

**Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України
ГС «Українська Академія Педіатричних спеціальностей»
Медична мережа «Добробут»**

Інфекційний мононуклеоз (залозиста лихоманка)

Клінічна настанова, заснована на доказах

Робоча група з адаптації клінічної настанови

Лободюк Антоніна Олександрівна	педіатр, клінічний ординатор кафедри пропедевтики дитячих захворювань ВНМУ імені М.І. Пирогова, співробітник клініки «Добробут»
Рибаківа Тетяна Мар'янівна	педіатр клініки «Добробут»
Савонова Наталія Олексіївна	педіатр клініки «Добробут»
Гапонова Станіслава Олександрівна	завідувач поліклініки «Добробут», педіатр, інфекціоніст дитячий та інфекціоніст дорослий
Ліщишина Олена Михайлівна	директор департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н., ст.н.с.
Риков Олексій Аркадійович	керівник групи, медичний директор з педіатрії ММ «Добробут»

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України є членом



Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)



ADAPTE (Франція)
(Міжнародний проект з адаптації клінічних настанов)

Перегляд клінічної настанови заплановано на 2021 рік

Список скорочень

ІМ – інфекційний мононуклеоз
ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
ЕБВ – Епштейн–Барр вірус
ПП – печінкові проби
АЛТ – аланінамінотрансфераза
АСТ – аспартатамінотрансфераза
CDC – Center for Disease Control and Prevention
NICE – National Institute for Health and Care Excellence
CKS – Clinical Knowledge Summaries

Передмова робочої групи з адаптації клінічної настанови. Синтез настанови

За прототип клінічної настанови взято Клінічну настанову:

- NICE CKS «Glandular fever (infectious mononucleosis)» (<https://drive.google.com/open?id=0B09kvZjjue6NS1NOLUdUSXJjdnM>), копія з екрану від 20.11.2017

Додаткові докази включені з наступних джерел:

- CDC «Epstein–Barr Virus and Infectious Mononucleosis» (<https://www.cdc.gov/epstein-barr/index.html>), копія з екрану від 20.11.2017
- Infectious mononucleosis. Paul Lennon, Michael Crotty, John E Fenton (http://www.bmj.com/bmj/section-pdf/895012?path=/bmj/350/8005/Clinical_Review.full.pdf)
- CDC (<https://www.cdc.gov/epstein-barr/laboratory-testing.html>), копія з екрану від 4.01.18

Переклад здійснено за допомогою ГО «M-Gate»

Клінічна настанова «Інфекційний мононуклеоз (залозиста лихоманка) у дітей та дорослих» створена мультидисциплінарною робочою групою співробітників клініки «Добробут» на основі оригінальної клінічної настанови NICE CKS «Glandular fever (infectious mononucleosis)», яка була попередньо оцінена групою експертів за допомогою Запитальника AGREE. Результати оцінки задокументовані та знаходяться в матеріалах робочої групи. Розробка настанови здійснена шляхом адаптації.

Механізм адаптації передбачає внесення в оригінальний текст настанови, який залишається незмінним, *коментарів* робочої групи, у яких відбивається можливість виконання тих чи інших положень клінічної настанови в реальних умовах системи охорони здоров'я України, доступність медичних втручань, наявність зареєстрованих в Україні ліків.

Запропонована клінічна настанова не повинна розцінюватись як стандарт медичного лікування. Остаточне рішення стосовно конкретної діагностичної процедури або методу лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей медичного закладу. Клінічна настанова «Інфекційний мононуклеоз (залозиста лихоманка) у дітей та дорослих» має на меті допомогти лікарю в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях, слугує інформаційною підтримкою щодо найкращої клінічної практики на основі доказів ефективності застосування певних діагностичних процедур та ліків.

NICE CKS «Glandular fever (infectious mononucleosis)»

Цілі:

Підтримати фахівців первинної ланки надання медичної допомоги щодо:

- встановлення точного діагнозу залозистої лихоманки;
- надання порад щодо самоконтролю;
- припущення розвитку серйозних ускладнень.

Визначення

Що таке залозиста лихоманка?

Залозиста лихоманка (також відома як інфекційний мононуклеоз) є інфекційною та, зазвичай, самовиліковною хворобою, що спричинена вірусом Епштейна–Барра (EBV), який належить до сімейства вірусу герпесу людини [Johannsen and Kaye, 2009] Вважається, що інкубаційний період залозистої лихоманки становить від 33 до 49 днів [Richardson et al., 2001].

Залозиста лихоманка не є особливо контагіозною та поширюється через контакт зі слиною, як правило, від асимптомних носіїв. Наприклад, через поцілунки або шляхом використання спільного посуду [Charles, 2003; CDC, 2006]. Маленькі діти можуть захворіти через жувальні іграшки, що заражені вірусом [HRA, 2009].

Infectious mononucleosis. Paul Lennon, Michael Crotty, John E Fenton:

Що таке інфекційний мононуклеоз і що його спричиняє?

Було б найбільш точним вважати ІМ неспадковим синдромом із класичною тріадою проявів: лихоманка, фарингіт та шийна лімфаденопатія, а також наявністю лімфоцитозу у загальноклінічних аналізах. Для багатьох лікарів терміни ЕБВ та ІМ є синонімами. ЕБВ є збудником приблизно 90% випадків ІМ, решта випадків зумовлені, значною мірою, цитомегаловірусом, герпесвірусом людини 6 типу, токсоплазмою, ВІЛ та аденовірусом. Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), існує чотири підтипи ІМ (або В27 в мануалі). Щоб уникнути непорозумінь, наводимо кілька найбільш поширених синонімів ІМ, які включено до МКХ-9, що використовувалась в Сполучених Штатах до 1 жовтня 2015 року, — залозиста лихоманка, моноцитарна ангіна, хвороба Пфайфера, хвороба Філатова і навіть «хвороба поцілунків».

ЕБВ є поширеним вірусом герпесу, понад 90% дорослого населення світу інфіковано даним вірусом.

CDC «Epstein–Barr Virus and Infectious Mononucleosis»:

ЕБВ є найчастішою причиною ІМ, але цю хворобу можуть викликати й інші віруси — цитомегаловірус, токсоплазма, ВІЛ, краснуха, гепатити А, В та С, аденовірус.

ІМ поширений серед підлітків та молодих людей, особливо студентів. Щонайменше в однієї з чотирьох молодих осіб, які інфікуються ЕБВ, розвинеться ІМ.

Передача інфекції

Найчастішою причиною ІМ є ЕБВ. Цей вірус передається через різні рідини тіла, найчастіше через слину. Може передаватись також через кров, сперму під час статевого контакту, при переливанні крові та трансплантації органів.

NICE CKS «Glandular fever (infectious mononucleosis)»:

Поширеність

Наскільки поширене дане захворювання?

50% дітей віком до 5 років мають антитіла до ЕБВ, а до 25 років — 90% людей. Більшість із них перенесли залозисту лихоманку в асимптомному або субклінічному варіанті [Rogers, 2012].

Як правило, найчастіше страждають на гостру залозисту лихоманку люди віком від 15 до 24 років [Rogers, 2012].

У практиці лікаря загальної практики, який надає допомогу 10 000 пацієнтів, можна очікувати 7 випадків ІМ протягом року. Практикуючі лікарі, що переважно ведуть пацієнтів молодого віку, можуть зустрічати даний стан дещо частіше [Candy et al., 2002].

Коментар робочої групи. Даних про поширеність ІМ в Україні немає.

Ускладнення

Які можуть виникати ускладнення?

Ускладнення залозистої лихоманки зустрічаються досить рідко і включають:

- Обструкцію верхніх дихальних шляхів — через збільшення мигдаликів у розмірах [Charles, 2003] або за наявності перитонзиллярного абсцесу (тонзиліт) [Mopem et al., 1999].
- Розрив селезінки виникає рідко (менше 1%) та зазвичай спостерігається у перші 3 тижні після початку гострого періоду захворювання [Lennon et al., 2015]. Близько 50% випадків розриву селезінки є спонтанними, і 50% виникають після травми (яка може бути незначною) [Johannsen and Kaye, 2009].

• Неврологічні ускладнення зустрічаються у 1–5% людей, більшість з них (85%) повністю відновлюються [Johannsen and Kaye, 2009; Lennon et al., 2015]:

- енцефаліт або асептичний менінгіт;
- параліч лицевого нерва;
- поперечний мієліт;
- синдром Гієна–Барре;
- неврит зорового нерва, ретробульбарний неврит, множинний мононеврит;
- невропатія плечевого сплетіння;
- геміплегія.

• Гематологічні ускладнення [Johannsen and Kaye, 2009; Lennon et al., 2015]:

- Аутоімунна гемолітична анемія зустрічається у 3% людей. Наявність гемолізу стає клінічно очевидною на другому або третьому тижні гострого захворювання і завершується протягом 1–2 місяців.
- Тромбоцитопенія середнього ступеня є доволі поширеним станом (25–50%).
- Помірна нейтропенія зустрічається часто та минає без лікування. Рідко розвивається важка нейтропенія (кількість нейтрофілів менше 1×10^9 клітин/л), що може спричинити нейтропенічний сепсис, пневмонію або смерть.
- Частіше нейтропенія розвивається у маленьких дітей.

• Ускладнення з боку серцево-судинної системи [Ebell, 2004; Johannsen and Kaye, 2009; Lennon et al., 2015]:

- перикардит та міокардит.
- порушення серцевої провідності.

- **Нефрологічні ускладнення, а саме гострий інтерстиціальний нефрит [Ebell, 2004; Johannsen and Kaye, 2009].**

• **Порушення функції печінки** — ПП виходять за межі референтних значень приблизно у 90% людей, рівні АСТ та АЛТ у 2–3 рази перевищують верхню межу норми. Зростання ПП, як правило, досягає пікового значення на другий тиждень хвороби, а потім показники нормалізуються протягом наступних 3–4 тижнів [Johannsen and Kaye, 2009; Lennon et al., 2015].

- **Втома, яка триває понад 6 місяців, може розвинутися у небагатьох випадках.**

Проспективне дослідження за участю 301 підлітка з ІМ показало, що 13% відповідали критеріям синдрому хронічної втоми через 6 місяців, а 4% відповідали критеріям через 2 роки [Katz et al., 2009].

