

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ МОНОНУКЛЕОЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при мононуклеоза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при мононуклеоза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при мононуклеоза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при мононуклеоза во инфектологијата и педијатријата („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2714/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

МОНОНУКЛЕОЗА

МЗД Упатство
21.3.2013 • Последна промена 21.3.2013
Jukka Lumio

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Симптоми и клинички манифестации
- Лабораториска дијагноза
- Мононуклеоза кај амбулантски пациенти
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Да се препознае заболувањето и да се разграничи од стрептококен тонзилитис и примарна ХИВ инфекција.
- Да се избегне антибиотски третман, кој дури иако фарингитот е тежок, за ова заболување не е од корист.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Предизвикувачот е Epstein-Barr вирус (ЕБВ) кој се пренесува преку плунка ("болест на бакнување").
- Инкубацијата варира од 7 до 50 дена.
- Во Северна Европа, половина од децата под 5-годишна возраст и речиси сите возрасни имаат серумски антители за ЕБВ како знак за претходна инфекција или состојба на хронично вирусноносителство.

СИМПТОМИ И КЛИНИЧКИ МАНИФЕСТАЦИИ

- Кај претшколските деца има помалку изразени симптоми или лесно покачена температура поради што ретко се дијагностицира. Кај младите адулти (на возраст од 15 до 25 години) инфекцијата обично се манифестира клинички со мононуклеоза. Кај индивидуате над 30 години инфекцијата е ретка но ризикот за компликации е голем.
- Симптомите вклучуваат висока температура, тонзилитис, генерализирана лимфаденопатија (околу мандибуларните агли, под брадата, под пазувите или јамите над клучните коски), спленомегалија, хепатитис; оток на очните капаци (кај 15%) кој може да е продромален симптом.
- Спонтано закрепнување најчесто се забележува за 2 недели, иако температурата може да опстојува во текот на 4 до 6 недели. Хоспитализација може да биде потребна кај случаи со тешки симптоми или компликации,
- Компликациите се ретки: миокардитис, аутоимуна хемолитичка анемија (АИХА), крвање (тромбоцитопенија), гломерулонефритис, артритис, менингитис или енцефалитис, неуропатии и полирадикулит, психички нарушувања, и спонтанa руптура на слезината, која е најчеста сериозна компликација и која понекогаш резултира со смртен исход (1/3000 од хоспитализираните пациенти).

- НСАИЛ (нестероидни антиинфламаторни лекови) може да се употребат за намалување на болката во грлото поради отокот, ако пациентот е способен да голта лекарства.
- Силен оток кој го нарушува јадењето и дишењето се третира во болнички услови, најчесто со кортикостероиди.
- Симптомите на мононуклеозата може да се повлечат или да станат хронични.
- Мал дел од пациентите страдаат од хроничен замор кој може да трае неколку месеци и се презентира како синдром на хроничен замор. (1)

ЛАБОРАТОРИСКА ДИЈАГНОЗА

- При клиничко сомневање за мононуклеоза се испитува крвната слика (вклучувајќи ја диференцијацијата на белите крвни клетки; при што автоматското броење е доволно) и брз тест за мононуклеоза (неколку комерцијални алтернативи)(1)..
- Позитивен брз тест заедно со типичната клиничка слика овозможува прилично сигурна дијагноза кај млади пациенти. Кај една третина пациенти помлади од десет години и една петтина пациенти над 30-годишна возраст, брзиот тест ќе биде негативен. Ако е потребна крајна потврда на дијагнозата, на пример, поради отстранување на сомневањата за други диференцијални дијагнози, потребно е да се испитуваат ИгМ антителата на ЕБВ. Тие секогаш се наоѓаат на почетокот од заболувањето. Специфичните антитела, исто така, може да се користат како дијагностички тест во почетната фаза на болеста.
- Типичен наод во крвната слика е зголемен број на мононуклеарни клетки (над 50% од белите крвни клетки се лимфоцити). Над 10% од лимфоцитите во периферната крв се атипични. Честа е појавата на тромбоцитопенија и гранулоцитопенија. Понекогаш наодите од крвната слика наведуваат на погрешни сомневања за малигна хематолошка болест.
- Други лабораториски тестови се потребни само за диференцијална дијагноза. Седиментацијата на еритроцитите е лесно зголемена, ЦРП речиси е нормален, црnodробните функционални тестови, како трансaminaзите, се јасно покачени (неколку стотини U/l) а пациентот може да биде и иктеричен. Треба да се земе бактериска култура од грлото кај оние со тонзилитис, бидејќи истовремена стрептококна колонизација (20-30%) или инфекција е честа кај мононуклеозата.
- Мононуклеозата предизвикува поликлонална активација на Б клетките што може да даде лажно позитивни резултати за IgM антителата (на пример за микоплазма или борелиа).

