

Оценка клинико-лабораторной эффективности Реаферона-ЕС Липинта при инфекционном мононуклеозе

Р.Т.Мурзабаева, Д.Н.Дубровская, А.У.Закирова,
Г.Р.Салимова, Э.Я.Агадуллина, С.Р.Нигматуллина

*Башкирский государственный медицинский университет г Уфа
Клиническая инфекционная больница № г Уфа*

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – заболевание, вызываемое вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ), характеризуется лихорадкой, полилимфаденопатией, тонзиллитом, гепатоспленомегалией, характерными изменениями гемограммы. Вирус может длительное время персистировать в организме в виде латентной инфекции, а у ослабленных пациентов может вызывать лимфопролиферативные изменения [1, 3, 4]. Изучение катамнеза реконвалесцентов ИМ позволило установить затяжное течение с рецидивами у 20% пациентов, у 1/4 больных - суперинфекции (ОРЗ, отиты, синуситы) [2]. Учитывая указанные данные, в терапию 20 больных ИМ в качестве противовирусного препарата был включен Реаферон-ЕС-Липинт – рекомбинантный человеческий интерферон- $\alpha 2b$ в липосомальной форме. Препарат выпускает ЗАО «Вектор-Медика» (Новосибирск).

Цель работы. Целью нашей работы явилось изучение клинико-лабораторной эффективности Реаферон-ЕС-Липинта у больных инфекционным мононуклеозом.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 40 больных со среднетяжелым течением ИМ. Наибольшее число пациентов было в возрасте от 3 до 7 лет – 14 человек (35,0%), от 7 до 10 лет – 8 (20%), от 10 до 14 лет – 6 (15,0%), от 14 до 17 лет – 8 (20%) и старше 17 лет – 4 (10,0%) человек. Основную группу составили 20 больных, в комплексную терапию которых был включен Реаферон-ЕС-Липинт, в группу контроля вошли остальные 20 пациентов. Контрольной группе назначалась стандартная терапия. Сравнимые группы по возрасту и по тяжести течения ИМ были сопоставимы. У всех пациентов диагноз подтверждался выявлением специфических антител к капсидным и ранним антигенам ВЭБ в реакции ИФА, также учитывалась гемограмма с наличием атипичных мононуклеаров.

Больным ИМ Реаферон-ЕС-Липинт назначался с учетом возраста по следующей схеме: детям от 3 до 7 лет по 500 тыс. МЕ 1 раз в сутки до еды в течение 5 дней, затем в той же дозе через день на протяжении 10 суток. Курсовая доза препарата составила 5 млн. МЕ. Детям от 7 до 14 лет Реаферон-ЕС-Липинт давали по 500 тыс. МЕ 2 раза в сутки на протяжении 5 дней, затем в той же дозе через день до 10 суток. Курсовая доза препарата равнялась 10 млн. МЕ. Подростки старше 14 лет получали Реаферон-ЕС-Липинт по 1 млн. МЕ 2 раза в день в течение 5 суток, затем по 1 млн. МЕ 1 раз в день через сутки 10 дней. Курсовая доза препарата составила 15 млн. МЕ.

Результаты и обсуждение

Заболевание начиналось остро, с повышения температуры до 38-39°C, ломоты в теле, заложенности носа. Лихорадка своего максимума достигала к 4-6 дню болезни с развитием синдрома ангины и сохранялась от 6 до 20 дней. Продолжительность лихорадки у лиц контрольной группы в среднем составила 11,4±0,81 дня. У 80% пациентов тонзиллит протекал в виде лакунарной, у 20% больных – язвенно-некротической ангины. Микробный состав флоры, вы-

деленной из носа и ротовой полости, был представлен *Strept. pneumonia*, *Strept. pyogenes*, *Staf. aureus*, *B. Klebsiella pneumonia*.

У всех больных выявлялась полилимфаденопатия, при этом с наибольшей частотой определялись заднешейные, подчелюстные лимфоузлы. У 40% больных наблюдалась генерализованная полилимфаденопатия, включая увеличение мезентериальных и забрюшинных лимфоузлов. В 3 случаях развивалась пятнисто-папулезная сыпь, которая держалась в течение 3-5 дней. Необходимо отметить, что эти больные амбулаторно принимали флемоксин и амоксицилав. Гепатоспленомегалия сохранялась к выписке из стационара у 60% реконвалесцентов.

