

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Український центр наукової медичної інформації

та патентно-ліцензійної роботи

(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 165-2013

Випуск з проблеми:
«Інфекційні та паразитарні хвороби»
Підстава: рішення ПК
«Інфекційні та паразитарні хвороби»
Протокол № 31 від 21.12.2012

ГОЛОВНОМУ ІНФЕКЦІОНІСТУ МОЗ АР
КРИМ, УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ОБЛАСНИХ, СЕВАСТОПОЛЬСЬКОЇ ТА
КИЇВСЬКОЇ МІСЬКИХ ДЕРЖАВНИХ
АДМІНІСТРАЦІЇ

ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ОСОБАМИ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ У ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

АВТОРИ:

**ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ
ЗАКЛАД УКРАЇНИ «УКРАЇНСЬКА
МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА
АКАДЕМІЯ» МОЗ УКРАЇНИ**

УКРМЕДПАТЕНТИНФОРМ МОЗ УКРАЇНИ

**д.мед.н., проф. ДУБИНСЬКА Г.М.,
к.мед.н., доц. КОВАЛЬ Т.І.,
к.мед.н. БОДНАР В.А.,
к.мед.н. ЛИТВИНЕНКО Ю.В.,
к.мед.н., доц. ІЗЮМСЬКА О.М.,
к.мед.н. КОТЕЛЕВСЬКА Т.М.,
КИРИЧЕНКО Т.С.,
СИЗОВА Л.М.,
ВОЙТЕНКО Л.Л.,
ВОЛОШИНА Л.Г.**

Суть впровадження: алгоритм диспансерного спостереження за особами, які перенесли інфекційний мононуклеоз у дорослому віці

Пропонується для впровадження у лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) інфекційного профілю алгоритм диспансерного спостереження за дорослими реконвалесцентами інфекційного мононуклеозу, який удосконалює діагностику хронічних форм Епштейна-Барр вірусної (ЕБВ) інфекції.

Найбільш вивченим варіантом перебігу ЕБВ-інфекції є інфекційний мононуклеоз (ІМ), який реєструється переважно в дитячому віці. Останніми роками відмічається зростання захворюваності на ІМ дорослих, що пов'язують із погіршенням стану здоров'я населення в цілому. До цього часу в науковій літературі повідомлялося про переважно сприятливі наслідки ІМ, але дослідження останніх років свідчать, що рецидивуючий перебіг хвороби має місце у 10-20% хворих, а хронізація не є винятком. З хронічними формами ЕБВ-інфекції у дорослих пов'язують розвиток цілого ряду соматичних та онкологічних захворювань, що обумовлює необхідність ранньої діагностики хронічних форм ЕБВ-інфекції.

Автори поставили за мету комплексно проаналізувати клініко-лабораторні, серологічні та молекулярно-біологічні маркери ЕБВ-інфекції у дорослих реконвалесцентів ІМ і на основі отриманих результатів запропонувати алгоритм спостереження, який дозволить своєчасно діагностувати хронічні форми ЕБВ-інфекції.

Для реалізації поставленої мети проаналізували дані спостереження за дорослими реконвалесцентами ІМ впродовж 3-5 років. Протягом періоду спостереження реконвалісцентів комплексно обстежували загально-клінічними, біохімічними, молекулярно-біологічними, імунологічними методами та враховували також спектр супутньої патології. Наслідки ІМ визначали згідно класифікації С.О.Крамарева і співавт. (2007) як латентну (одужання), субклінічної реактивації, хронічну стерту та хронічну активну форми. Латентну форму та

субклінічну серологічну реактивацію діагностували при відсутності клініко-лабораторних ознак хронізації процесу, ДНК ЕБВ в крові та при реєстрації серологічних профілів (IgM VCA/IgG EA/IgG EBNA: -/-/+) й (+/+/+; +/-/+; -/+/+) відповідно; хронічну стерту – при наявності типових клінічних симптомів та синдромів ІМ хвилеподібного перебігу, активну – при комбінації вищезазначених синдромів з ознаками органних уражень нервової системи та внутрішніх органів тривалістю понад 6 місяців та виявленні серологічних профілей (+/+/+; +/-/+; -/+/+) і ДНК ЕБВ у крові.

За результатами проведеної роботи встановлено, що переважна більшість реконвалесцентів ІМ (83,3%) одужала, а у 16,7% за сукупністю клініко-лабораторних ознак і специфічних маркерів у динаміці неможливо було виключити хронічну форму ЕБВ-інфекції: у 10,41% – стерту, у 6,25% – активну.

