

ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ ЕПШТЕЙНА—БАРР ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ РЕКОМБІНАНТНОГО ІНТЕРФЕРОНУ α -2b РЕКТАЛЬНОЇ ФОРМИ

С.О. Крамарьов, О.В. Виговська

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Мета: оцінка ефективності лікування хворих на інфекційний мононуклеоз Епштейна—Барр вірусної етіології (ІМ ЕБВ) людським рекомбінантним інтерфероном α -2b (Лаферобіон) у вигляді супозиторіїв ректальних.

Пацієнти і методи. У дослідження було включено 60 дітей, хворих на ІМ ЕБВ, віком від 1 до 14 років, які були розподілені на дві групи по 30 пацієнтів у кожній. Дітям 1-ї групи, крім базисної терапії, призначався рекомбінантний ІФН- α -2b (Лаферобіон). Дітям 2-ї групи призначали лише базисну терапію. При тяжких формах інфекції в гострому періоді захворювання проводили дезінтоксикаційну інфузійну терапію з включенням глюкозо-солевих розчинів. За наявності тонзиліту діти отримували в складі базисної терапії антибактеріальні препарати (пеніцилін, цефалоспорины).

Результати. Оцінка впливу ІФН- α -2b (Лаферобіону) на клінічну симптоматику ІМ ЕБВ показала, що його використання призвело до повної ліквідації клінічних симптомів у 23,3%, покращання загального стану у 60% хворих. У дітей, які отримували лише базисну терапію, повна ліквідація клінічних симптомів відмічена у 16,7% хворих, клінічне покращання — у 33,3%, а у 16,7% дітей при повторному дослідженні спостерігалось погіршення стану.

Висновки. Рекомбінантний ІФН α -2b ректальна форма (Лаферобіон) є ефективним та безпечним засобом при лікуванні ІМ ЕБВ у дітей.

Ключові слова: інфекційний мононуклеоз Епштейна—Барр вірусної етіології, діти, людський рекомбінантний інтерферон α -2b.

Вступ

Інфекційний мононуклеоз (ІМ) — гостре доброякісне лімфопроліферативне захворювання, яке найчастіше зустрічається у дитячому або юнацькому віці. У 90–95% випадків етіологічним чинником ІМ є вірус герпесу 4-го типу Епштейна—Барр вірус (ЕБВ) [1,2]. ІМ характеризується тріадою клінічних симптомів — лихоманкою, тонзилітом, гепатоспленомегалією та гематологічними змінами — лейкоцитозом, лімфоцитозом, моноцитозом з атиповими мононуклеарами (віроцитами) [3]. Найбільш характерною ознакою ІМ з боку крові є наявність атипових мононуклеарів (віроцитів) (рис. 1). Ці клітини значно змінені за розмірами та формою. Розмір їх коливається від середнього лімфоциту до великого моноциту, ядро має губчасту структуру із залишками нуклеол, протоплазма широка, із світлою смугою навколо ядра та значною базофілією на периферії, в цитоплазмі зустрічаються вакуолі. Такі клітини називають широкоплазмовими лімфоцитами, монолімфоцитами або віроцитами (рис. 1). Вони з'являються в крові у розпалі захворювання і виявляються впродовж 2–3 тижнів, а іноді й декількох місяців. Кількість віроцитів коливається від 5–10% до 50% та вище. У поодиноких випадках ІМ майже всі мононуклеари виявляються атиповими. Характерний прямий зв'язок між кількістю віроцитів та тяжкістю хвороби [4].

При ІМ, серонегативному до ЕБВ, етіологічним чинником захворювання може бути цитомегаловірус, вірус герпесу 6 типу, вірус герпесу 1/2 типу, аденовірус, вірус краснухи, гепатиту А і В, вірус імунодефіциту людини, *Toxoplasma gondii* та ін. [2,4].

Проблема лікування ІМ на сьогодні залишається актуальною і потребує індивідуального та комплексного під-

ходу з урахуванням патогенетичних особливостей захворювання, наявних імунологічних змін, ступеня важкості хвороби, віку дитини, клінічних особливостей тощо [5,6].

