

ეკუთმინ – ბარის ვირუსით ინფექცია

ინფექციური მონონუკლეოზი

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

ექვშენი – ბარის ვირუსით ინფექცია

ინფექციური მონონუკლეოზი

1. დეფინიცია

ინფექციური მონონუკლეოზი ეწოდება ეპშტეინ-ბარის ვირუსით (EBV) გამოწვეულ პირველად მწვავე ინფექციას, რომელიც ხასიათდება ცხელებით, ინტოქსიკაციით, ტონზილიტით, ელენთის, ღვიძლისა და ლიმფური კვანძების გადიდებით, პერიფერიულ სისხლში ატიპური მონონუკლეარების არსებობით.

EBV, სხვა ჰერპესვირუსების მსგავსად, ახასიათებს ორგანიზმში ხანგრძლივი პერსისტენცია და ინფექციის ქრონიკული და ლატენტური ფორმები, პერიოდული გამწვავებით.

2. კრიტერიუმები

ა) დამადასტურებელი

ინფექციური მონონუკლეოზი *საეჭვოა*, თუ პაციენტს აღენიშნება:

კლინიკური ნიშნები:

ცხელება და ერთი ნიშანი ჩამოთვლილიდან: ტონზილიტი, ლიმფადენოპათია, სპლენომეგალია.

ლაბორატორიული მაჩვენებლები:

- ლეიკოციტოზი
- ლიმფოციტოზი
- მონოციტოზი
- ატიპური მონონუკლეარები

დიაგნოზი სავარაუდოა, თუ ზემოთ ჩამოთვლილ ნიშნებთან ერთად სისხლში სეროლოგიური გამოკვლევებით აღმოაჩნდება:

- ჰეტეროფილური ანტისხეულები

ინფექციური მონონუკლეოზზე საექვო და სავარაუდო შემთხვევის დროს იწყება დაავადების კლინიკური მართვა. ამასთან ერთად გრძელდება პაციენტის შემდგომი კვლევა EBV ინფექციაზე:

- სისხლში EBV-ის საწინააღმდეგო სპეციფიკური ანტისხეულების განსაზღვრა.
- ოროფარინგულ სეკრეტში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციით (პჯრ) ვირუსის დნმ განსაზღვრა*