Хронічна стерта форма характеризувалася типовими синдромами ІМ без ознак генералізації процесу: субфебрилітет (25,9%), тонзилофарингіт (92,9%), лімфаденопатія (92,6%), гепато- та спленомегалія (37,0%), помірно виражений астеновегетативний синдром (40,7%); зміною лабораторних показників (лімфоцитоз – 51,8%, гіпергамаглобулінемія – 77,8%) та напруженістю імунних реакцій (підвищення вмісту CD8+, ЦІК, IgM, ЛКБ та НСТ-тесту на фоні зниження CD3+, CD16+, CD20+лімфоцитів, ІРІ, IgA та IgG).

Хронічна активна форма характеризувалася маніфестним перебігом, поліморфізмом проявів з ознаками генералізації процесу: субфебрилітет (94,3%), тонзилофарингіт (74,3%), генералізована лімфаденопатія (51,6%), гепато- (88,6%) та спленомегалія (45,7%), виражені астено-вегетативний (100,0%), абдомінально-больовий, диспептичний (57,1%) і артралгічний (28,6%) синдроми, зміною лабораторних показників (анемія – 25,7%, лейкопенія – 48,5%, тромбоцитопенія – 37,1%, лімфоцитоз – 68,5%, гіпергамаглобулінемія – 68,5%), органічними ураженнями (арахноенцефаліт – 42,8%, гепатит – 28,6%) та імунним дисбалансом з ознаками пригнічення як клітинної, так і гуморальної ланок імунітету (зниження кількості субпопуляцій лімфоцитів CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+лімфоцитів, послаблення функціональної активності фагоцитуючих нейтрофілів, підвищення вмісту ЦІК, зниження – IgG та IgA).

При хронічній формі ЕБВ-інфекції, як активній, так і стергій, діагностувалися супутні хронічні захворювання: тонзилофарингіт бактеріальної етіології, бронхіт, синусит, холецистит, гастродуоденіт, пієлонефрит, гіперплазія щитоподібної залози та обтяжений алергологічний анамнез.

При динамічному спостереження за реконвалесцентами ІМ особливу складність представила інтерпретація результатів зіставлення клінічних ознак із серологічними й молекулярно-біологічними маркерами ЕБВ-інфекції. Так, при відсутності клінічних проявів хронічної ЕБВ-інфекції у половини (50,0%) реєструвався серологічний профіль латентної ЕБВ-інфекції, в інших (50,0%) – реактивації, при цьому ДНК ЕБВ в крові не визначалася в жодного і не з'явилася протягом всього терміну спостереження. Тобто, серологічні профілі реактивації при відсутності клініко-лабораторних ознак хронічної ЕБВ-інфекції та ДНК ЕБВ в крові, можуть визначатися у практично здорових. При наявних клінічних ознаках хронічної ЕБВ-інфекції визначалися профілі як латентної інфекції, так і серологічної реактивації. У 30,0% обстежених, які мали серологічний профіль латентної ЕБВ-інфекції, виявлялася ДНК ЕБВ у крові. У решти (70%) визначалися обидва профілі, а у кожного четвертого з них ДНК ЕБВ з'явилася у крові при обстеженні в динаміці. Загалом, у 47,8% осіб, які мали клінічні ознаки хронічної ЕБВ-інфекції, визначалася ДНК ЕБВ у крові, при цьому серологічні профілі реактивації мали місце лише у 17,4%. Тобто, комплексне клініко-лабораторне обстеження в динаміці показало діагностичну перевагу визначення ДНК ЕБВ методом ПЛР у крові над серологічними маркерами, виявленими методом ІФА, у діагностиці хронічних форм ЕБВ-інфекції, що повинно враховуватися лікарями при спостереженні за особами, які перенесли ІМ.

Слід зазначити, що у більшості хворих зі стертою формою хронічної ЕБВ-інфекції клініко-лабораторні ознаки реактивації ЕБВ зникали після санації хронічних вогнищ запалення та лікування супутньої патології.

На підставі отриманих даних запропонований алгоритм обстеження реконвалесцентів ІМ, який дозволяє поліпшити ранню діагностику та своєчасно розпочати лікування хронічних форм ЕБВ-інфекції (рис.1).



Рис.1. Алгоритм спостереження за реконвалесцентами ІМ.