МОНОНУКЛЕОЗА КАЈ АМБУЛАНТСКИ ПАЦИЕНТИ

- Кај возрасните заболувањето често се манифестира со голем број симптоми кои траат долго време; од болеста се спречени да одат на работа од 1 до 2 недели.
- Треба да се земат предвид диференцијално-дијагностички стрептококни тонзилитиси, други фебрилни болести, хепатитис па дури и лимфом.
- Може да се палпираат слезината и црниот дроб, а пациентот треба да се предупреди да избегнува физичко вежбање ако слезината е зголемена (слезината може да се почувствува при палпација или е поголема од 10 до 12cm, на ултрасонографија; постои ризик од руптура на слезината).
- Во случај на инфекција на грлото со стрептококи од А групата, докажан во култура или антиген тест, индициран е третман со пеницилин поради можен ризик од перитонзиларен апсцес.
- Изолација на пациентот не е неопходна (дури и асимптоматските случаи имаат високо вирусно оптоварување). Еден од десет пациенти во блиското опкружување има секундарна симптоматска инфекција. Препорачливо е да не се донира крв во период од 6 месеци по инфекцијата.

МОНОНУКЛЕОЗА - ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори

28.1.2008

- Cochrane-ови прегледи
- Други интернет извори
- Литература

COCHRANE-ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Не постојат доволно докази за ефикасноста на кортикостероидите за ублажување на симптомите кај инфективна мононуклеоза (ннд-D).

ДРУГИ ИНТЕРНЕТ ИЗВОРИ

Cunha B. Infectious mononucleosis. eMedicine [1](#)

ЛИТЕРАТУРА

Клинички практични прегледи

- Luzuriaga K, Sullivan JL. Infectious mononucleosis. N Engl J Med 2010 May 27;362(21):1993-2000. [PubMed](#)
- Auwaerter PG. Infectious mononucleosis in middle age. JAMA 1999 Feb 3;281(5):454-9 [PubMed](#)
- Berger RG, Raab-Traub N. Acute monoarthritis from infectious mononucleosis. Am J Med 1999 Aug;107(2):177-8 [PubMed](#)
- Cohen JL. Epstein-Barr virus infection. N Engl J Med 2000 Aug 17;343(7):481-92 [PubMed](#)
- Hurt C, Tammaro D. Diagnostic evaluation of mononucleosis-like illnesses. Am J Med 2007 Oct;120(10):911.e1-8 [PubMed](#)

РЕФЕРЕНЦИ

1. Bruu AL, Hjetland R, Holter E, Mortensen L, Natas O, Peterson W, Skar AG, Skarpaas T, Tjade T, Asjo B. Evaluation of 12 commercial tests for detection of Epstein-Barr virus-specific and heterophile antibodies. Clin Diagn Lab Immunol 2000;7(3):451-6

1. EBM Guidelines, 21.3.2013, www.ebm-guidelines.com
2. Упатството треба да се ажурира после 3 години
3. Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска