

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

2. The established inverse correlation between the number of T-helper cells and of endothelial dysfunction: the extent of progression of HIV concentration of all these parameters significantly increased.

3. 3-month symptomatic therapy does not affect the state of endothelium.

### Literature

1. Weiler H. Thrombomodulin / H. Weiler, B. H. Isermann // *Thromb. Haemost.* – 2003. – Vol. 1, N 7. – P. 1515-1524.
2. Кравченко А.В. Патогенетические механизмы нарушения системы гемостаза у больных ВИЧ-инфекцией / А.В. Кравченко, В.В. Малеев, А.М. Полякова // *Эпидемиология и инфекционные болезни.* – 2000. – № 3. – С. 45-49.
3. Endothelial cells in physiology and in the pathophysiology of vascular-disorders / [D.B. Cines, E.S. Pollak, C.A. Buck et al.] // *Blood.* – 2008. – Vol. 91, N 10. – P. 3527-3561.
4. Cacoub P. Anti-endothelial cell auto-antibodies in HIV mixed cryoglobulinemia / P. Cacoub, P. Ghillani, R. Revelen // *J. Hepatol.* – 2009. – Vol. 31, N 4. – P. 598-603.
5. Андрейчин М.А. Тромбомодулін і фактор Віллебранда як маркери ендотеліальної дисфункції у хворих на хронічний гепатит С / М.А. Андрейчин, В.В. Кубацький // *Інфекційні хвороби.* – 2006. – № 4. – С. 29-33.
6. Дисфункция эндотелия. Причины, механизмы, фармакологическая коррекция / [С.Ю. Ермолов, В.Г. Радченко, А.В. Шабров и др.]. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2003. – С. 69-82.
7. Бойчук С.В. Роль эндотелиальных клеток в регуляции апоптоза инфицированных ВИЧ-1 CD4+ лимфоцитов / С.В. Бойчук, И.Г. Мустафин, М.В. Макарова // *Мед. иммунология.* – 2006. – Т. 8, № 4. – С. 523-530.

8. Structural proteins of HIV induce interleukin 8 production and apoptosis in human endothelial cells / [A. Balasubramanian, N. Munshi, J.M. Koziel et al.] // *J. Gen. Virol.* – 2005. – Vol. 86. – P. 3291-3301.

9. Domingues A. Hemostasis in HIV / A. Domingues, G. Gamallo, R. Garsia // *J. Clin. Pathology.* – 2008. – Vol. 47, N 11. – P. 999-1003.

10. Деклараційний патент на корисну модель 55834. Україна, МПК А61В 10/00. Спосіб діагностики стадійності при ВІЛ-інфекції/СНІДі / С.Р. Меленко, В.Д. Москалюк. – № u 2010 07574; Заявлено 17.06.2010; Опубл. 27.12.2010, Бюл. № 24/2010. – 3 с.

### ЗМІНИ МАРКЕРІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ/СНІДОМ НА ТЛІ ВААРТ

В.Д. Москалюк, В.Д. Сорохан, С.Р. Меленко, І.В. Баланюк

**РЕЗЮМЕ.** На підставі обстеження 127 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД встановлено, що при цій патології істотно зростає концентрація тромбомодуліну та фактора Віллебранда, що вказує на ВІЛ-індуковане ураження судинної стінки. У міру прогресування імунодефіциту концентрація всіх зазначених показників достовірно зростає. 3-місячна симптоматична терапія не впливає на стан ендотелію.

**Ключові слова:** ендотеліальна дисфункція, ВІЛ/СНІД.

Отримано 16.01.2013 р.