- **У людей з ослабленим імунітетом інфікування ЕБВ може спричинити:**

— розвиток злоякісних новоутворень — лімфопроліферативні захворювання, первинну лімфому центральної нервової системи, лімфому Ходжкіна та назофарингеальну карциному [Johannsen and Kaye, 2009];

— у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією ЕБВ також пов'язана з розвитком оральної волосистої лейкоплакії та дифузним інтерстиціальним пневмонітом [Cohen, 2000].

• **Хронічна активна інфекція ЕБВ** — це доволі рідкісний стан і може починатися як типовий ІМ, який з часом прогресує до важкої хвороби [Okano et al., 1991; Cohen, 2000]. Це пов'язано з надзвичайно високими титрами вірус-специфічних антитіл [Cohen, 2000]. Прогноз поганий, оскільки більшість людей помирають від прогресуючої панцитопенії, гіпогаммаглобулінемії або назальної лімфоми [Johannsen and Kaye, 2009].

Infectious mononucleosis. Paul Lennon, Michael Crotty, John E. Fenton:

Чи може інфекційний мононуклеоз спричинити розвиток розсіяного склерозу?

Існують дані про те, що наявність в анамнезі ІМ значно підвищує ризик розвитку розсіяного склерозу, і цей зв'язок набагато сильніший, ніж з іншими загальними чи дитячими інфекціями. За даними метааналізу можна зробити висновок, що ризик виникнення розсіяного склерозу є найбільшим у тих, хто був заражений ЕБВ у більш пізньому віці (захворюваність починає зростати у підлітковому віці, зростає у віці від 25 до 30 років і знижується майже до нуля до 60 років) з помірним ризиком для тих, хто заражається ЕБВ у ранньому дитинстві, і близький до нуля у тих, хто не був інфікований. Нещодавній метааналіз показав, що ЕБВ наявний у 100% випадків розсіяного склерозу, тому було зроблене припущення, що вірус є не лише фактором ризику, але й необхідною умовою для виникнення розсіяного склерозу. Між розсіяним склерозом та ЕБВ існує причинно-наслідковий зв'язок, однак це твердження активно обговорюється. Доволі суперечливо, але якщо прихильники теорії причинно-наслідкового зв'язку «інфекційний мононуклеоз-розсіяний склероз» праві, то вакцина проти ЕБВ теоретично може знищити розсіяний склероз. У єдиному клінічному дослідженні II фази щодо застосування вакцини проти ЕБВ у людини показано зменшення частоти виникнення ІМ у дорослих, які були серонегативними для ЕБВ, але вакцина не впливала на рівень інфікування ЕБВ. Подальший розвиток та впровадження вакцин є доволі складним з кількох причин, не тільки через тривалий період між первинним інфікуванням ЕБВ та розвитком пухлин, пов'язаних з ЕБВ, або розсіяного склерозу. Ще більш суперечливою є думка, що замість використання вакцини можна було б запобігти меншій, але все ще значній, кількості випадків розсіяного склерозу, проводячи скринінг дітей на предмет інфікування ЕБВ до досягнення ними підліткового віку.

Чи призводить інфекційний мононуклеоз до синдрому хронічної втоми?

Синдром хронічної втоми визначається як виразна стомлюваність, послаблення функцій опорно-рухового апарату та когнітивних функцій без іншого пояснення, яке триває щонайменше шість місяців і призводить до серйозних порушень у повсякденному житті. Існує багато суперечок щодо причини виникнення цього розладу. Деякі автори вважають, що він викликаний певною гострою інфекцією, такою як ІМ, оскільки багато пацієнтів відмічали початок свого стану з моменту пер-

ших проявів ІМ, від якого вони так і не одужали. Проспективні дослідження показали, що на синдром хронічної втоми страждають від 7,3% до 12% дорослих протягом шести місяців після перенесеного ІМ. Однак зв'язок між синдромом хронічної втоми та ІМ залишається сумнівним. Дослідження, що включало понад 1300 пацієнтів з діагнозом ІМ, підтвердженим серологічними дослідженнями, показало, що, хоча 10% пацієнтів відмічали втому, жоден з них не відповідав критеріям синдрому хронічної втоми [15]. Причина синдрому хронічної втоми, ймовірно, є багатофакторною.

Чи існує підвищений ризик розвитку лімфоми або інших видів раку після перенесеного інфекційного мононуклеозу?

Зв'язок ЕБВ із злоякісними пухлинами, такими як лімфома Беркіта у дітей та назофарингеальна карцинома, є доволі сильним. Однак цей огляд більше спрямований на пацієнтів із ІМ, тому важко диференціювати вплив окремо ЕБВ та ІМ на ризик виникнення злоякісних новоутворень у майбутньому. Два великі скандинавські когортні дослідження виявили підвищення ризику виникнення лімфоми Ходжкіна у 2,55–2,83 разу у пацієнтів з діагнозом ІМ, встановленим за допомогою тестів на гетерофільні антитіла. Результати були подібними у недавньому британському реєстрі, які показали зростання ризику виникнення лімфоми Ходжкіна у когорті ІМ у 3,44 разу [22]. В огляді злоякісних новоутворень, пов'язаних з ЕБВ (2014 р.) зазначається, що лімфома Ходжкіна є єдиною злоякісною патологією, що пов'язана з ЕБВ, за винятком назофарингеальної карциноми, для якої існує сукупність доказів, накопичених раніше, що встановлюють даний міцний зв'язок. Велике проспективне дослідження для інших злоякісних новоутворень не виявило чіткого зв'язку між клінічним ІМ в анамнезі та ризиком інвазивного раку молочної залози, а в одному з когортних досліджень було встановлено, що рак легенів був значно менш ймовірним у когорті пацієнтів з ІМ.

Чи може інфекційний мононуклеоз викликати якісь ускладнення?

Інфекційний мононуклеоз здебільшого минає протягом кількох тижнів, але іноді можливі загострення з виникненням різноманітних ускладнень. Список ускладнень можна знайти за посиланням: www.cdc.gov/epstein-barr/hcp.html. Неврологічні розлади можуть виникати у від 1% до 5% хворих. До них належать енцефаліт, менінгоенцефаліт, судоми, неврит зорового нерва, раптова нейросенсорна приглухуватість, ідіопатичний параліч обличчя, синдром Гієна–Барре та ін. Найчастішими є гематологічні ускладнення, зокрема гемолітична анемія (3%) і тромбоцитопенія (25–50%), рідше – апластична анемія, панцитопенія та агранулоцитоз. До інших рідкісних гострих ускладнень належить міокардит, перикардит, панкреатит, інтерстиціальна пневмонія, рабдоміоліз та психологічні ускладнення (синдром «Аліса в країні чудес»). Зв'язок ІМ з цими ускладненнями ґрунтується на даних багатьох випадків, докази причинно-наслідкового зв'язку часто не є переконливими.

NICE CKS «Glandular fever (infectious mononucleosis)»:

Прогноз

Яким є прогноз?

У більшості людей хвороба є самовиліковною та триває 2–3 тижні [Johannsen and Kaye, 2009]:

- Дискомфорт та больові відчуття у горлі, зазвичай, досить виражені протягом 3–5 днів, а потім поступово минають протягом наступних 7–10 днів.
- Більшість симптомів, як правило, минають через 2–4 тижні, однак 20% людей мають постійний біль у горлі і через 4 тижні [Lennon et al., 2015].
- Втома є звичним станом і, як правило, триває кілька тижнів [White et al., 1998].
- Менше людей (до 10%) зазнають стійкої втоми, яка може тривати кілька місяців [Rogers, 2012]. Більшість людей із постійною втомлюваністю відновлюються протягом 2-х років [White et al., 1998].
- ЕБВ-інфекція призводить до стану латентного носія життєвого циклу (вірус залишається в організмі протягом усього життя). Періодична реактивація призводить до періодичного безсимптомного проникнення частинок ЕБВ у слину протягом усього життя носіїв [CDC, 2006].

Коли варто підозрювати залозисту лихоманку

Коли мені слід підозрювати залозисту лихоманку?

Слід підозрювати залозисту лихоманку, якщо у людини є:

- **лихоманка** (наявна у 90% людей);
- **лімфаденопатія** (до 100%) – як правило, задня шийна лімфаденопатія. Також можуть бути збільшені передні шийні, підщелепні, підпотиличні, заушні, пахові та пахові лімфовузли. Лімфатичні вузли дещо напружені та рухливі при пальпації;

- **біль у горлі** (до 90%), який зазвичай є сильним і може бути спричиненим:

- збільшенням мигдаликів у розмірах (до 91%). Мигдалики можуть досягати середньої лінії;
- на поверхні мигдаликів, зазвичай, є «вибілений» ексудат;
- петехії на піднебінні (до 60%) – петехії діаметром до 1–2 мм, розміщені групами, залишаються протягом 3–4 днів.
- **Також варто запідозрити залозисту лихоманку у людини з болем у горлі, що не минає або посилюється у наступні кілька днів.**

Залозисту лихоманку важко відрізнити від інших причин болю у горлі (особливо при стрептококовому тонзиліті).

Інші клінічні прояви, які допоможуть встановити діагноз залозистої лихоманки:

- Продромальні симптоми (як правило, тривають кілька днів), такі як загальне нездужання, втома, міалгія, озноб, пітливість, анорексія та ретробітальний головний біль.

- Спленомегалія (до 50%). Селезінка досягає максимального розміру на початку другого тижня хвороби і повертається до нормальних розмірів протягом 7–10 днів.

- Гепатомегалія (7%), частіше відмічається певна напруженість при пальпації у правому підребер'ї.

- Неспецифічна висипка (у 5% випадків), яка може бути макулярною, петехіальною, уртикарною, мультиформною еритемою або макулопапульозною висипкою, яка з'являється після лікування амоксициліном.

- Жовтяниця (6–8%).

В осіб старше 40 років залозиста лихоманка зустрічається рідко і може мати нетипові прояви:

- без болю в горлі та лімфаденопатії у понад 50% хворих;
- з незрозумілою лихоманкою тривалістю понад 2 тижні;
- із жовтяницею (близько 20% осіб літнього віку).

У дітей (до 3-х років) інфікування ЕБВ, як правило, перебігає безсимптомно або симптоми не відрізняються від інших дитячих вірусних захворювань.

CDC «Epstein–Barr Virus and Infectious Mononucleosis»:

Симптоми ІМ:

Типові симптоми ІМ звичайно з'являються через 4–6 тижнів після інфікування ЕБВ. Симптоми можуть розвиватись повільно і не з'являються всі одночасно.

Ці симптоми включають:

- сильну втому;
- лихоманку;
- біль у горлі;
- головний та м'язовий біль;
- збільшення лімфатичних вузлів на шиї та під пахвами;
- збільшення печінки та/або селезінки;
- висип.

Збільшені печінка та селезінка є менш поширеними симптомами. У деяких людей печінка та/або селезінка залишаються збільшеними, коли вже минає втомлюваність.

Більшість людей почуваються краще через 2–4 тижні. Однак деякі люди можуть відчувати втому ще кілька тижнів. Іноді симптоми ІМ можуть тривати 6 місяців або довше.

NICE CKS «Glandular fever (infectious mononucleosis)»:

Основи для рекомендацій:

Клінічні особливості

Інформація про клінічні особливості залозистої лихоманки ґрунтуються на експертній думці в гайдлайнах про ЕБВ [Isaacs and Jones, 2003; Johannsen and Kaye, Merck, 2013] і на думці експерта в оглядовій статті «Інфекційний мононуклеоз», опублікованій у British Medical Journal (BMJ) [Lennon et al., 2015].

Прояви у дорослих старше 40 років

Інформація про клінічні особливості залозистої лихоманки у дорослих віком старше 40 років ґрунтується на думках експертів в наступних оглядах: Аксельрод та Фінстон, 1990; Auwaerter, 1999; Godshall і Kirchner, 2000 та підручник Epstein Barr Johannsen and Kaye, 2009.

Прояви у дітей

Інформація про клінічні особливості залозистої лихоманки у дітей ґрунтується на експертному висновку в статті про ЕБВ та ІМ, опублікованій Центрами з контролю і профілактики захворювань США [CDC, 2006].

Діагностичні процедури

Як слід обстежувати людину з підозрою на залозисту лихоманку?

Щоб підтвердити діагноз залозистої лихоманки:

• У дітей старше 12 років та в імунокомпетентних дорослих:

- Необхідно виконати розгорнутий загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою та тестом Monospot (на гетерофільні антитіла) протягом другого тижня хвороби.
- При ІМ у розгорнутому аналізі крові відмічається понад 20% атипових або «реактивних» лімфоцитів або понад 10% атипових лімфоцитів, а кількість лімфоцитів становить понад 50% від загального числа білих кров'яних тілець.
- Якщо тест Monospot негативний, клінічно показано повторити даний тест через 7 днів, або якщо потрібна швидка діагностика (наприклад, необхідно термінове повернення до активних видів спорту), дослідити кров серологічно на ЕБВ.

***Коментар робочої групи.** В Україні є звичайною практикою хворих будь-якого віку з підозрою на ІМ обстежувати з використанням серологічного аналізу крові, а саме методу ІФА. Починаючи із 7-го дня хвороби, обстеження на наявність IgM до ЕБВ (VCA). При незрозумілій клінічній ситуації паралельно можна зробити аналіз на IgG до ЕБВ (EA) — ранній антиген, IgG до ЕБВ (VCA) — капсидний антиген та IgG до EBNA — ядерний або пізній антиген.*

CDC пропонує наступну трактовку цих показників:

• Сприйнятливості до інфекції:

- Пацієнт вважається сприйнятливим до ЕБВ-інфекції, якщо він не має антитіл VCA.

• Первинна інфекція

- пацієнт має IgM VCA до ЕБВ та не має EBNA;
- пацієнт має високий або такий, що підвищується, рівень IgG VCA до ЕБВ та не має EBNA після, як мінімум, 4-х тижнів захворювання.

• Інфекція, що була перенесена (past infection)

- пацієнт має і VCA IgG, і EBNA протягом тривалого часу.
- Метод парних сироваток для діагностики ЕБВ-інфекції не використовується, оскільки титр антитіл наростає дуже повільно.
- Метод ПЛР, особливо в слині, малоінформативний.

NICE CKS «Glandular fever (infectious mononucleosis)»:

У дітей молодше 12 років та у людей зі зниженим імунітетом будь-якого віку:

- Слід розглянути можливість проведення серологічного аналізу крові на наявність антитіл до ЕБВ після, щонайменше, 7 днів від початку захворювання.
- Якщо у людей зі зниженим імунітетом або вагітних два тестування Monospot є негативними, потрібно розглянути питання про тестування на цитомегаловірус та токсоплазмоз. Також потрібно розглянути тестування на ВІЛ-інфекцію у людей, котрі належать до групи ризику.

Звернути увагу на функціональний стан печінки (ПП).

- Як правило, АСТ та АЛТ перевищують у 2–3 рази верхню межу норми.

Основи для рекомендацій:

Ці рекомендації ґрунтуються на експертній думці в підручниках про ЕБВ [Pagana and Pagana, 2002; Johannsen and Kaye, 2009], огляді [Ebell, 2004] та статті про патогістологічні зміни [Smellie et al., 2007].

Розгорнутий загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою:

- Класичний лімфоцитоз і максимальні показники протягом другого або третього тижня хвороби [Pagana and Pagana, 2002].

Тестування Monospot (на гетерофільні антитіла)

- Гетерофільні антитіла є у 90% осіб старше 12 років, які страждають на залозисту лихоманку [Johannsen and Kaye, 2009]. Титри антитіл швидко зменшуються після четвертого тижня хвороби [CDC, 2006].

Аналіз крові необхідно виконувати на другий або третій тиждень хвороби, оскільки:

- У більшості дорослих буде позитивним тест на гетерофільні антитіла через 2–5 тижнів після появи перших симптомів залозистої лихоманки [Godshall and Kirchner, 2000]. Часто виявляються хибнонегативні результати, якщо забір виконано раніше. Хибнонегативні показники можуть бути у 25% на першому тижні захворювання, зменшуючись приблизно до 5% на третьому тижні [Ebell, 2004; Smellie et al., 2007]. Повторне тестування рекомендується за підозри на наявність захворювання, незважаючи на перший негативний результат тесту [Smellie et al., 2007].
- Відомо, що рівень хибнонегативних результатів вищий у дітей молодше 12 років, а також у людей зі зниженим імунітетом, у яких будь-які імунологічні тестування вважаються потенційно недостовірними [Ebell, 2004; Smellie et al., 2007].

Серологічне дослідження на ЕБВ

- Визначення вірус-специфічних антитіл до вірусного капсидного антигену Епштейн–Барра рідко є необхідним, але може бути корисним у людей, які є гетерофільно негативними, у дітей віком до 12 років та у людей зі зниженим імунітетом [Smellie et al., 2007]. Антитілами до вірусного капсидного антигену є IgM або IgG. Вони з'являються через 7 днів після початку захворювання, але антитіла IgG зберігаються протягом усього життя, тоді як антитіла IgM зникають через 3 місяці [Pagana and Pagana, 2002].

Тестування на цитомегаловірус, токсоплазмоз та ВІЛ

Оскільки цитомегаловірус та токсоплазмоз, як правило, є інфекціями, що самостійно минають, експертний висновок у даному огляді полягає в тому, що лише людям з ослабленим імунітетом або вагітним жінкам слід проходити тестування на дані інфекції за наявності двох негативних моноспот-тестів. Тестування на ВІЛ може бути доцільним в осіб групи ризику, оскільки первинна ВІЛ-інфекція може розпочинатись із проявів залозистої лихоманки [Smellie et al., 2007].

Таблиця

Діагностичні тести для інфекційного мононуклеозу

Тест	Чутливість (%)	Специфічність (%)	Коментар
Інфекційний мононуклеоз			
Загальний аналіз крові: — Лф/Лц>50%+10% атипівних лімфоцитів — Лф/Лц>35%	61 84	95 72	Збільшення рівня лімфоцитів призводить до збільшення специфічності, але зниження чутливості [8]
Моноспот	71–98	91–99	Результати залежать від доступних комерційних наборів [w76]
Антитіла до VCA та EBNA	97	94	Може замінити Моноспот як стандартне дослідження в деяких країнах
Бактеріальний тонзиліт			
Титр антистрептолізину O			Максимального значення набуває через 3–6 тижнів після зараження і, таким чином, не має значення при гострій інфекції
Мазок із зівів	78	99	2–3 дні затримки для отримання результату [w77]
Швидкий тест на визначення стрептококових антигенів	84	94	Висока вартість

Примітки: Лф/Лц – співвідношення рівня лімфоцитів до лейкоцитів; VCA – вірусний капсидний антиген; EBNA – ядерний антиген

Функція печінки (ПП)

Експертна думка полягає в тому, що ПП є додатковим методом діагностики залозистої лихоманки, який відображає роботу печінки. Якщо наявна дисфункція печінки, то зазвичай вона розвивається на початку захворювання і нормалізується через 20 днів [Johannsen and Kaye, 2009; Lennon et al.].

Infectious mononucleosis. Paul Lennon, Michael Crotty, John E Fenton:

Інфекційний мононуклеоз може бути встановленим лише у 1% пацієнтів, які звертаються до свого лікаря з болем у горлі. При ІМ можуть спостерігатися неспецифічні продромальні симптоми, такі як лихоманка, озноб та загальна слабкість. Ці симптоми також можуть виникати у випадках вірусного фарингіту, зазвичай викликаного риновірусом, аденовірусом та коронавірусом. Оскільки ці віруси, як правило, викликають симптоми застуди, слід підозрювати ІМ в усіх випадках звернення пацієнтів зі скаргами на лихоманку, фарингіт та шийну лімфаденопатію (класична тріада). Лімфаденопатія може бути вираженою в проекції і передніх, і задніх трикутників шиї, що відрізняє ІМ від бактеріального тонзиліту (де лімфаденопатія зазвичай обмежується верхньою передньою шийною зоною). Ці ознаки були виявлені у 98% пацієнтів з діагнозом ІМ [6]. Інші загальні фізикальні ознаки, які включають петехії на піднебінні (25–50%), спленомегалію (8%), гепатомегалію (7%) та жовтяницю (6–8%), з транзиторним порушенням функцій печінки (особливо АСТ та АЛТ, що повертаються до норми через 20 днів), спостерігаються у 80–90% хворих [7]. Цікаво, що «висвітлений» ексудат на мигдаликах також може допомогти відрізнити ІМ від більш забарвленого ексудату при бактеріальному тонзиліті, а еритема при вірусному фарингіті зазвичай взагалі позбавлена ексудату. На первинному рівні медичної допомоги для адекватного ведення пацієнта може бути достатньо клінічно встановленого діагнозу. Однак слід встановити остаточний діагноз, використовуючи критерії Hoagland, які стверджують, що у пацієнтів із клінічною підозрою на ІМ та принаймні 50% лімфоцитозу (10% атипівних лімфоцитів) діагноз повинен бути підтверджений тестом на гетерофільні антитіла (моноспот) [6]. Показано, що лімфоцитоз низького рівня дає більшу частоту хибнонегативних результатів (табл.) [8]. Гетерофільний тест також може бути хибнонегативним у 25% дорослих протягом першого тижня від появи симптомів [1,6]. Не завжди необхідно діагностувати причину ІМ, але існують специфічні тести на антитіла. Прийнято вважати, що пацієнти мають первинну інфекцію Епштейна–Барра за наявності антивірусного капсидного антигену IgM, але за відсутності антитіл до ядерного антигену ЕБВ, що свідчить про попереднього перенесену інфекцію. Рівні антивірусного капсидного антигену IgG також збільшуються в гострій фазі і зберігаються протягом усього життя пацієнта, тоді як антивірусний капсидний антиген IgM зникає через 4–6 тижнів. Наявність антивірусного капсидного антигену IgG та ядерного антигену ЕБВ свідчить про перенесене в минулому захворювання [9].

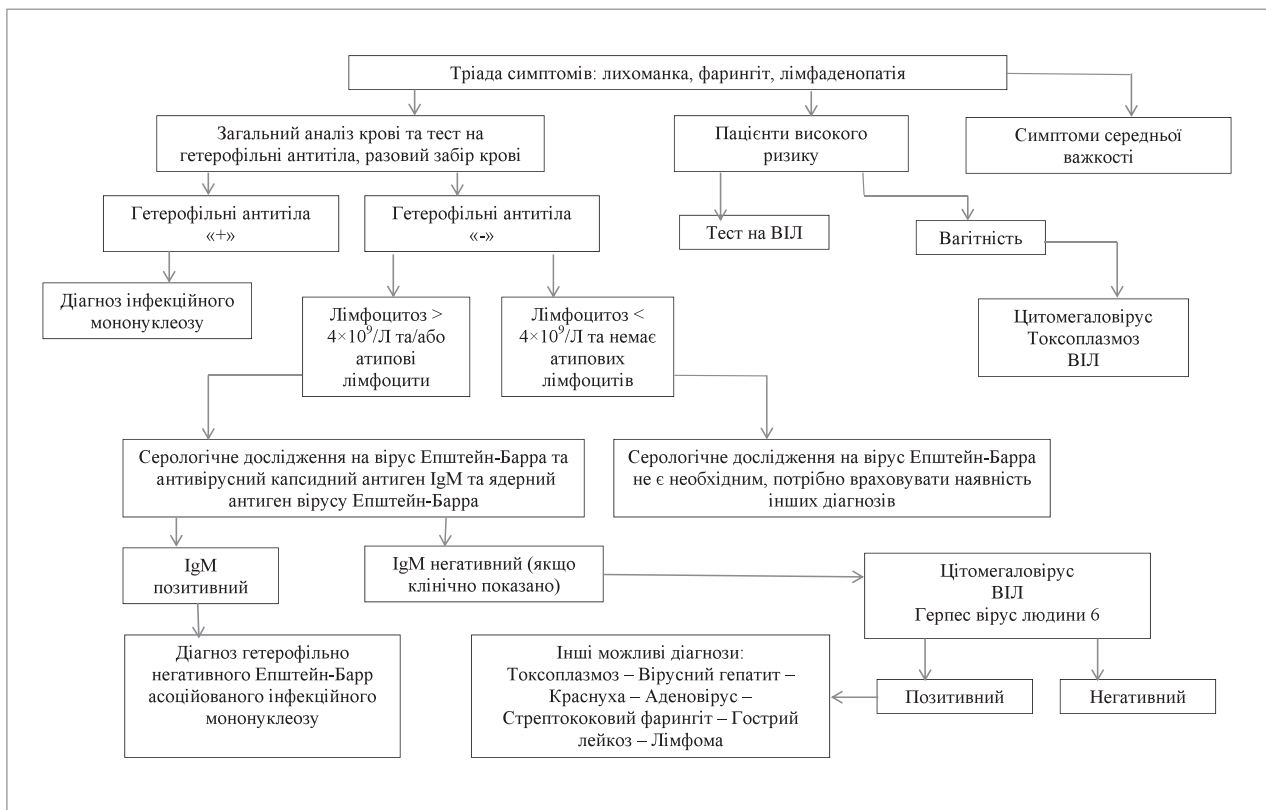


Рис.1. Алгоритм діагностування інфекційного мононуклеозу

CDC «Epstein–Barr Virus and Infectious Mononucleosis»:

Медичні працівники зазвичай діагностують ІМ, спираючись на симптоми.

Лабораторні тести найчастіше не потрібні для діагностики ІМ. Однак специфічні лабораторні тести можуть знадобитись для ідентифікації випадків захворювання в осіб, які не мають типової картини ІМ.

В аналізі крові у пацієнтів з ІМ, спричиненому ЕБВ, можна побачити:

- більше лімфоцитів, ніж в нормі;
- атипові лімфоцити;
- менше, ніж у нормі, нейтрофілів або тромбоцитів;
- порушення показників печінкової функції.

Швидкий тест на мононуклеоз, також відомий як тест Моноспот (*загальноприйнята, некомерційна назва*), тест на гетерофільні антитіла.

Навіщо робити тест? Для виявлення та допомоги в діагностуванні ІМ.

Коли робити тест? Коли пацієнт, частіше підліток, має симптоми ІМ, що включають лихоманку, біль у горлі, збільшення лімфовузлів та втомлюваність.

Необхідний зразок? Зразок крові з пальця або з вени.

Чи потрібна спеціальна підготовка перед тестом? Ні.

NICE CKS «Glandular fever (infectious mononucleosis)»:

Диференціальний діагноз

Що ще треба мати на увазі?

Диференціальний діагноз залозистої лихоманки включає:

Інші причини болю в горлі, особливо стрептококовий тонзиліт – див. тему CKS щодо болю у горлі (sorethroatacute). При стрептококовому тонзиліті:

- Лімфаденопатія: як правило, передньо-шийної та підщелепної локалізації («поперечна» шийна лімфаденопатія найчастіше зустрічається при залозистій лихоманці).
- Спленомегалія або гепатомегалія не є типовим проявом у дорослих.
- Втома, зазвичай, менш виражена.

Інші причини лімфаденопатії:

- Болісна — місцева інфекція або запалення.
- Безболісна прогресуюча — лімфома або метастатична солідна пухлина.
- Лейкемія (рідко дебютує лімфаденопатією). Якщо є підозра на лейкемію, негайно перевірте розгорнутий загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою.

Інші вірусні інфекції, які клінічно мають прояви залозистої лихоманки з атипичним лімфоцитозом:

- Первинна інфекція цитомегаловірусу — може зустрічатися при спленомегалії, гепатомегалії та негативному тесті моноспот. Біль у горлі і лімфаденопатія зустрічаються рідко.
- Гострий токсоплазмоз — помірний лімфоцитоз, але може бути гепатомегалія або спленомегалія.
- Гострий вірусний гепатит — може бути причиною появи загальної слабкості, підвищення температури тіла, лімфаденопатії та атипичного лімфоцитозу. Зазвичай лімфоцити становлять менше 10% від загального числа білого паростка, а функції печінки (ПП) помітно підвищені.
- Первинна ВІЛ-інфекція — може супроводжуватись наявністю фарингіту, гіпертермії та лімфаденопатії, висипу, діареї, втрати ваги, нудоти та блювання.
- Краснуха — рідко перебігає з лихоманкою, лімфаденопатією та атипичним лімфоцитозом.
- Розеола (первинна інфекція вірусу герпесу людини-6) — зазвичай помірно важкий перебіг із незначним атипичним лімфоцитозом.
- Паротит — як правило, проявляється запаленням привушних слинних залоз з наявністю нестабільної температури і загальної слабкості.

Ведення пацієнта

Надайте наступну інформацію та поради:

Порадьте використання парацетамолу або ібупрофену для полегшення симптомів болю та лихоманки.

Повідомте очікуваний термін перебігу захворювання та переконайте хворого, що симптоми зазвичай тривають 2–3 тижні. Втома є достатньо поширеним станом і часто зберігається протягом усього терміну захворювання.

Також слід порадити:

- Відстрочення виходу на роботу чи до школи не є необхідним.
- Повернутися до звичайної фізичної активності якомога швидше. Якщо пацієнти відчувають втому, вони повинні адаптувати свою діяльність. У ліжковому режимі немає потреби.
- Обмежити розповсюдження захворювання, уникаючи поцілунків та спільного користування посудом, а також ретельно очистити всі предмети, які могли б бути забруднені слиною.
- Слід уникати контактних та активних видів спорту або підйому важких предметів протягом першого місяця від початку хвороби (щоб зменшити ризик розриву селезінки).

Слід порадити терміново звертатися по медичну допомогу, якщо у пацієнтів:

- Розвивається стридор або затруднення дихання.
- Виникають труднощі з ковтанням рідини або з'являються ознаки дегідратації, наприклад, зменшення об'єму сечі.
- Постійне загальне нездужання.
- З'являється біль у животі (може означати розрив селезінки).

Основи для рекомендацій

Поради та інформація

Рекомендації щодо призначення анальгетиків та жарознижувальних засобів ґрунтуються на експертній думці у статті клінічного огляду, опублікованому в *British Medical Journal (BMJ)*, *Infectious mononucleosis* [Lennon et al., 2015].

• Історія

Інформація про очікуваний перебіг захворювання ґрунтується на експертній думці в підручнику «Вірус Епштейна—Барра» [Johannsen and Kaye, 2009].