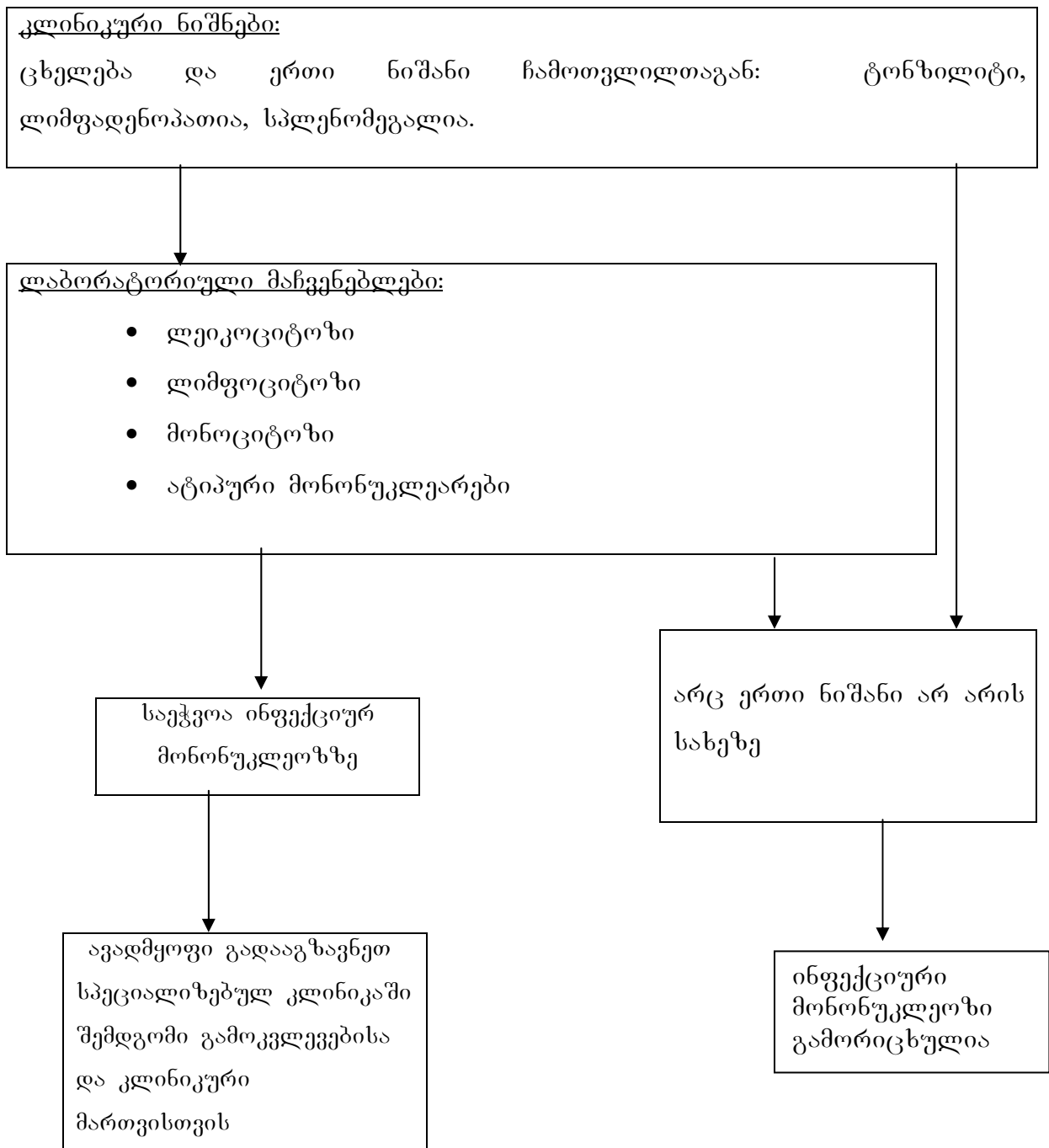
ბ) გამომრიცხავი

ინფექციური მონონუკლეოზი გამორიცხულია, თუ სახეზე არ არის კლინიკური და ლაბორატორიული კრიტერიუმების ზემოთ წარმოდგენილი ერთობლიობა.

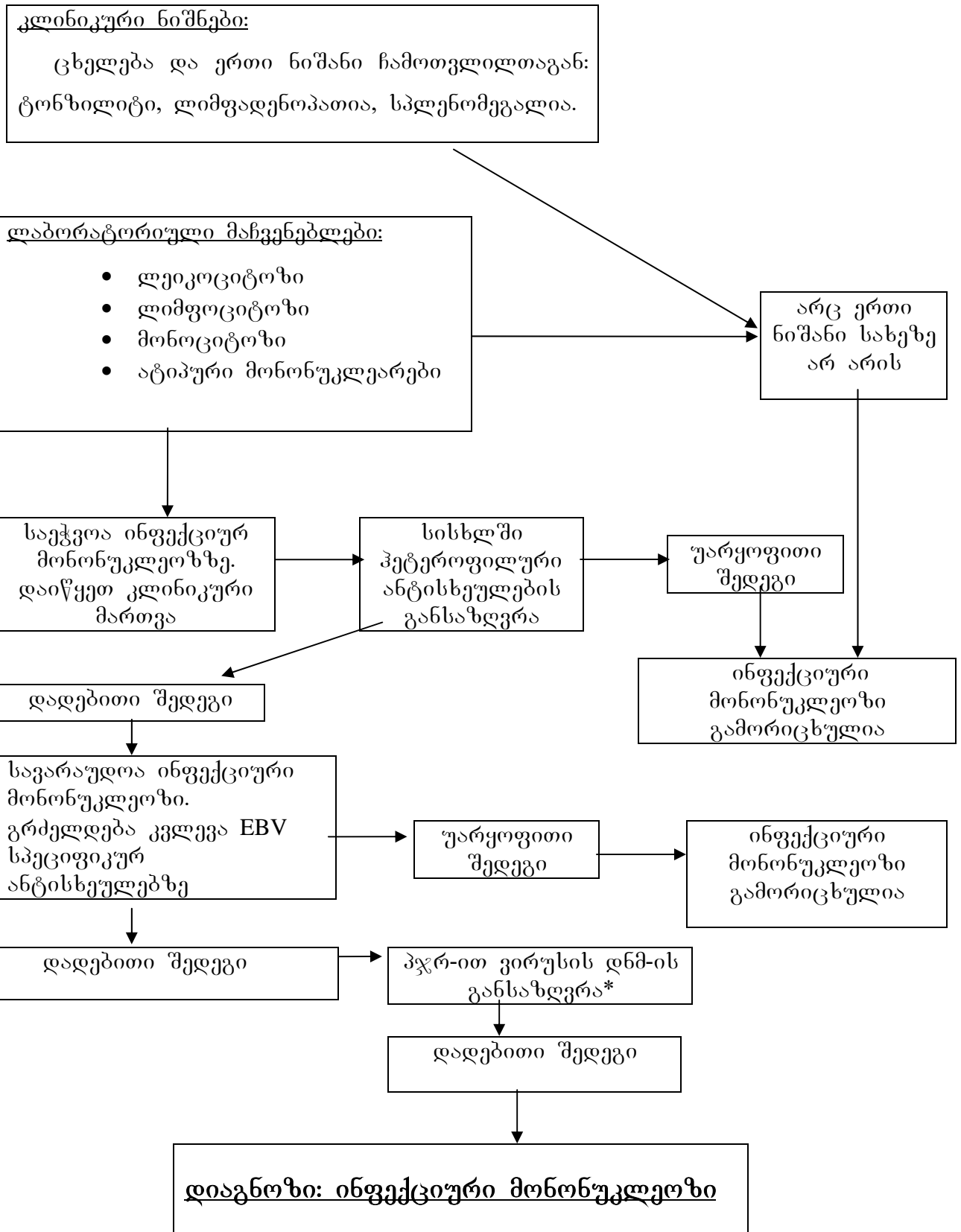
* ძირითადად დიაგნოზის საბოლოოდ დასადასტურებლად საკმარისია სეროლოგიური რეაქციების ჩატარება, რადგან პჯრ შეიძლება დადებითი იყოს პრაქტიკულად ჯანმრთელ, ლატენტურად ინფიცირებულ პირებში. ამიტომ ინფექციური მონონუკლეოზის დასადასტურებლად პჯრ კვლევის ჩატარება აუცილებელი არ არის.