© Миронюк І.С., 2013  
УДК 616.98:578.828:614.21:362.147]-036.21(477/87)

**І.С. Миронюк**

## РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ СТАНУ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ В УМОВАХ РЕГІОНАЛЬНОЇ СУБЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В ЗАКАРПАТТІ

Закарпатський центр профілактики та боротьби із СНІДОМ (Ужгород)

Наведено результати оцінки стану та якості диспансеризації дорослих ВІЛ-позитивних осіб диспансерної групи в Закарпатській області у 2010-2012 рр. Виявлено основні групи причин недосяж-

ності до диспансеризації та відсутності повного охоплення пацієнтів диспансерної групи необхідними медичними послугами в умовах регіональної субепідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ в регіоні, де про-

*відну роль у розвитку епідемії відіграють трудові мігранти.*

**Ключові слова:** субепідемія ВІЛ/СНІДу, диспансеризація, Закарпаття.

У теперішній час в Україні епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції залишається напруженою – продовжується поширення ВІЛ серед населення, зростає кумулятивна кількість ВІЛ-інфікованих осіб і хворих на СНІД [1]. Одними з основних показників якості роботи служби протидії епідемії ВІЛ/СНІД в Україні є рівень захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу, які значною мірою залежать від рівня охоплення та якості програм антиретровірусної терапії (АРТ) [2]. В той же час забезпечення вчасного призначення АРТ ВІЛ-інфікованим особам можливе лише за умови активного охоплення медичними послугами осіб, що знаходяться під диспансерним наглядом. На сьогодні в Україні оцінюється лише один показник, який характеризує стан диспансеризації ВІЛ-інфікованих осіб – охоплення диспансеризацією ВІЛ-позитивних осіб [3]. Але даний показник відображає виключно відсоток офіційно зареєстрованих нових випадків інфікування ВІЛ від загального числа виявлених ВІЛ-позитивних осіб за даними сероепідеміологічного моніторингу і не дає змоги оцінити стан диспансеризації ВІЛ-позитивних осіб. Показник, за яким можна оцінити її якість (показник 7.6 «Кількість ВІЛ-інфікованих дорослих та дітей, активно охоплених медичними послугами протягом року»), є в переліку 56 показників, які рекомендовані для усіх країн-членів ООН для оцінки прогресу в досягненні Цілей тисячоліття, що спрямовані на подолання епідемії ВІЛ-інфекції до 2015 року [4]. Але в Україні даний показник не використовується у зв'язку з відсутністю офіційних статистичних форм збору даних [5]. В той же час, оцінка стану диспансеризації ВІЛ-позитивних осіб, які знаходяться на диспансерному обліку, є дуже важливою для розробки заходів по забезпеченню широкого охоплення потребуючих АРТ ВІЛ-позитивних осіб, що, у свою чергу, суттєво вплине на рівні захворюваності на СНІД і смертності від СНІДу. Особливо важливо проводити таку оцінку в регіонах, де спостерігаються регіональні субепідемії ВІЛ/СНІДу, з особливими регіональними групами підвищеного ризику інфікування ВІЛ, як, наприклад, Закарпаття [6, 7].

Мета дослідження – провести оцінку стану та особливостей диспансеризації ВІЛ-позитивних осіб диспансерної групи в Закарпатській області

України у 2010-2012 рр. в умовах регіональної субепідемії ВІЛ/СНІДу.

### Пацієнти і методи

Для досягнення поставленої мети аналізували інформацію щодо охоплення медичними послугами ВІЛ-позитивних осіб, що перебувають на диспансерному обліку в Закарпатському центрі профілактики та боротьби із СНІДом і кабінетах «Довіра» в районах області. Оцінка охоплення диспансеризацією ґрунтувалася на визначенні відповідності переліку фактично наданих протягом року медичних послуг ВІЛ-позитивним особам диспансерної групи вимогам клінічних протоколів, затверджених МОЗ України [8, 9].

Аналізувалося охоплення наступними послугами: загально-клінічні лабораторні дослідження та біохімічний аналіз крові, імунологічні дослідження, обстеження на наявність туберкульозу, діагностика TORCH-інфекцій, парентеральних вірусних гепатитів та інші.

Зокрема, було використано наступні критерії визначення рівня охоплення диспансеризацією ВІЛ-позитивної особи диспансерної групи: повне охоплення диспансеризацією – ВІЛ-позитивна особа пройшла 80 % і більше необхідних обстежень та лабораторних тестів протягом року, що аналізувався; часткове охоплення диспансеризацією – ВІЛ-позитивна особа пройшла менше 80 % необхідних обстежень та лабораторних тестів протягом року, що аналізувався; пацієнт диспансерної групи не досягний для диспансеризації – ВІЛ-позитивна особа диспансерної групи жодного разу не відвідувала лікувально-профілактичний заклад протягом року, що аналізувався. У всіх випадках часткової диспансеризації та недосяжності для диспансеризації ВІЛ-позитивних осіб диспансерної групи проводилося визначення причин такої ситуації шляхом опитування лікуючого лікаря та близького оточення ВІЛ-позитивної особи зі збереженням принципів конфіденційності діагнозу та стану здоров'я особи.

### Результати досліджень та їх обговорення

Закарпатська область належить до регіонів низького поширення ВІЛ-інфекції [1]. Проте за результатами дозорних досліджень 2011 року були отримані високі показники інфікування ВІЛ чоловіків, які мають секс з чоловіками, – 5,3 %, що є ознакою можливого розвитку повномасштабної епідемії і в Закарпатській області [10]. В той же час, на сьогодні кількість офіційно зареєстрованих на диспансерному обліку дорослих ВІЛ-позитивних осіб є відносно незначною (табл. 1). Щоб оцінити стан диспансеризації дорослих ВІЛ-позитивних осіб, які знаходилися на диспансер-

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

ному обліку в області у 2010-2012 рр., було визначено чисельність активної диспансерної групи, до якої увійшли офіційно зареєстровані ВІЛ-позитивні особи, що перебувають на диспансерно-

му обліку і щонайменше один раз протягом року відвідували лікаря спеціалізованого підрозділу лікувально-профілактичного закладу.

Таблиця 1

Результати визначення чисельності активної диспансерної групи дорослих ВІЛ-позитивних осіб у Закарпатській області (2010-2012 рр.)

Рік	ВІЛ-позитивні дорослі особи на диспансерному обліку (станом на початок року, абс.)	Активна диспансерна група дорослих ВІЛ-позитивних осіб	
		абс.	% від диспансерного обліку
2010	151	109	72,2
2011	187	137	73,3
2012	254	206	81,1

Як випливає з даних табл. 1, відсоток дорослих ВІЛ-позитивних осіб активної диспансерної групи від тих, що перебували на диспансерному обліку, є високим, але повного охоплення медичними послугами офіційно зареєстрованих пацієнтів нам досягти не вдалося. Так, група дорослих ВІЛ-позитивних осіб диспансерної групи, не досяжних для диспансеризації у 2010 р., складала 42 особи, у 2011 та 2012 рр. – відповідно 50 і 48 осіб. Нами було проаналізовано причини, з яких медичним працівникам спеціалізованих служб не вдалося охопити даних ВІЛ-позитивних осіб необхідними медичними послугами. В результаті

аналізу було виділено наступні групи причин: група А – місце перебування особи не відоме, за місцем реєстрації та постійного проживання особа не буває; група Б – особа перебуває в місцях позбавлення волі; група В – постійні трудові мігранти, що перебувають на заробітках за межами області і практично не приїждять в регіон постійного місця проживання; група Г – офіційна відмова особи від диспансерного нагляду та медичних послуг з питань ВІЛ/СНІДу. Результати групування дорослих ВІЛ-позитивних осіб, не досяжних для диспансеризації у 2010-2012 рр., по даним групам причин представлено в таблиці 2.

Таблиця 2

Результати визначення причин недосяжності для диспансеризації дорослих ВІЛ-позитивних осіб, які перебували на диспансерному обліку в Закарпатській області у 2010-2012 рр.

Рік	ВІЛ-позитивні особи, не досяжні для диспансеризації	Із них по групах за причинами неохоплення медичними послугами							
		Група А		Група Б		Група В		Група Г	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2010	42	21	50,0	7	16,7	11	26,2	3	7,1
2011	50	20	40,0	4	8,0	18	36,0	8	16,0
2012	48	11	22,9	4	8,3	19	39,6	14	29,2

Як видно з табл. 2, протягом 2010-2012 рр. як абсолютна кількість, так і питома вага представників групи А (місце перебування особи не відоме) зменшується. Так, якщо у 2010 р. медичні працівники не могли охопити медичними послугами половину ВІЛ-позитивних осіб із категорії не досяжних для диспансеризації (21 особа) по причині відсутності інформації про їх місце перебування, то вже в 2012 р. частка осіб цієї групи склала лише 22,9 % (11 осіб). Таке покращення інформованості фахівців щодо місця перебування

пацієнтів, що перебувають на диспансерному обліку з приводу ВІЛ-інфекції, зумовлено впровадженням у Закарпатській області оригінальної системи активного залучення до диспансерного нагляду ВІЛ-позитивних осіб на початку 2011 р. [11]. Відповідно зростала частка ВІЛ-позитивних осіб диспансерної групи, щодо яких є інформація про причини не досяжності для надання необхідних медичних послуг (групи Б, В та Г): з 50 % у 2010 р. до 77,1 % у 2012 р. Так, у 2011 та 2012 рр. спостерігається зростання як абсолютної, так і

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

відносної кількості ВІЛ-позитивних осіб, які є постійними трудовими мігрантами (група В): 18 осіб (36,0 %) та 19 осіб (39,6 %) у 2011 та 2012 рр. відповідно проти 11 осіб (26,2 %) у 2010 р. Аналогічна ситуація спостерігається і в групі Г (відмова від диспансеризації) (табл.2).

Аналіз стану охоплення необхідними медичними послугами дорослих ВІЛ-позитивних осіб

активної диспансерної групи в Закарпатській області у 2010-2012 рр. показав, що спеціалізованим медичним службам не вдалось забезпечити повну диспансеризацію пацієнтів даної категорії. Так, відсоток повного охоплення диспансеризацією ВІЛ-позитивних осіб активної диспансерної групи коливався від 56,9 % у 2010 р. до 94,7 % у 2012 р (табл. 3).

Таблиця 3

Результати визначення рівня охоплення диспансеризацією дорослих ВІЛ-позитивних осіб активної диспансерної групи в Закарпатській області (2010-2012 рр.)

Рік	Активна диспансерна група, станом на кінець року (абс.)	Дорослі ВІЛ-позитивні особи, які пройшли повну диспансеризацію	
		абс.	% від диспансерного обліку
2010	109	62	56,9
2011	137	108	78,8
2012	206	195	94,7

Як видно з даних табл. 3, частка дорослих ВІЛ-позитивних осіб активної диспансерної групи, що пройшли повну диспансеризацію, щорічно протягом 2010-2012 рр. зростала, але повної диспансеризації усіх пацієнтів активної диспансерної групи нам досягти не вдалося. Так, кількість дорослих ВІЛ-позитивних осіб активної диспансерної групи, що пройшли лише часткове охоплення диспансеризацією у 2010 р., склала 47 осіб, у 2011 та 2012 рр. – 29 і 11 осіб відповідно. Нами було проаналізовано причини, з яких медичним працівникам спеціалізованих служб не вдалося забезпечити повне охоплення ВІЛ-позитивних осіб активної диспансерної групи необхідними медичними послугами. В результаті аналізу було виділено наступні групи причин: група I – особа є тимчасо-

вим трудовим мігрантом за межі області, періодично повертається по місцю постійного проживання і може епізодично залучатися до диспансеризації; група II – активні споживачі психоактивних речовин (наркотичні засоби, алкоголь), відсутня прихильність до диспансеризації, звертаються за медичною допомогою у випадку різкого погіршення стану здоров'я; група III – ВІЛ-позитивні особи, схильні до бродяжництва, звертаються за медичною допомогою у випадку погіршення стану здоров'я. Результати групування дорослих ВІЛ-позитивних осіб активної диспансерної групи, що пройшли лише часткову диспансеризацію у 2010-2012 рр., по вказаним групам причин представлено в таблиці 4.

Таблиця 4

Результати визначення причин не повної диспансеризації дорослих ВІЛ-позитивних осіб активної диспансерної групи в Закарпатській області (2010-2012 рр.)

Рік	ВІЛ-позитивні особи активної диспансерної групи, які пройшли часткову диспансеризацію	Із них по групах за причинами неповної диспансеризації					
		Група I		Група II		Група III	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
2010	47	36	76,6	9	19,1	2	4,3
2011	29	16	55,2	10	34,5	3	10,3
2012	11	8	72,7	3	27,3	0	0

Як представлено в табл. 4, переважна більшість (від 55,2 % у 2011 р. до 76,6 % у 2010 р.) ВІЛ-позитивних осіб активної диспансерної групи, що пройшли лише часткову диспансеризацію, є тимчасовими трудовими мігрантами, що виїждять

на заробітки за межі області і епізодично повертаються за місцем постійного проживання. Саме в періоди повернення додому фахівцям спеціалізованих служб протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу вдається залучити цих пацієнтів до необхідних обстежень

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

згідно вимог клінічних протоколів. В той же час не у всіх представників даної соціальної групи вдається забезпечити повне охоплення диспансеризацією. Представники груп II і III практично не досяжні до охоплення повним переліком медичних послуг, у зв'язку з низькою прихильністю до активної диспансеризації.

### Висновки

1. Закарпатська область належить до регіонів відносно низького поширення ВІЛ, і кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-позитивних осіб диспансерної групи у 2010-2012 рр. була відносно незначною. Частка пацієнтів активної диспансерної групи від загальної кількості ВІЛ-позитивних осіб, які перебували на диспансерному обліку, у роки, що аналізувалися, була досить високою і щорічно зростала: від 72,2 % у 2010 р. до 81,1 % у 2012 р. Але повного охоплення диспансеризацією дорослих ВІЛ-позитивних осіб диспансерної групи в Закарпатській області досягти не вдалося.

2. Серед причин недосяжності ВІЛ-позитивних пацієнтів диспансерної групи для охоплення їх необхідними медичними послугами найбільш значимими були такі: відсутність інформації про місце перебування особи, трудова міграція за межі регіону постійного проживання та відмова від диспансеризації. Протягом років, що аналізувалися, відбулася зміна значимості груп причин недосяжності для диспансеризації. Так, якщо у 2010 р. 50 % пацієнтів диспансерної групи були недосяжні через відсутність інформації про їх місце перебування, то у 2012 р. найбільшу частку складала представники групи В (постійні трудові мігранти) – 39,6 %. Викликає стурбованість і зростання кількості осіб, які не охоплюються медичними послугами по причині офіційної відмови від диспансеризації: з 3 осіб у 2010 р. до 14 у 2012 р. Причини цього потребують додаткового вивчення.

3. Частка дорослих ВІЛ-позитивних осіб активної диспансерної групи, охоплених повною диспансеризацією, щорічно протягом 2010-2012 рр. зростала, але повної диспансеризації усіх пацієнтів цієї групи досягти не вдалося. Серед причин недоступності для повної диспансеризації пацієнтів активної диспансерної групи – тимчасова трудова міграція за межі області: частка таких осіб коливається від 55,2 % у 2011 р. до 76,6 % у 2010 р. Інші ВІЛ-позитивні особи, що пройшли часткову диспансеризацію, демонструють низьку прихильність до медичних послуг у спеціалізованих медичних закладах.

4. Отримані результати свідчать про значний вплив трудової міграції (постійної та тимчасової) за межі регіону постійного місця проживання на стан і повноту активної диспансеризації дорослих ВІЛ-позитивних осіб, котрі перебувають на диспансерному обліку в Закарпатській області. Це є логічним для області з регіональною субепідемією ВІЛ-інфекції, де чільне місце в розвитку епідемії відіграє регіональна група підвищеного ризику інфікування ВІЛ – трудові мігранти. Необхідна розробка і впровадження регіональних програм залучення до повної диспансеризації ВІЛ-позитивних осіб групи трудових мігрантів, у першу чергу – тимчасових, що епізодично повертаються із заробітків додому.

### Література

1. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 38. – К.: МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2012. – 20 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 37. – К.: МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2012. – 81 с.
3. Аналіз епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції за епідемічними показниками (Методичні рекомендації для лікарів-епідеміологів центрів з профілактики та боротьби зі СНІД). – К.: МОЗ України, 2006. – 49 с.
4. Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: руководящие принципы разработки ключевых показателей: Отчетность за 2010 год. – ЮНЭЙДС, 2009. – 142 с.
5. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІД. Звітний період: січень 2011 р. – грудень 2012 р. – К.: МОЗ України, 2012. – 240 с.
6. Миронюк І.С. Актуальність визначення регіональних субепідемій ВІЛ-інфекції/СНІДУ в Україні (на прикладі Закарпатської області) / І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий // Східно-європейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 210-213.
7. Миронюк І.С. Регіональна група високого ризику інфікування ВІЛ у Закарпатті – заробітчани / І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 3 (23). – С. 201-205.
8. Про затвердження клінічних протоколів: наказ МОЗ України від 13 квітня 2007 року, № 182.
9. Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію: наказ МОЗ України від 28 травня 2008 року, № 276.
10. Мониторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року / Є.С. Большов, М.Г. Касянчук та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 104 с.
11. Миронюк І.С. Результати впровадження системи активного залучення до диспансерного нагляду ВІЛ-позитив-

них осіб в Закарпатській області / І.С. Миронюк, Н.А. Гудюк // Профілактична медицина. – 2011. – № 4 (16). – С. 21-25.

**THE RESULTS OF THE EVALUATION OF PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION OF HIV-INFECTED PERSONS IN TERMS OF REGIONAL SUB-EPIDEMY HIV-INFECTION/AIDS IN TRANSCARPATHIAN REGION**

I.S. Myronyuk

*SUMMARY. Evaluation of the results and quality of prophylactic medical examination of adults HIV-*

*positive persons dispensary in Transcarpathian region in 2010-2012. Discovered the main groups of reasons if the prophylactic medical examination and the absence of full coverage of the dispensary patients with medical services in terms of regional sub-epidemy of HIV/Aids in the region, where the labour migrants are playing leading role in the epidemic development.*

**Key words:** HIV/AIDS sub-epidemy, prophylactic medical examination, Transcarpathia.

Отримано 25.03.2013 р.

© Покровська Т.В., Зінчук О.М., 2013  
УДК 616.988.55-036.11-06:616.12]-053.7/.8

**Т.В. Покровська, О.М. Зінчук**

**УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ І СИНДРОМ КАВАСАКІ**

Національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

*Проведене клінічне спостереження за 63 хворими на гостру EBV-інфекцію, 6 хворими із синдромом Кавасаки. Виявлені клініко-лабораторні особливості перебігу гострої EBV-інфекції, зокрема ураження серцево-судинної системи у підлітків і дорослих, а також у пацієнтів із синдромом Кавасаки.*

**Ключові слова:** гостра EBV-інфекція, синдром Кавасаки, підлітки, дорослі, міокардит, коронарит.

Багатогранність клінічних проявів, особливості збудників, можливість їх поширення багатьма шляхами передачі дозволили Європейському регіональному бюро ВООЗ віднести герпетичну інфекцію у групу актуальних інфекційних хвороб, які великою мірою впливають на здоров'я населення. Широкий тканинний тропізм, здатність до персистенції в організмі інфікованої людини є унікальними біологічними властивостями усіх герпесвірусів [1-3]. Усе перераховане стосується і представника даної родини – вірусу Епштейна-Барр (EBV). Рівень інфікованості цим вірусом дорослого населення становить майже 90-100 %, а дитя-

чого – від 50 до 80 %. Захворюваність на гостру форму EBV-інфекції в різних країнах коливається від 4 до 45 на 100 тис. населення [4-6]. Патологічні стани, спричинені EBV, характеризуються системним ураженням внутрішніх органів, широким діапазоном клінічних проявів, специфічною тропністю вірусу до імунокomпетентних клітин. EBV-інфекція може перебігати в гострій, затяжній і хронічній формах [5, 7]. Одним із варіантів первинної гострої форми EBV-інфекції є інфекційний мононуклеоз, клінічні прояви якого надзвичайно різноманітні.

У літературі дуже мало даних про ураження серця у хворих на гостру EBV-інфекцію. Відсутня єдина думка про характер, частоту і терміни появи кардіальних ускладнень при цій хворобі. Деякі автори (Учайкин В., 1999) вважають, що ураження серця не є характерним для гострого перебігу EBV-інфекції, однак при легких і середньотяжких формах хвороби спостерігали функціональні зміни і навіть міокардит [5]. У той же час інші автори наводять дані, що летальні наслідки у пацієнтів,