитические препараты		0,1			
		Ацетилцистеин		мг	800	8000

#### 5.4.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях

На этапе лечения в стационарных условиях медицинская помощь пациенту оказывается в виде специализированной, в том числе и высокотехнологичной с использованием специальных методов лечения и обследования по назначению врача-специалиста и обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения.

#### 5.4.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения - до 20 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка при клиническом выздоровлении или выписка из стационара на амбулаторное долечивание;
- рекомендации для пациента – ограничение инсоляции 1 год, диспансерное наблюдение в течение 1 года;
- дополнительная информация для членов семьи – соблюдение личной гигиены.

<b>Не медикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	20
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	20

#### 5.4.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

##### Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Длительность (дни)
Диетическая терапия при нормальном состоянии органов пищеварения и отсутствии показаний для назначения специализированной диеты (стол 15)	0,8	20
Диетическая терапия при заболеваниях печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (стол 5а, 5щ, 5л/ж, 5п)	0,2	15

#### 5.4.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Изоляция пациента, масочный режим;
- Постельный режим в течение периода лихорадки;
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу;
- Гигиеническая обработка глаз, слизистых полости рта, половых и ЛОР-органов пациента не менее 3-х раз в день.

#### 5.4.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий (дополнительные методы диагностики) к лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками инфекционного мононуклеоза, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению инфекционного мононуклеоза;

б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

#### 5.4.12 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	60%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение требуется
Стабилизация	20%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение требуется
Развитие ятрогенных осложнений	5%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным (осложнение)	15%	Развитие рецидива	Через 1-6 мес после окончания лечения при отсутствии или наличие динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания (осложнения)

## 6. Графическое, схематическое представления протокола лечения больных

В данном разделе приводят графики, таблицы и схемы, облегчающие восприятие требований протокола и позволяющие упростить принятие решений специалистами, алгоритмы дифференциальной диагностики, последовательность выполнения медицинских технологий, оптимальные способы выполнения конкретных манипуляций и др.

## 7. Мониторинг протокола лечения больных

Мониторинг клинических рекомендаций (анализ использования, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение изменений и дополнений осуществляет ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ при взаимодействии со всеми заинтересованными организациями. Обновление версии клинических рекомендаций осуществляется по мере необходимости, но не реже 1 раза в 3 года.

## 8. Экспертиза проекта протокола лечения больных

Экспертизу проекта протокола проводят специалисты, представляющие медицинские организации, не участвующие в разработке протокола.

Разработчики в сопроводительном письме ставят перед экспертом вопросы, на которые он должен

ответить, определяют сроки представления экспертного заключения, обычно не превышающие 30 дней с момента получения протокола.

В экспертном заключении эксперт должен указать свою фамилию, имя, отчество, место работы и должность и дать ответы на поставленные в сопроводительном письме вопросы. В случае несогласия с отдельными положениями протокола эксперт предлагает свои варианты с указанием страниц и пунктов, по которым предложены замены. В случае необходимости продления сроков экспертизы эксперт в письменном виде сообщает об этом разработчикам с указанием сроков окончания экспертизы и обоснованием переноса сроков. Отсутствие экспертного заключения в установленные сроки означает согласие эксперта со всеми пунктами проекта протокола.

По результатам экспертизы разработчики составляют сводную таблицу предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований по форме, приведенной в приложении Е, оформляют окончательную редакцию протокола.

## 9. Приложения

### Приложение А

**# Примечание:** при формировании перечней медицинских услуг указываются:

- в графах "Код" и "Наименование" - медицинские услуги и их коды согласно Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении;

- в графе "Частота предоставления" - частота предоставления медицинской услуги в группе пациентов, подлежащих ведению по данной модели пациента: отражает вероятность выполнения медицинской услуги и принимает значение от 0 до 1. Частота предоставления, равная 1, означает, что всем пациентам необходимо оказать данную медицинскую услугу, менее 1 - означает, что медицинская услуга оказывается не всем пациентам, а лишь при наличии показаний;

- в графе "Кратность выполнения" указывается среднее число медицинских услуг в случае их назначения.

Каждой модели пациента соответствуют определенные перечни медицинских услуг двух уровней:

- основной перечень - минимальный набор медицинских услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (указывается частота предоставления равная 1);

- дополнительный (рекомендуемый) перечень - перечень медицинских услуг, выполнение которых обусловлено особенностями течения заболевания (указывается частота предоставления менее 1).

Примечание:

**## Примечание:** Каждой модели пациента соответствуют перечни групп лекарственных средств двух уровней:

1) основной перечень - минимальный набор групп лекарственных средств, применяемых у пациента независимо от особенностей течения заболевания (указывается частота предоставления равная 1);

2) дополнительный (рекомендуемый) перечень - перечень групп лекарственных средств, назначение которых обусловлено особенностями течения заболевания (указывается частота предоставления менее 1).

\* - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

\*\* - международное непатентованное или химическое наименование лекарственного препарата, а в случаях их отсутствия - торговое наименование лекарственного препарата

\*\*\* - средняя суточная доза

\*\*\*\* - средняя курсовая доза

Лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные на территории Российской Федерации, назначаются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата. При назначении лекарственных препаратов для медицинского применения детям доза определяется с учетом массы тела, возраста в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения.

2. Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (часть 5 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, № 48, ст. 6724; 25.06.2012, № 26, ст. 3442).

**Оформление сводной таблицы предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований**

Наименование нормативного документа	Рецензент (Ф.И.О., место работы, должность)	Результаты рецензирования (внесенные рецензентом предложения и замечания)	Принятое решение и его обоснование

## 10. Библиография

1. ВЭБ-инфекция (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение): учебное пособие / Д.М.Собчак [и др.]. – Нижний Новгород: Издательство НижГМА, 2010. – 72 с.
2. Герпесвирусная инфекция / А.К. Полукчи [и др.]; под ред. В.П.Малого. – М.: Эксмо, 2009. – 304 с.: ил.
3. Львов Д.К., Руководство по вирусологии: Вирусные инфекции человека и животных./ М- Издательство «МИА», 2013, -1200 с: ил.-с. 599-624.
4. Львов Н.Д., Дудукина Е.А. Ключевые вопросы диагностики Эпштейна-Барр вирусной инфекции/ Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение, 2013, № 3, с. 24-33.
5. Руководство по инфекционным болезням. В 2 кн. Кн.2 / под ред. акад. РАМН, проф. Ю.В.Лобзина, проф. К.В.Жданова. – 4-е изд., доп. и перераб. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2011. – 744 с.
6. Avgil M, Diav-Citrin O, Shechtman S. Epstein-Barr virus infection in pregnancy--a prospective controlled study. // *Reprod Toxicol*-. 2008 -Aug;25(4)-P. 468-471.
7. Christian LM, Iams JD, Porter K, Epstein-Barr virus reactivation during pregnancy and postpartum: effects of race and racial discrimination.// *Brain Behav Immun*. 2012 Nov;26(8):-P.1280-7.
8. Epstein M.A. Virus particles in cultured lymphoblast from Burkitts lymphoma // *lancet*, 1964- Vol. 1-P.702-703.
9. Eskild A, Bruu A.L., Stray-Pedersen B. Epstein-Barr virus infection during pregnancy and the risk of adverse pregnancy outcome.// *BJOG*. 2005- Dec;112(12):-P.1620-1624.
10. Gervasi MT, Romero R, Bracalente G .Viral invasion of the amniotic cavity (VIAC) in the midtrimester of pregnancy.// *Matern Fetal Neonatal Med*.- 2012 Oct;25(10)-P.2002-2013.
11. Haeri S, Baker AM, Boggess KA .-Prevalence of Epstein-Barr virus reactivation in pregnancy// *Am J Perinatol*.- 2010 Oct;27(9)-P. 715-719.
12. Klein E., Kis L.L., Klein G. Epstein-barr virus infection in humans: from harmless to life endangering virus-lymphocyte interactions// *Oncogene*-2007-Vol.26-P.1297-1305.
13. Klutts J.S., Ford B.A., Perez N.R. et al.Evidence-based approach for interpretation of Epstein-barr virus serological patterns// *J.Clin. Microbiol* .-2009.-Vol.47, N 10.-P. 3204-3210.
14. Luderer R., Kok M., Niesters H.G.M. et al//Epstein-Barr virus PCR for the diagnosis of primary EBV-infections and EBV reactivation// *Mol.Diagn*.-2005.-Vol.9, N4-P.195-200.
15. Morris M.C., Edmunds W.J. The changing epidemiology of infectious mononucleosis? // *J. Infect*.-2002-Vol.45(2)-P.107-109.

16. Oludare A.Odumade, Kristin A. Hoggquist , Henry H.Balfour Jr. Progress and Problems in Understanding and Managing Primary Epstein-Barr Virus Infections 10.1128/CMR.00044-10// Clin.Microbiol.Rev.-2011-Vol.24(1)-P.193.
17. Pembrey L, Raynor P, Griffiths P, et al. Seroprevalence of cytomegalovirus, Epstein Barr virus and varicella zoster virus among pregnant women in Bradford: a cohort study.// PLoS One. 2013 Nov 27;8(11):- P.-81881.
18. Pohl D. Epstein-Barr virus and multiple sclerosis //J.Neurol. Sci -2009.-Nov 15; 286(1-2)-P.62-64.
19. Ralf D.Hess. Routine Epstein-Barr virus diagnostics from the laboratory perspective: still challenging after 35 years// J.Clin.Mecrobiol.-aug 2004-P.3381-3387.
20. Rickinson A.B., Kieff E. Epstein-Barr vieus// Fields Virology. Vol. 2/ Eds. D.M.Knipe. P.M.Howley.-Philadelphia, Pa: Lippincott Williams and Wilkins, 2001.-P.2575-2627.
21. Schaade L., Kleines M., Heausler M. Application of virus-specific immunoglobulin M (IgM), IgG, and IgA antibody detection with polyantigenic enzyme-linked immunosorbent assay for diagnosis of Epstein-Barr virus infection in childhood// J.Clin.Microbiol.-2001-Vol.39-P.3902-3905.
22. Schillinger M., Kampmann M., Murray G et al. Variability of humora immune response to acute Epstein-Barr virus (EBV) infection: evaluation of the significance of serological markers// Med.Microbiol.Lett.-1993.-vol.2-P.296-303.
23. Teniente Urbina M.E., Castaneda J.C., Jose Ortiz Saavedra P. Pancreatitis, myocarditis and interstitial nephritis associated with acute infection with Epstein Barr virus// Rev. gastroenterol Peru.-2009 Oct-Dec, 29(4)-P.367-373.
24. Thorley-Lawson D.A. Epstein-Barr virus: exploiting the immune system// Nat.Immunol.-2001-Vol.1-P.75-82.
25. Walling D.M., Brown A.L., Etienne W. et al. Multiple Epstein-Barr virus infections in healthy individuals// J.Virol.-2003.-Vol.77.- P.6546-6550.
26. Wandinger K., Jabs W., Siekhaus A. et al. Association between clinical disease activiry and Epstein-Barr virus reactivation in MS// Neurology.-2000-Vol.55-P,178-184.