

На підставі отриманих даних, обґрунтована доцільність індивідуалізації лікувально-діагностичних підходів у відновному періоді ГГВ у осіб з рецидивуючим ПГ під час диспансерного нагляду.

РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДОРΟΣЛИХ ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ ОСІБ У ВІДДАЛЕНІ ТЕРМІНИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ

**Дубинська Г.М., Ізюмська Г.М., Литвиненко Ю.В., Минак О.М.,
Прийменко Н.О. Боднар В.А.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна

За даними літератури, видужанням закінчуються близько 90-95% випадків захворювання на інфекційний мононуклеоз (ІМ), проте існують дані про можливість формування вторинних імунодефіцитних станів та хронізації інфекційного процесу. Віддалені наслідки ІМ на сьогодні простежені у дітей. Між тим, доведений зв'язок реплікативних форм Епштейн-Барр вірусної інфекції з розвитком різноманітних онкологічних лімфопроліферативних і аутоімунних захворювань, та інше, що обумовлює необхідність подальшого вивчення наслідків ІМ у дорослих у віддалені терміни.

Мета дослідження – оцінити стан здоров'я дорослих, що перенесли ІМ у віддалені терміни.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходились 90 хворих на ІМ, віком від 15 до 65 років, різної статі (чоловічої – 46, жіночої – 44), які протягом 2001-2006 років лікувалися в Полтавській обласній клінічній інфекційній лікарні та були обстежені в динаміці через 1, 2, 3 та 5 років після виписки.

Результати. Проведені дослідження показали, що при виписці зі стаціонару нормалізація клініко-лабораторних показників відмічалася менш ніж у половині хворих – у 41 (45,2%). Періодичний субфебрилітет спостерігався у 7 (8,3%), астеновегетативний синдром – у 18 (20,0%), диспептичний - у 17 (18,9%), больовий – у 17 (18,9%), ознаки тонзилофарингіту – у 14 (16,7%), лімфаденопатія - у 38 (45,2%), жовтяниця – у 14 (16,7%), гепатомегалія - у 14 (16,7%), спленомегалія – у 13 (15,5%) хворих. У більшості хворих (84,5%), перебіг ІМ спостерігався на обтяженому преморбідному фоні: ГРЗ з частотою 3-4 та більше епізодів на рік в анамнезі відмічалися у 10 (11,9%), хронічна патологія шлунково-кишкового тракту - у 64 (71,4%), дихальних шляхів – у 41 (45,2%), сечо-статевої системи – у 36 (39,3%), нервової – у 14 (16,7%). При виписці, у гемограмі переважало збільшення відсоткового вмісту лімфоцитів – у 75 (83,33%), моноцитів – у 12 (13,3%), атипових мононуклеарів – у 17 (18,9%). Ознаки запального процесу спостерігалися у 25 (25,6 %): збільшення кількості паличко-ядерних нейтрофілів – у 16 (17,7%),

лейкоцитоз – у 19 (21,1%), прискорена ШОЕ – у 7 (7,8%) хворих. Зміни в біохімічному аналізі крові характеризувалися підвищенням рівня загального білірубіну у 2 (2,2%), зниженням вмісту альбумінів – у 7 (7,8%), підвищенням вмісту гамаглобулінів – у 28 (31,1%) реконвалесцентів.

Обстеження, проведене через 1 рік після перенесеного ІМ, показало, що стан здоров'я реконвалесцентів погіршився. Серед них на момент огляду практично здорових не було. Достовірно частіше ніж при виписці, реєструвалися астеновегетативний синдром - у 9 (37,5%), диспептичний - у 10 (41,7%), больовий - у 14 (58,3%), тонзилофарингіт - у 23 (95,8%), лімфаденопатія - у 18 (75,0%) та спленомегалія - у 10 (41,7%). Достовірно частіше реєструвалися часті ГРЗ та загострення хронічних запальних захворювань дихальних шляхів – у 14 (58,3%). Помірні зміни в загальному аналізі крові відмічалися майже у всіх обстежених (83,3%). Достовірно частіше реєструвалася запальна реакція крові - у 12 (50,0%), рідше ніж при виписці - лімфоцитоз (50,0%, n=12), атипові мононуклеари визначалися у 2 (8,3%) осіб.