Во всех случаях отмечались изменения со стороны белой крови в виде абсолютного лимфоцитоза ($47,3 \pm 3,73\%$). При этом уровень атипичных мононуклеаров составлял от 5 до 40%, в среднем - $18,3 \pm 1,61\%$. В одном случае указанные клетки не обнаруживались. У 12 больных (30%) в возрастной группе от 7 до 17 лет регистрировалась гиперферментемия (АЛТ, АСТ), превышающая нормальные показатели в 2-4 раза, их уровень к выписке из стационара нормализовался.

В комплексную терапию 20 больных ИМ был включен Реаферон-ЕС-Липинт. Переносимость препарата была удовлетворительной, побочные эффекты не наблюдались. На фоне интерферонотерапии состояние больных улучшалось значительно быстрее (таблица).

Таблица 1.

Динамика клинико-лабораторных проявлений инфекционного мононуклеоза на фоне лечения Реаферон-ЕС-Липинтом ($M \pm m$)

Показатели (дни)	Среднетяжелая форма ИМ	
	Основная группа N=20	Контрольная группа N=20
Лихорадка	$8,4 \pm 0,73^*$	$11,4 \pm 0,81$
Синдром ангины	$8,4 \pm 0,64$	$9,8 \pm 0,82$
Заднешейная лимфаденопатия	$12,2 \pm 0,86^*$	$15,3 \pm 0,75$
Лейкоцитоз (в $10^9/л$):		
при поступлении	$13,8 \pm 1,07$	$13,2 \pm 1,02$
при выписке	$6,2 \pm 0,55^*$	$9,1 \pm 0,62$
Атипичные мононуклеары (в %):		
при поступлении	$18,3 \pm 1,61$	$17,9 \pm 1,02$
при выписке	$4,1 \pm 0,42^*$	$8,2 \pm 0,61$
Гормонотерапия (в %)	$20\%^*$	40%

Примечание * - достоверность различий между сравниваемыми группами; $p < 0,05$; контрольная группа – стандартная терапия; основная группа – стандартная терапия с Реаферон-ЕС-Липинтом.

Так, длительность лихорадки у пролеченных Реаферон-ЕС-Липинтом пациентов значительно уменьшилась и в среднем составила $8,4 \pm 0,73$ дней, в то время как в контрольной группе она была продолжительнее и равнялась $11,4 \pm 0,81$ дням ($p < 0,05$), также существенно сократились сроки уменьшения заднешейных лимфоузлов, разрешения синдрома ангины ($p < 0,05$). Следует отметить, что в основной группе в разгар болезни существенно реже возникала необходимость в назначении гормональных препаратов (20%), в то время как в контрольной группе в 8 случаях (40%) применяли глюкокортикостероиды коротким курсом. К выписке из стационара у пациентов, получавших препарат, выявлена более выраженная тенденция к нормализации картины крови (в основной группе количество лейкоцитов и атипичных мононуклеа-

ров в среднем составила $6,2 \pm 0,55 \times 10^9$ /л и $4,1 \pm 0,42\%$ против $9,1 \pm 0,61 \times 10^9$ /л и $8,2 \pm 0,61\%$ в группе сравнения, соответственно, $p < 0,05$). Существенных осложнений в течение заболевания в сравниваемых группах не регистрировалось.

Выводы

1. Применение Реаферон-ЕС-Липинта в комплексной терапии больных инфекционным мононуклеозом способствовало значительному ускорению обратного развития таких основных клинических синдромов, как лихорадка, интоксикация, лимфаденопатия, синдром ангины, изменения в гемограмме, что свидетельствует о противовирусном эффекте препарата и позволяет рекомендовать включить его в комплексную терапию больных ИМ.

2. Переносимость препарата была хорошей, пероральный прием, особенно для детей, отличался большим удобством и простотой для применения.

Список литературы

1. Краснов В.В. Инфекционный мононуклеоз. СПб., 2003.
2. Мурзабаева Р.Т. Характеристика инфекционного мононуклеоза / Р.Т. Мурзабаева, Д.А. Валишин, Г.Р. Салимова, В.Ф. Шайхмиева. Матер. Российск. науч. - практ. конф. «Инфекционные болезни: проблемы здравоохранения и военной медицины». – СПб., ВмедА. - 2006. - С.218.
3. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина. - СПб., 2003
4. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни (учебник). - М., 2005.

Более полную информацию о применении Реаферона-ЕС Липинта для лечения инфекционного мононуклеоза вы найдете на сайте www.lipint.ru/.