• Поради щодо способу життя

Рекомендація про те, що відстрочення виходу на роботу чи до школи не є необхідним, ґрунтується на думці експерта в документі «Здоров'я в Англії» (ЗВА) «Керівництво з контролю над інфекціями в школах та інших установах по догляду за дітьми» [PHE, 2014].

Рекомендації щодо рівня активності ґрунтуються на обмежених доказах невеликого рандомізованого контрольованого дослідження (РКД) у 69 випадках підтвердженої залозистої лихоманки, яке показало, що дозована помірна фізична активність може допомогти запобігти розвитку хронічної втоми. Анкетування через 6 місяців показало, що у групі, яка виконувала дозовану помірну фізичну активність, було менше випадків виникнення втоми [Candy et al., 2004].

Рекомендація щодо обмеження розповсюдження захворювання, уникаючи поцілунків та спільного користування посудом, ґрунтується на експертній думці щодо Епштейн—Барр та ІМ, опубліковано Центром контролю та профілактики захворювань [CDC, 2006].

Рекомендація щодо терміну відновлення спортивної діяльності/піднімання важких предметів ґрунтується на рекомендаціях, викладених у підручнику Epstein—Barr [Johannsen and Kaye, 2009] та описових оглядах [Ebell, 2004; Putukian et al., 2008].

Частота розриву селезінки є найвищою на другому та третьому тижні хвороби [Putukian et al., 2008; Johannsen and Kaye, 2009], хоча в деяких випадках розрив відбувався до 7 тижнів після початку захворювання [Putukian et al., 2008].

Немає конкретних вказівок щодо безпечного відновлення спортивної діяльності без ризику розриву селезінки. Термін 4 тижні визначається «обережним» періодом та рекомендується фахівцями в оглядах [Burroughs, 2000; Ebell, 2004].

Коли звертатись по термінову медичну консультацію

Рекомендації про звернення по термінову медичну допомогу при виникненні проблем з диханням або ковтанням екстраполюються з експертного висновку в керівництві зі *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*. Ведення болю в горлі та показання для тонзилектомії [SIGN, 2010] — Рекомендації про звернення по екстрену медичну допомогу при поганому самопочутті людини виходять з того, що СКС вважає гарною клінічною практикою.

Рекомендація про звернення по термінову медичну допомогу у випадку розвитку гострого болю у животі ґрунтується на рекомендаціях у підручнику вірус Епштейн—Барра [Johannsen and Kaye, 2009].

CDC «Epstein—Barr Virus and Infectious Mononucleosis»:

Профілактика та лікування ІМ:

Немає вакцини проти ІМ. Ви можете захистити себе, не цілуєтесь з особами, що мають ІМ, а також не користуючись їхніми особистими речами, зубними щітками та не вживаючи з ними їжу та напої з одного посуду.

Можна полегшити симптоми ІМ, якщо:

- пити рідину, щоб запобігти дегідратації;
- багато відпочивати;
- приймати безрецептурні препарати від болю та лихоманки.

Якщо ви маєте ІМ, ви не повинні вживати ампіцилін або амоксицилін. Залежно від серйозності симптомів лікарі мають рекомендувати симптоматичне лікування.

У зв'язку з тим, що селезінка при ІМ може бути збільшена, треба уникати контактних видів спорту до повного відновлення. Заняття контактними видами спорту може призвести до розриву селезінки.

Infectious Mononucleosis

Paul Lennon, Michael Crotty, John E Fenton:

Як лікувати?

Інфекційний мононуклеоз є вірусним захворюванням, таким чином, основним способом лікування буде, як і при застуді, відпочинок, достатнє вживання рідини, прийом анальгетиків, а також жарознижувальних засобів. Хибне лікування ампіциліном показало виникнення тонкої макулярної висипки у 90% пацієнтів. Даний тип висипки потрібно відрізнити від уртикарної висипки, що виражена при алергічній реакції (кропив'янці). Дослідження показали, що симптоми, які виникають у пацієнтів, є більш важкими за наявності ІМ, ніж при бактеріальному тонзиліті. Застосування протівірусної терапії, а саме ацикловіру, суттєво знижує швидкість поширення ЕБВ по ротоглотці. Деякі ранні клінічні випробування показали значний позитивний ефект застосування ацикловіру у випадках ІМ, а особливо його користь у важких випадках, таких як порушення прохідності дихальних шляхів. Однак метааналіз п'яти досліджень не дав жодних доказів доцільності його застосування при гострому перебігу: поліпшення відносно орофарингеальних симптомів спостерігалось у 25 з 59 пацієнтів (42,4%), які отримували ацикловір, і у 18 з 57 (31,6%) пацієнтів контрольної групи (непарне співвідношення 1,6, 95%, довірчий інтервал від 0,7 до 3,6, $P=0,23$). Інші протівірусні засоби лікування, такі як валацикловір та ганцикловір, продемонстрували деякі обнадійливі результати при лікуванні важкого ІМ та його ускладнень, а також у людей з імунодефіцитом. У даний час тривають два клінічні випробування, але рутинне застосування обох препаратів при ІМ так і не підтримується. Призначення протианаеробних антибактеріальних засобів, таких як метронідазол, було запропоновано для швидшого відновлення після ІМ шляхом пригнічення ротової анаеробної флори, яка сприяє розвитку запального процесу. Цей висновок був зроблений на основі деяких клінічних досліджень, з урахуванням нещодавніх результатів рандомізованих контрольованих досліджень, що також продемонстрували позитивний вплив метронідазолу на важкий перебіг ІМ за рахунок скорочення тривалості стаціонарного лікування. Ймовірно, перед використанням метронідазолу в рамках стандартного рекомендованого лікування варто провести більше клінічних досліджень з більшим охопленням.

Чи використовуються стероїди при лікуванні інфекційного мононуклеозу?

Кілька ранніх статей підтримували застосування кортикостероїдів при лікуванні ІМ. Подальші випробування показали, що ці ефекти можуть бути недовготривалими, та, у порівнянні з контрольною групою, не виявили суттєвих відмінностей. Тому був проведений Кокранівський огляд, у якому зроблено висновок, що існує недостатньо доказів, щоб рекомендувати стероїдну терапію при гарячці, спричиненій мононуклеозом, — клінічних випробувань занадто мало і всі вони неоднорідні та низької якості. Ще один недавній Кокранівський огляд показав, що кортикостероїди збільшують вірогідність як усунення, так і посилення місцевих больових відчуттів у пацієнтів із запальним процесом у горлі, проте цей огляд не містив публікацій щодо пацієнтів з ІМ. Стероїдна терапія повинна розглядатися у надзвичайних ситуаціях для забезпечення прохідності дихальних шляхів, щоб спростити чи усунути потребу в інтубації або трахеотомії. Незважаючи на ці вказівки, використання кортикостероїдів залишається поширеним призначенням у рутинній практиці. У кількох статтях згадуються несприятливі ефекти застосування кортикостероїдів при ІМ, включно з випадками перитонзиллярного целюліту, гострого цукрового діабету та неврологічних ускладнень.

Коли безпечно повернутися до занять спортом?

Спленомегалія, яка виявляється при ультразвуковому дослідженні, якщо не при пальпації, спостерігається майже у всіх випадках ІМ, у зв'язку з чим завжди існує певний ризик виникнення розриву селезінки. Значна кількість людей віком від 15 до 21 років щороку хворіє на ІМ, і багато хто з цієї популяції залучений до активних видів спорту. Активні або контактні види спорту (наприклад, футбол, гімнастика, регбі, хокей, лакрос, боротьба, дайвінг

та баскетбол) або заняття, пов'язані з підвищенням внутрішньочеревного тиску, наприклад, важка атлетика, можуть підвищити ризик серед спортсменів. Хоча рекомендації щодо того, коли повертатися до спорту, варіюють від трьох, чотирьох, восьми і навіть до 24 тижнів, але досі немає клінічних рекомендацій, специфічних для ІМ. Частота виникнення розриву селезінки становить менше 1%, більшість випадків трапляються протягом перших трьох тижнів захворювання, хоча деякі випадки описані набагато пізніше. Випадки спонтанного розриву селезінки також були описані в літературі, тому лікарі повинні звертати особливу увагу на скарги на біль у животі у пацієнта з ІМ. Нещодавно було проведено дослідження із застосуванням щотижневого ультразвукового дослідження органів черевної порожнини до зникнення ознак спленомегалії (рис. 1). Визначено середнє збільшення довжини селезінки 33,6%, причому пік збільшення в середньому припадає на 12,3 дня від початку перших клінічних симптомів. У більшості випадків спленомегалія завершувалась через 4–6 тижнів, прогнозована швидкість зменшення розмірів селезінки становила приблизно 1% кожного дня після досягнення рівня пікового збільшення [17]. Подібні результати повідомлялись в іншій статті, де розміри селезінки нормалізуються через один місяць у 84% випадків. В одному з досліджень спортсменам, які хочуть повернутися до занять активним спортом протягом 3–4 тижнів, рекомендовано пройти ультразвукове дослідження для того, щоб визначити, чи розміри селезінки повернулися до норми. Систематичний огляд, опублікований у 2014 році, висував індивідуальні рекомендації для спортсменів [18]; подальші дослідження в цій галузі можуть зосередитись на визначенні об'єму селезінки, що дозволить зробити точнішу оцінку спленомегалії та ризиків.

NICE CKS «Glandular fever (infectious mononucleosis)»:

Необхідно звернути увагу:

Коли я повинен організувати негайний прийом пацієнту з підозрою або підтвердженою залозистою лихоманкою?

Організуйте негайно прийом для людини з підозрою або підтвердженою залозистою лихоманкою, якщо у неї:

- стридор;
- дегідратація або затrudнене ковтання рідин;
- підозра на розрив селезінки;
- підозра на потенційно серйозне ускладнення.

Основа для рекомендацій:

Ці рекомендації ґрунтуються на експертній думці керівництва від Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Ведення болю в горлі та показання для тонзилектомії [SIGN, 2010] та підручнику Epstein–Barr (інфекційний мононуклеоз, Epstein–Barr вірусозалежні злоякісні захворювання та інші захворювання) [Johannsen and Kaye, 2009].