Через 2 роки після перенесеного ІМ, стан здоров'я осіб порівняно з обстеженням через 1 рік, не поліпшився. У більшості зберігались окремі типові синдроми ІМ, збільшилась частота реєстрації субфебрилітету – у 4 (22,2%), гепатомегалії - у 8 (44,4%), при цьому, спленомегалія визначалася рідше - у 2 (11,1%). Достовірно частіше почали реєструватися захворювання шлунково-кишкового тракту - у 16 (88,9%) та нервової системи - у 8 (44,4%), часті запальні захворювання дихальних шляхів реєструвалися у більшості обстежених (55,6%). В гемограмі достовірно частіше виявлявся моноцитоз - у 4 (22,2%), зменшилась кількість осіб з лімфоцитозом - у 2 (11,1%). Достовірно частіше реєструвалася гіпербілірубінемія - у 6 (33,3%), гіпергамаглобулінемія - у 18 (100,0%) та підвищений рівень серомукоїду - у 6 (33,3%).

При обстеженні через 3 роки, зменшення частоти типових клінічних симптомів ІМ, що реєструвалися через 2 роки після виписки, не відбулося, проте спостерігалася нормалізація більшості загально-клінічних та біохімічних показників. Достовірно рідше реєструвалися ГРЗ та загострення хронічних вогнищ запалення – у 4 (33,3%).

Через 5 років після перенесеного ІМ практично здоровими були 3 (21,4%) особи, в інших визначалися такі клінічні синдроми ІМ як тонзилофарингіт - у 8 (57,1%), лімфаденопатія - у 9 (67,7%) та гепатомегалія - у 2 (14,3%). Запальні захворювання дихальних шляхів з частотою 3-4 та більше епізодів на рік реєструвалися достовірно рідше - у 2 (14,3%). Разом з тим захворювання травної та нервової систем залишалися виявлятися значно частіше ніж до ІМ, збільшилась кількість осіб з патологією сечостатевої системи – 9 (64,3%). В загальному аналізі крові у 5 (35,7%) осіб реєструвалася запальна реакція за рахунок збільшення кількості паличко-ядерних нейтрофілів. Лімфоцитоз та

моноцитоз виявлялися у 1 (7,1%) обстеженого. Серед біохімічних показників реєструвалася гіпербілірубінемія - у 3 (21,4%) осіб.

Таким чином, проведені дослідження показали, що у дорослих, які перенесли ІМ, протягом 5 років виявлялися клінічні та лабораторні ознаки, що свідчили про персистенцію Епштейн-Барр вірусу. Після перенесеного ІМ спостерігалось збільшення частоти хронічних захворювань дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту, нервової та сечостатевої систем.

МЕТОДИКА ПЕРВИННОГО КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО СКРИНІНГУ ДОНОРІВ ЩОДО МОЖЛИВОГО ІНФІКУВАННЯ HBV І HCV

Дубинська Г.М., Пінський Л.Л., Кузь Т.В., Котелевська Т.М., Боднар В.А.

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, Полтава, Україна

І дотепер донори залишаються найнебезпечнішими з епідеміологічної точки зору як приховані джерела HBV- і HCV-інфекцій. Однак прийнята в Україні система тестування донорської крові, яка передбачає виявлення лише поверхневого антигену ГВ – HBsAg і сумарних антитіл до ГС – анти- HCV, є недосконалою і не гарантує безпеки донорської крові. Між тим впровадження адекватного лабораторного обстеження донорів в сучасних соціально-економічних умовах в Україні дотепер залишається проблемою. Тому з практичної точки зору важливим і економічно обґрунтованим є пошук сукупності епідеміологічних і клінічних ознак, за якими можна спрогнозувати ймовірне інфікування HBV і HCV донорів. Це дасть можливість скоротити фінансові витрати на лабораторний скринінг.

Мета дослідження – розробити методику прогнозування можливого інфікування донорів крові HBV і HCV на основі оцінки епідеміологічних і клінічних даних.

Матеріали і методи. Проведене поглиблене клініко-епідеміологічне та лабораторне обстеження 214 донорів обласної станції переливання крові (ОСПК), яке включало: ретельний збір епідеміологічного анамнезу – згідно розробленої анкети; загальноклінічний огляд та проведення спеціальних лабораторних досліджень з визначенням широкого спектру серологічних (HBsAg, анти-HBs, анти-HBc IgM і IgG, HBeAg, анти-HBe, анти-HCV (сумарні), анти-HCVc IgM і IgG та анти-NS₃, анти-NS₄, анти-NS₅) і молекулярно-біологічних маркерів (ДНК HBV і РНК HCV). При постановці ІФА використовували тест-системи “DIA – HBV” і “DIA – HCV” АТЗТ НВК “Діапроф-Мед” (Україна) і НВК “Диагностические системы” (Росія). Для проведення ПЛР застосовувалися тест-системи “Ампли Сенс HBV – 470 s/ВКО – 770” та “Ампли Сенс HCV – 240 s/ВКО – 440”(Росія).

З метою пошуку прогностичних критеріїв щодо можливого інфікування