ინფექციური მონონუკლეოზის დამადასტურებელი და გამომრიცხავი კრიტერიუმები
(ალგორითმი)

1. ბამოკვლევის სქემა პირველადი ჯანდაცვის რბოლისთვის



2 ავადმყოფის კლინიკური გამოკვლევის სქემა სპეციალიზებული კლინიკისთვის



* ძირითადად დიაგნოზის საბოლოოდ დასადასტურებლად საკმარისია სეროლოგიური რეაქციების ჩატარება, რადგან პჯრ შეიძლება დადებითი იყოს პრაქტიკულად ჯანმრთელ, ლატენტურად ინფიცირებულ პირებში. ამიტომ ინფექციური მონონუკლეოზისთვის კვლევის ამ მეთოდის ჩატარება აუცილებელი არ არის.

3. სიმპტომები

ა) დამადასტურებელი

ინფექციური მონონუკლეოზის ინკუბაციური პერიოდია 4-18 დღე, იშვიათად 8 კვირა.

დაავადების კლინიკური სიმპტომებია:

- ცხელება
- ტონზილიტი
- ლიმფადენოპათია
- სპლენომეგალია
- ჰეპატომეგალია
- სიყვითლე (იშვიათი)
- გამონაყარი (იშვიათი)

ინფექციური მონონუკლეოზის გართულებებია:

- ჰემატოლოგიური გართულებები:
 - ჰემოლიზური ანემია
 - თრომბოციტოპენია
 - აგრანულოციტოზი
- ელენთის გასკდომა
- ნევროლოგიური გართულებები:
 - მენინგიტი
 - ენცეფალიტი
 - მიელიტი
 - გიენ-ბარეს სინდრომი
 - იელორადიკულიტი
 - კრანიალური ნერვების დაზიანება
 - ენცეფალომიელორადიკულიტი
 - მხედველობის ნერვის ანთება
 - რეტრობულბური ნევრიტი
 - კრანიალური ნერვების დაზიანება
 - მხრის წნულის ნეიროპათია
 - ფსიქოზი
 - დემიელინიზაცია
 - ჰემიპლეგია
 - ქვემწვავე მასკლეროზებელი პანენცეფალიტი
 - ცნს ლიმფომები
- ღვიძლის დაზიანება:
 - ფულმინანტური ჰეპატიტი
 - ღვიძლის უკმარისობა
 - ციროზი
- გართულება თირკმლის მხრივ:
 - მიკროჰემატურია
 - პროტეინურია
 - თირკმლის მწვავე უკმარისობა
- გართულება გულის მხრივ:
 - მიოკარდიტი

- პერიკარდიტი
- სასუნთქი გზების დაზიანება:
 - ზედა სასუნთქი გზების ობსტრუქცია
 - ინტერსტიციული პნევმონია

ინფექციური მონონუკლეოზის ლაბორატორიული მაჩვენებლებია:

- პერიფერიულ სისხლში:
 - ლეიკოციტოზი ($10-20 \times 10^9/\text{ლ}$)
 - ლიმფოციტოზი (60%-მდე)
 - ნეიტროპენია
 - მონოციტოზი (18-20%)
 - თრომბოციტოპენია
 - ატიპური მონონუკლეარები (12-20%)
 - პლაზმური უჯრედები (8-12%)
 - ედს აჩქარებული

ბ) გამომრიცხავი

თუ სახეზე არ არის ზემოთ აღნიშნული სიმპტომები და ლაბორატორიული მაჩვენებლები ინფექციური მონონუკლეოზი გამორიცხულია.