Висновки:

- Залозиста лихоманка (інфекційний мононуклеоз) — це інфекційна хвороба, спричинена вірусом Епштейна–Барра (EBV), що є членом сімейства вірусу герпесу людини (ВГЛ).
- Інкубаційний період залозистої лихоманки триває орієнтовно 33–49 днів.
- Залозиста лихоманка не є особливо контагіозною та поширюється через контакт зі слиною, як правило, від асимптомних носіїв.
- У більшості людей захворювання минає самостійно, триває протягом 2–3 тижнів.
- Інфікування ЕБВ призводить до стану довічного латентного носійства (вірус залишається в організмі протягом усього життя).
- Потрібно підозрювати залозисту лихоманку, якщо виникає гіпертермія, лімфаденопатія та біль у горлі.
- Ускладнення зустрічаються рідко і включають ураження верхніх дихальних шляхів, розрив селезінки, гематологічні ускладнення (такі як тромбоцитопенія або нейтропенія легкого ступеня) та втому, що триває понад 6 місяців.

- У імуноскомпрометованих осіб ЕБВ-інфекція може спричинити злоякісні захворювання, такі як лімфома Ходжкіна та назофарингеальна карцинома.
- В осіб старше 40 років залозиста лихоманка зустрічається рідко і може мати нетиповий характер. У дітей інфікування ЕБВ, як правило, безсимптомне.

Обстеження, які допомагають підтвердити діагноз залозистої лихоманки, включають:

- Здоровим дорослим та дітям старше 12 років рекомендовано призначити розгорнутий загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою (може показати атиповий лімфоцитоз) та тест Monospot (на гетерофільні антитіла) протягом другого тижня хвороби.
- Дітям молодше 12 років та імуноскомпрометованим особам у будь-якому віці – серологічний аналіз крові на ЕБВ, який рекомендовано виконати після 7-го дня від початку хвороби.

Диференціальна діагностика залозистої лихоманки включає:

- Інші причини болю в горлі, особливо стрептококовий тонзиліт.
- Інші причини лімфаденопатії, наприклад, лейкомія або лімфома.
- Інші вірусні інфекції, які можуть мати схожий із залозистою лихоманкою клінічний перебіг, з атиповим лімфоцитозом, такі як краснуха, гострий токсоплазмоз, паротит та ВІЛ.

Ведення пацієнтів із залозистою лихоманкою включає:

- Симптоматичне лікування парацетамолом чи ібупрофеном.
- Пояснення, що симптоми можуть тривати щонайменше 2–3 тижні, а втома є основним проявом даного стану. Відстрочення виходу на роботу чи до школи не є обов'язковим.
- Заохочення пацієнтів повернутися до звичайної діяльності якомога швидше. Проте вони повинні уникати контактного та активного спорту або підйому важких предметів протягом першого місяця хвороби (щоб знизити ризик розриву селезінки).
- Надання порад щодо обмеження розповсюдження хвороби (наприклад, уникати поцілунків та спільного користування посудом).
- Надання порад щодо термінового медичного огляду, якщо у пацієнта виникає стридор або труднощі з диханням.
- Негайне звернення до медичної установи для осіб з:
 - обструкцією верхніх дихальних шляхів;
 - зневодненням або утрудненням при ковтанні рідини;
 - підозрою на розрив селезінки, енцефаліт або асептичний менінгіт.

Infectious Mononucleosis. Paul Lennon, Michael Crotty, John E. Fenton:

Основне

- Інфекційний мононуклеоз є клінічним діагнозом, що спричинений ЕБВ у 90% всіх випадків, хоча у деяких пацієнтів (під час вагітності, за наявності високого ризику ВІЛ-інфекції) є обґрунтованими подальші обстеження.
- Лікування має бути симптоматичним та підтримуючим, застосування стероїдів показано лише у випадку порушення прохідності дихальних шляхів.
- Лікування протівірусними препаратами на даний момент ще показує певні переваги.

Коментар робочої групи. На даний момент немає доказової бази щодо ефективності застосування будь-яких протівірусних препаратів при ІМ.

- Пацієнти, які хочуть повернутися до активних занять спортом раніше, ніж через місяць після встановлення діагнозу, повинні пройти ультрасонографію органів черевної порожнини для виключення спленомегалії.
- Під час ІМ слід запідозрити розрив селезінки при будь-яких болях у животі.

Перелік літератури

NICE CKS «Glandular fever (infectious mononucleosis)»:

1. Auwaerter P.G. (1999) Infectious mononucleosis in middle age. *Journal of the American Medical Association*. 281(5), 454459.
2. Axelrod P., Finestone A.J. (1990) Infectious mononucleosis in older adults. *American Family Physician*. 42(6), 15991606. Abstract (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2244552>)
3. Burroughs K.E. (2000) Athletes resuming activity after infectious mononucleosis. *Archives of Family Medicine*. 9(10), 11221123. Free Fulltext(<http://triggered.clockss.org/ServeContent?url=http://archfami.amaassn.org%2Fcgi%2Fcontent%2Ffull%2F9%2F10%2F1122>)
4. Candy B., Chalder T., Cleare A.J. et al. (2002) Recovery from infectious mononucleosis: a case for more than symptomatic therapy? A systematic review. *British Journal of General Practice*. 52(483), 844851. Abstract (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12392128>). Free Fulltext (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316091/?tool=pubmed>)
5. Candy B., Chalder T., Cleare A.J. et al. (2004) A randomised controlled trial of a psychoeducational intervention to aid recovery in infectious mononucleosis. *Journal of Psychosomatic Research*. 57(1), 8994. Abstract (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15256300>)
6. CDC (2006) EpsteinBarr virus and infectious mononucleosis. National Center for Infectious Diseases. www.cdc.gov Free Fulltext (<http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/ebv.htm>)
7. Charles P.G.P. (2003) Infectious mononucleosis. *Australian Family Physician*. 32(10), 785788. Free Fulltext (<http://www.racgp.org.au/afp/200310/20031001charles.pdf>)
8. Cohen J.I. (2000) EpsteinBarr virus infection. *New England Journal of Medicine*. 343(7), 481492.
9. CSM (2005) Updated advice on the safety of selective COX2 inhibitors. Committee on Safety of Medicines. www.mhra.gov.uk Free Fulltext (<http://www.mhra.gov.uk/home/groups/plp/documents/websiteresources/con019458.pdf>)
10. Ebell M.H. (2004) EpsteinBarr virus infectious mononucleosis. *American Family Physician*. 70(7), 12791287. Free Fulltext (<http://www.aafp.org/afp/2004/1001/p1279.html>)
11. Godshall S.E., Kirchner J.T. (2000) Infectious mononucleosis. Complexities of a common syndrome. *Postgraduate Medicine*. 107(7), 175186. Abstract (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10887454>)
12. HPA (2009) Factsheet on glandular fever. Health Protection Agency. www.hpa.org.uk. Free Fulltext (http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1194947411827). Isaacs D. and Jones C. (2003) EBV. In: McIntosh, N., Helms, P. and Smyth, R. (Eds.) *Forfar & Arneil's textbook of pediatrics*. 6th edn. London: Churchill Livingstone. 1418
13. Johannsen E.C., Kaye K.M. (2009) EpsteinBarr virus (infectious mononucleosis, EpsteinBarr virusassociated malignant disease, and other diseases). In: Mandell, G.L., Bennett, J.E. and Dolin, R. (Eds.) *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious disease*. 7th edn. Philadelphia: Churchill Livingstone. Chapter 139.
14. Katz B.Z., Shiraishi Y., Mears C.J. et al. (2009) Chronic fatigue syndrome after infectious mononucleosis in adolescents. *Pediatrics*. 124(1), 189193. Abstract (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19564299>). Free Fulltext (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756827/?tool=pubmed>).
15. Lennon P., Crotty M., Fenton J. (2015) Infectious mononucleosis (clinical review). *BMJ*350(), h1825.
16. Litman N., Baum S.G. (2006) Chapter 154: mumps virus. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases Online. 6th edn. Elsevier. www.ppidonline.com
17. Merck (2013) Infectious mononucleosis. Merck Manual. www.merck.com. Free Fulltext (<https://www.merckmanuals.com/professional/infectiousdiseases/herpesviruses/infectiousmononucleosis>)
18. MHRA (2011) Press release: more exact paracetamol dosing for children to be introduced. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. www.mhra.gov.uk. Free Fulltext (<http://www.mhra.gov.uk/NewsCentre/Pressreleases/CON120251>)
19. Monem S.A., O'Connor P.F., O'Leary T.G. (1999) Peritonsillar abscess and infectious mononucleosis: an association or a different presentation of the same condition. *Irish Medical Journal*. 92(2), 278280. Abstract (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10360113>)
20. NICE (2008) Osteoarthritis. The care and management of osteoarthritis in adults (NICE guideline). Replaced by CG177. Clinical guideline 59. National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk. Free Fulltext (<http://guidance.nice.org.uk/CG59>)
21. NICE (2009a) Rheumatoid arthritis: the management of rheumatoid arthritis (NICE guideline).
22. Clinical guideline 79. National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk. Free Fulltext (<http://www.nice.org.uk/Guidance/CG79/NiceGuidance/pdf/English>)
23. NICE (2009b) Low back pain: early management of persistent nonspecific low back pain (NICE guideline). Clinical guideline
24. National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk Free Fulltext (<http://guidance.nice.org.uk/CG88/NiceGuidance/pdf/English>)
25. NICE (2013) Key therapeutic topics medicines management options for local implementation. National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk. Free Fulltext (<http://www.nice.org.uk/mpc/keytherapeutictopics/KeyTherapeuticTopics.jsp>)
26. NPC (2011) Key therapeutic topics 2010/11 Medicines management options for local implementation. National Prescribing Centre. www.npc.nhs.uk. Free Fulltext (http://www.npc.nhs.uk/qipp/key_therapeutics_topics.php)
27. NPC (2012) Key therapeutic topics medicines management options for local implementation. National Prescribing Centre. www.npc.nhs.uk. Free Fulltext (http://www.npc.nhs.uk/qipp/resources/Key_therapeutic_topics_Medicines_Management_for_local_implementation_April_2012.pdf)
28. Okano M., Matsumoto S., Osato T. et al. (1991) Severe chronic active EpsteinBarr virus infection syndrome. *Clinical Microbiology Reviews*. 4(1), 129135. Abstract (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1848476>). Free Fulltext (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC358181/>)
29. Back to top Pagana K.D., Pagana T.J. (Eds.) (2002) *Mosby's manual of diagnostic and laboratory tests*. 2nd edn. London: Mosby.

30. PHE (2014) Guidance on infection control in schools and other childcare settings. 2014006. Public Health England. www.gov.uk. Free Fulltext (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/353953/Guidance_on_infection_control_in_schools_11_Sept.pdf)
31. Putukian M., O'Connor F.G., Stricker P. et al. (2008) Mononucleosis and athletic participation: an evidencebased subject review. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 18(4), 309315. Abstract (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18614881>)
32. Richardson M., Elliman D., Maguire H. et al. (2001) Evidence base of incubation periods, periods of infectiousness and exclusion policies for the control of communicable diseases in schools and preschools. *Pediatric Infectious Diseases Journal*. 20(4), 380391. Abstract (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11332662>)
33. Rogers M. (2012) Acute infectious mononucleosis: a review for urgent care physicians. *American Journal of clinical medicine*. 9(2), 8891. Free Fulltext (<http://www.aapsus.org/wpcontent/uploads/aim88.pdf>)
34. SIGN (2010) Management of sore throat and indications for tonsillectomy: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. www.sign.ac.uk. Free Fulltext (<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/117/index.html>)
35. Smellie W.S.A., Forth J., Smart S.R.S. et al. (2007) Best practice in primary care pathology: review 7. *Journal of Clinical Pathology*. 60(5), 458465. Abstract (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17046843>). Free Fulltext (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1994553/>)
36. Straus S.E. (2006) Chapter 136: human herpesvirus types 6 and 7. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases Online. 6th edn. Elsevier. www.ppidonline.com
37. White P.D., Thomas J.M., Amess J. et al. (1998) Incidence, risk and prognosis of acute and chronic fatigue syndromes and psychiatric disorders after glandular fever. *British Journal of Psychiatry*. 173(6), 475481. Abstract (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9926075>)

21st Annual World Congress on Pediatrics

March 27–28, 2020 Barcelona, Spain

Theme: Current Challenges in Delivering Pediatric and Neonatal Research

Pediatrics 2020 conference will focus on the latest and exciting innovations in all the areas of Pediatrics research. This year's annual congress highlights the theme, «Current Challenges in Delivering Pediatric and Neonatal Research» which reflects the innovative progress in Pediatric disease research. The conference includes child health care workshops, symposiums, special keynote sessions conducted by eminent and renowned speakers who excel in the field of pediatrics which include the topics pediatric immunology, pediatric hematology and oncology, pediatric allergy, pediatric cardiology, pediatric neurology, pediatric psychology, pediatric emergencies etc. This International Pediatric Conference also encourages the active participation of young student researchers as we are hosting Poster Award Competition and Young research Forum at the conference venue.

Target Audience for Pediatrics Conferences:

- Pediatricians
- Health Practitioners
- Pediatric Associations and Societies
- Primary Care Physicians
- Nurses, Family physicians
- Physician assistants
- Neonatologists
- Research Institutes
- Educational Institutes
- Nutrition based companies
- Pharmaceutical companies engaged in manufacturing, development and commercialization of drugs and surgical equipment's

Abstract Submission / Registration

peditrics@pediatricsconferences.com

General Queries

peditrics@pediatricsconferences.com

Sponsors / Exhibiting / Advertising

peditrics@eventsupporting.org

<https://pediatrics.conferenceseries.com/>

Правила подачі та оформлення статей

Авторська стаття направляється до редакції електронною поштою у форматі MS Word. Стаття супроводжується офіційним направленням від установи, в якій була виконана робота, з візою керівництва (наукового керівника), завіренням круглою печаткою установи, експертним висновком про можливість відкритої публікації, висновком етичного комітету установи або національної комісії з біоетики. На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів та інформація про відсотковий внесок у роботу кожного з авторів.

Приймаються оригінали супровідних документів з примірником рукопису, підписаного автором(ами), надіслані поштою, або скановані копії вищезазначених документів і першої (титульної) сторінки статті з візою керівництва, печаткою установи і підписами всіх авторів у форматі Adobe Acrobat (*.pdf), надіслані на електронну адресу редакції.

Статті приймаються українською, російською або англійською мовами.

Структура матеріалу: вступ (стан проблеми за даними літератури не більше ніж 5–7-річної давності); мета, завдання, матеріали та методи; результати дослідження та їх обговорення (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальших досліджень у даному напрямку; список літератури (два варіанти); реферати українською, російською та англійською мовами.

Реферат є незалежним від статті джерелом інформації, коротким і послідовним викладенням матеріалу публікації за основними розділами і має бути зрозумілим без самої публікації. Його обсяг не повинен бути менше 300–350 слів. Обов'язково подаються ключові слова (від 3 до 8 слів) у порядку значущості, що сприятиме індексуванню статті в інформаційно-пошукових системах. Реферат до оригінальної статті повинен мати структуру, що повторює структуру статті: мета дослідження; матеріали і методи; результати; висновки; ключові слова. Усі розділи у рефераті мають бути виділені в тексті жирним шрифтом. Для інших статей (огляд, лекція, клінічний випадок тощо) реферат повинен включати короткий виклад основної концепції статті та ключові слова.

Оформлення статті. На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установ, де працюють автори та виконувалось дослідження, місто, країна. За умови проведення досліджень із залученням будь-яких матеріалів людського походження, в розділі «Матеріали і методи» автори повинні зазначити, що дослідження проводилися відповідно до стандартів біоетики, були схвалені етичним комітетом установи або національною комісією з біоетики. Те саме стосується і досліджень за участю лабораторних тварин.

Наприклад: «Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дітей (або їхніх опікунів)».

«Під час проведення експериментів із лабораторними тваринами всі біоетичні норми та рекомендації були дотримані».

Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми, фото) має бути мінімальною. Діаграми, графіки, схеми будуються у програмах Word або Excel; фотографії повинні мати один із наступних форматів: PDF, TIFF, PSD, EPS, AI, CDR, QXD, INDD, JPG (150–600 dpi).

Таблиці та рисунки розташовують у тексті статті відразу після першого згадування. У підпису до рисунку наводять його назву, розшифровують усі умовні позначки (цифри, літери, криві тощо). Таблиці мають бути оформлені відповідно до вимог ДАК, бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їхні заголовки і цифрові дані, оброблені статистично, повинні точно відповідати наведеним у тексті статті.

Посилання на літературні джерела у тексті позначаються цифрами у квадратних дужках та відповідають нумерації у списку літератури. **Статті зі списком літературних джерел у вигляді посилань на кожній сторінці або кінцевих посилань не приймаються.**

Необхідно подавати два варіанти списку літератури.

Перший (основний) варіант наводиться одразу після тексту статті, джерела розташовуються за алфавітом. Список літератури наводиться латиницею. Джерела на українській та російській мовах наводяться у тому написанні, як вони зазначені до вимог ДАК, на англійських сторінках сайтів журналів. Якщо джерело не має назви англійською мовою — воно наводиться у транслітерації. Таке оформлення списку літератури необхідно для аналізу статті та посилань на авторів у міжнародних наукометричних базах даних, підвищення індексу цитування авторів.

Другий варіант повторює перший, але джерела на українській та російській мовах подаються в оригінальній формі. Цей варіант необхідний для оформлення електронних версій журналу на російській та українській сторінках, цитованості у кирилических наукометричних базах.

Згідно з Наказом МОН України №40 від 12.01.2017 р. «Про затвердження вимог до оформлення дисертацій» оформлення списку літератури здійснюється відповідно стилю APA (American Psychological Association style), що може використовуватися у дисертаційних роботах.

Приклади оформлення літературних джерел:

Author AA, Author BB, Author CC. (2005). Title of the article. Title of Journal. 10(2);3:49–53.

Author AA, Author BB, Author CC. (2006). Title of the book. City: Publisher: 256.

У тексті статті допускаються загальноприйняті скорочення, а також авторські скорочення, які обов'язково розшифровуються у тексті при першому згадуванні та залишається незмінними по всьому тексту. У кінці статті автори мають заявити про наявність будь-яких конкуруючих фінансових інтересів щодо написання статті. Зазначення конфлікту інтересів або його відсутності у статті є обов'язковим.

Приклад: «Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів» або «Матеріал підготовлений за підтримки компанії...»

Стаття закінчується відомостями про усіх авторів. Зазначаються прізвище, ім'я, по батькові (повністю), вчений ступінь, вчене звання, посада в установі/установах, робоча адреса з поштовим індексом, робочий телефон і адреса електронної пошти; ідентифікатор ORCID (<https://orcid.org/register>). Автор, відповідальний за зв'язок із редакцією, надає свій мобільний/контактний номер телефону.

Відповідальність за достовірність та оригінальність наданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) несуть автори.

Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам у публікації статті може здійснюватися без пояснення причин і не вважається негативним висновком щодо наукової та практичної значущості роботи.

Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

Редколегія



АМОКСИЛ-К

ПРОФЕСІЙНИЙ ВИБІР ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ В АМБУЛАТОРНИЙ ПРАКТИЦІ



АМОКСИЛ-К 1000. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. 1 таблетка містить амоксициліну (у формі амоксициліну тригідрату) 875 мг, клавуланової кислоти (у формі калію клавуланату) 125 мг. **АМОКСИЛ-К 625.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. 1 таблетка містить амоксициліну тригідрату у перерахуванні на амоксицилін 500 мг та суміш калію клавуланату і мікрокристалічної целюлози у співвідношенні (1:1) у перерахуванні на клавуланову кислоту 125 мг. **Показання¹.** Лікування бактеріальних інфекцій, спричинених чутливими до препарату мікроорганізмами, таких як: гострий бактеріальний синусит; гострий середній отит; підтвержене загострення хронічного бронхіту; негоспітальна пневмонія; цистити; пієлонефрити; інфекції шкіри та м'яких тканин, у т.ч. целюліти, укуси тварин, тяжкі дентоальвеолярні абсцеси з поширеним целюлітом; інфекції кісток та суглобів, у т.ч. остеомиєліти. **АМОКСИЛ-К.** Порошок для розчину для ін'єкцій. 1 флакон містить стерильну суміш (5:1) амоксициліну натрієвої солі та клавуланату калієвої солі, у перерахуванні на амоксицилін 1,0 г і клавуланову кислоту 0,2 г. **Показання.** Лікування бактеріальних інфекцій, спричинених чутливими до Амоксилилу-К мікроорганізмами, таких як: тяжкі інфекції горла, носа та вуха (мастоїдит, перитонзиллярні інфекції, епіглотит і синусит із супутніми тяжкими системними ознаками і симптомами); загострення хронічного бронхіту (після підтвердження діагнозу); негоспітальна пневмонія; цистит; пієлонефрит; інфекції шкіри та м'яких тканин, у т.ч. бактеріальні целюліти, укуси тварин, тяжкі дентоальвеолярні абсцеси з поширеним целюлітом; інфекції кісток і суглобів, у т.ч. остеомиєліти; внутрішньочеревні інфекції;

інфекції статевих органів у жінок. Профілактика бактеріальних інфекцій при великих оперативних втручаннях у таких зонах: шлунково-кишковий тракт; органи малого таза; голова та шия; жовчі шляхи. **Протипоказання².** Підвищена чутливість до будь-яких компонентів препарату, до будь-яких антибактеріальних засобів групи пеніцилінів. Наявність в анамнезі тяжких реакцій гіперчутливості (в т.ч. анафілаксії), пов'язаних із застосуванням інших β-лактамних агентів (у т.ч. цефалоспоринів, карбапенемів або монобактамів). Наявність в анамнезі жовтяниці або дисфункції печінки, пов'язаних із застосуванням амоксициліну/клавуланату. **Побічні реакції².** Інфекції та інвазії: кандидоз шкіри та слизових оболонок. Кровоносна та лімфатична системи: оборотна лейкопенія, тромбоцитопенія, оборотний агранулоцитоз та гемолітична анемія. Імунна система: ангіоневротичний набряк, анафілаксія, сироваткоподібний синдром, алергічний васкуліт. Нервова система: запаморочення, головний біль. Травний тракт: діарея, нудота, блювання. З боку гепатобіліарної системи: помірне підвищення рівня АСТ та/або АЛТ; гепатити та холестатична жовтяниця. Шкіра та підшкірні тканини: шкірні висипання, свербіж та кропив'янка, поліморфна еритема, синдром Стивенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, пухирчастий екфоліативний дерматит, гострий генералізований екзантематозний пустульоз. Нирки та сечовидільна система: інтерстиціальний нефрит, кристалурія. **Виробник:** АТ «Київмедпрепарат» (01032, Україна, м. Київ, вул. Сакаганського, 119). **Категорія відпуску:** Відпускається за рецептом лікаря.

1. Вказані показання відносяться до обох препаратів Амоксил-К 1000 та Амоксил-К 625. 2. Вказані протипоказання та побічні реакції відносяться до препаратів Амоксил-К, Амоксил-К 625 та Амоксил-К 1000. Перелік наведено у скороченому вигляді (для більш детального ознайомлення див. ІМЗ лікарських засобів). Інформацію наведено в скороченому вигляді. повна інформація викладена в інструкції для медичного застосування (ІМЗ) лікарських засобів Амоксил-К 1000; Амоксил-К 625; Амоксил-К. Інформація про лікарські засоби виключно для медичних, фармацевтичних працівників. Для використання у професійній діяльності. Р.П.: № UA/10656/01/01 необмежений з 2012.03.2015 р.; № UA/10915/01/01 необмежений з 20.08.2015 р.; № UA/15934/01/01 від 28.04.2017 р. до 28.04.2022 р. Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 19.11.19.

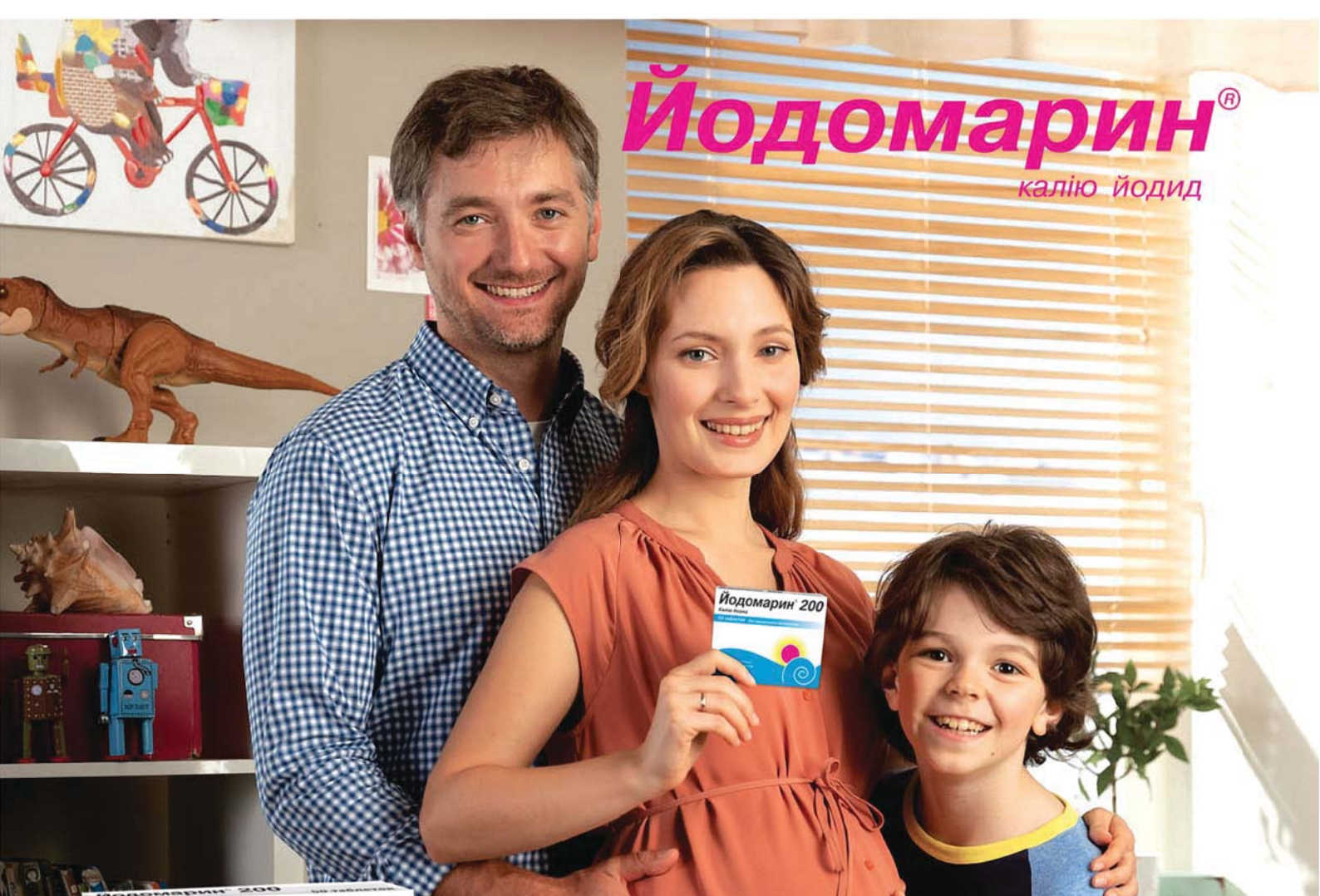
До складу Корпорації «Артеріум» входять АТ «Київмедпрепарат» та АТ «Галичфарм»

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

Ближче до людей
ARTERIUM

Йодомарин®

калію йодид



ЙОД, ЩО ПОТРІБЕН ДЛЯ ЖИТТЯ!*



**ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ
ДЕФІЦИТУ ЙОДУ:**

- у період вагітності; • у період годування груддю; • у дорослих та дітей.

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЙОДОМАРИН® 100 (JODOMARIN® 100), ЙОДОМАРИН® 200 (JODOMARIN® 200).

Склад: 1 таблетка 100 містить калію йодиду 131 мкг, що відповідає йодиду 100 мкг або 1 таблетка 200 містить калію йодиду 262 мкг, що відповідає 200 мкг йодиду; допоміжні речовини: лактози моногідрат, магнію карбонат основний легкий, желатин, натрію крохмалгліколят (тип А), кремнію діоксид колоїдний безводний, магнію стеарат. **Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Лікарські засоби для лікування захворювань щитоподібної залози. Тиреоїдні лікарські засоби. Лікарські засоби йоду. Код АТХ Н03С А. **Показання.** Профілактика розвитку дефіциту йоду, у тому числі у період вагітності або годування груддю. Профілактика рецидиву йододефіцитного зоба після хірургічного лікування, а також після завершення комплексного лікування лікарськими засобами гормонів щитоподібної залози у немовлят, та дорослих осіб молодого віку. **Противпоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якого з допоміжних компонентів лікарського засобу та інші. **Побічні реакції.** При профілактичному застосуванні йодиду у будь-якому віці, а також при терапевтичному застосуванні у новонароджених та дітей небажаних ефектів, як правило, не спостерігається. Повний перелік побічних реакцій з боку імунної, ендокринної системи та інші знаходяться в інструкції для медичного застосування препарату Йодомарин®100, Йодомарин®200. **Категорія відпуску.** Без рецепта. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування ЙОДОМАРИН® 100 від 30.11.2018 №2237, РП №UA/0156/01/01, ЙОДОМАРИН® 200 від 06.03.2018 № 450, РП № UA/0156/01/02. **Виробник.** БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Темпельхофер Вег 83, 12347 Берлін, Німеччина.

* Для мешканців йододефіцитних регіонів. ** Згідно даних роздільного аудиту Системи дослідження ринку «Фармаексплорер» з продажів усіх препаратів групи АТХ код Н03С за період 2018 р. Реклама безрецептурного лікарського засобу. Перед застосуванням ознайомтеся, будь ласка, з інструкцією лікарського засобу Йодомарин® 100 та Йодомарин® 200 та проконсультуйтеся з лікарем. UA_Jod_04-2019_V1_Press. Затверджено до друку 30.01.2019 р.

Представництво «БЕРЛІН-ХЕМІ/А. МЕНАРІНІ УКРАЇНА ТМБХ»

Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044) 494-3388, факс: (044) 494-3389

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



**САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ
ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я**