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები:

ა) პირველ 4 საათში:

- სტაციონარული კონსულტაცია;
- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის ანალიზი;
- კარდიოგრამა;
- სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი (ალტ, ასტ, ბილირუბინი და მისი ფრაქციები, გლუკოზა, პროთრომბინის ინდექსი, საერთო ცილა, ალბუმინი);
- სისხლში ელექტროლიტების განსაზღვრა;
- მუცლის ღრუს ექოსკოპი;
- სისხლში უანგბადის კონცენტრაციის განსაზღვრა.

ბ) პირველ 24 საათში:

- ჰეტეროჰემაგლუტინაციის რეაქციით ჰეტეროფილური ანტისხეულების განსაზღვრა;
- ხახისა და პირის ღრუს ნაცხის ვირუსოლოგიური და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა;
- ანტიბიოტიკებისადმი მგრძობელობის განსაზღვრა.

გ) პირველ 3 დღეში:

- ვირუსსპეციფიკური ანტისხეულების განსაზღვრა;
- პჯრ-ით ვირუსის დნმ-ის განსაზღვრა;
- ჰემატოლოგის კონსულტაცია;
- ონკოლოგის კონსულტაცია.

- ნევროპათოლოგის კონსულტაცია;
- ქირურგის კონსულტაცია;
- კარდიოლოგის კონსულტაცია.

5. მკურნალობა

I ალტერნატივა (მსუბუქი მიმდინარეობა)

- არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (აასს) ან აცეტამინოფენი
- ანტისეპტიკური ხსნარები

II ალტერნატივა (საშუალო სიმძიმის მიმდინარეობა)

- არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (აასს) ან აცეტამინოფენი
- ანტისეპტიკური ხსნარები
- ინტრავენური დეზინტოქსიკაციური თერაპია (რინგერი, გლუკოზა, კალიუმის ქლორიდის, NaCl 0,9% ხსნარი)

III ალტერნატივა (მძიმე მიმდინარეობა)

- არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (აასს) ან აცეტამინოფენი
- ანტისეპტიკური ხსნარები
- ინტრავენური დეზინტოქსიკაციური თერაპია (რინგერი, გლუკოზა, კალიუმის ქლორიდის, NaCl 0,9% ხსნარი)
- პრედნიზოლონი

ბანსაკოპოტირებადი შემთხვევები (ბართულეზის მკურნალობა)

1. გენერალიზებული მენინგოენცეფალიტი, ობსტრუქციული ფარინგოტონზილიტი, ინტერსტიციული პნევმონია, იმუნოსუპრესიული პაციენტები:

- არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (აასს) ან აცეტამინოფენი
- ინტრავენური დეზინტოქსიკაციური თერაპია (რინგერი, გლუკოზა, კალიუმის ქლორიდის, NaCl 0,9% ხსნარი)
- პრედნიზოლონი
- აციკლოვირი

2. მძიმე ჰეპატიტი:

- არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (აასს) ან აცეტამინოფენი
- ინტრავენური დეზინტოქსიკაციური თერაპია (რინგერი, გლუკოზა, კალიუმის ქლორიდის, NaCl 0,9% ხსნარი)
- პრედნიზოლონი
- განციკლოვირი

3. აგრანულოციტოზი:

- არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (ასსს) ან აცეტამინოფენი
- ინტრავენური დეზინტოქსიკაციური თერაპია (რინგერი, გლუკოზა, კალიუმის ქლორიდის, NaCl 0,9% ხსნარი)
- პრედნიზოლონი
- ნეიპოგენი (ფილგასტრიმი)

4. ბაქტერიული სუპერინფექცია:

- არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (ასსს) ან აცეტამინოფენი
- ინტრავენური დეზინტოქსიკაციური თერაპია (რინგერი, გლუკოზა, კალიუმის ქლორიდის, NaCl 0,9% ხსნარი)
- პრედნიზოლონი
- ანტიბიოტიკთერაპია (აზიტრომიცინი, ცეფტრიაქსონი)

6. რეაბილიტაცია და დაკვირვება

მონიტორინგის სამიზნეები

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- სისხლში ჰეტეროფილური ანტისხეულების განსაზღვრა;
- სისხლში EBV საწინააღმდეგო სპეციფიკური ანტისხეულების – ანტი EA IgG და ანტი-EBNA IgG – ტიტრის განსაზღვრა
- ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიური ანალიზი
- შარდის ანალიზი
- სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი (ალტ, ასტ, ბილირუბინი და მისი ფრაქციები)

7. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – “ეპშტეინ – ბარის ვირუსით ინფექცია, ინფექციური მონონუკლეოზი”