Метою лікування ІМ є швидка інволюція симптомів, зниження активності вірусу, попередження несприятливих наслідків захворювання.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність лікування хворих на ІМ ЕБВ-етіології людським рекомбінантним інтерфероном α -2b (ІФН) (Лаферобіон) у вигляді супозиторіїв ректальних. «Лаферобіон» є комбінованим препаратом, до складу якого входить людський рекомбінантний ІФН- α -2b, мембраностабілізуючі препарати (токоферолу ацетат, аскорбінова кислота) та основа (твердий жир), виробництва ЧАО «Біофарма», Україна.

ІФН людський рекомбінантний альфа-2b має проти-вірусну, антипроліферативну, імуномодуючу дію [7]. Терапевтична дія препарату забезпечується не лише ефектами рекомбінантного ІФН, але й усім комплексом компонентів препарату, які активно доповнюють один одного. Комплексний склад обумовлює ряд нових ефектів: у сполученні з токоферолу ацетатом і аскорбіновою кислотою антивірусна активність людського рекомбінантного альфа-2b ІФН збільшується у 10–14 разів, підсилюється його імуномодуюча дія на Т- та В-лімфоцити, нормалізується вміст імуноглобуліну Е. Вибрана лікарська форма — супозиторії — забезпечує простий, безболісний, безпечний спосіб введення, що особливо актуально у педіатричній практиці та при амбулаторному лікуванні, а у дітей старшого віку для самостійного прийому препарату. Взаємодія компонентів препарату дозволяє знизити курсові дози та тривалість антибіотикотерапії [8].

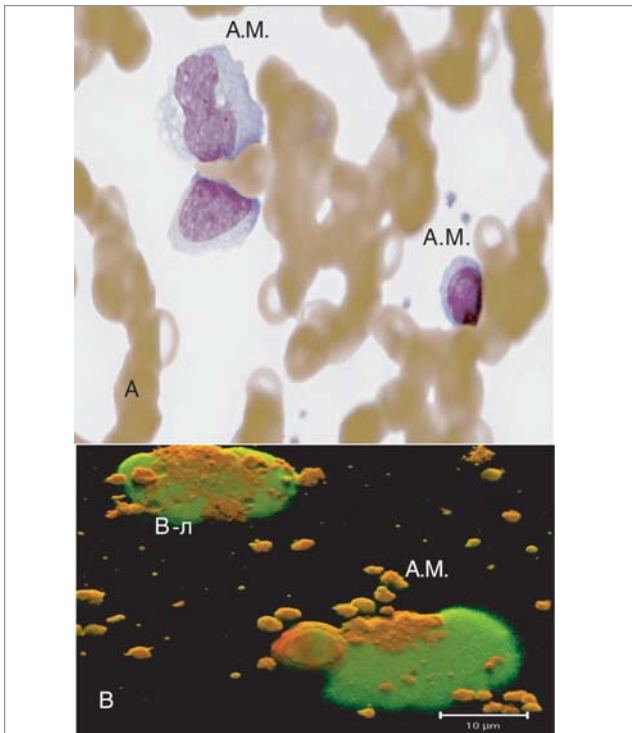


Рис. 1. Гемограма при інфекційному мононуклеозі у дітей. А — А.М. — атипичний мононуклеар у дитини, хворої на інфекційний мононуклеоз (Jeffrey I. Cohen, N. Engl. J. Med. 343:481, 2000). В — В-л -В — лімфоцит, А.М. — атипичний мононуклеар у хворого на інфекційний мононуклеоз в гострому періоді захворювання. Методика: ІФА метод із моноклональними антитілами, міченими флуоресцеїном та фітоекреїном (власні дані)

Під дією ІФН в організмі посилюється активність природних кілерів, Т-хелперів, цитотоксичних Т-лімфоцитів, фагоцитарна активність, інтенсивність диференціювання В-лімфоцитів, експресія антигенів головного комплексу гістосумісності (МНС) I та II типу. Перераховані властивості ІФН дозволяють йому ефективно брати участь у процесах елімінації збудника шляхом безпосереднього інгібування ІФН реплікації і транскрипції а також активації імунної системи і мобілізації внутрішніх резервів організму. За допомогою імуномодулюючої активності ІФН здійснюється нормалізація імунного статусу [7,9].

Встановлено, що в ході розвитку інфекційного процесу, незалежно від виду збудника, значно знижується антиокислювальна активність (АОА) плазми крові, що призводить до посилення перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і пошкодження клітинних мембран [10]. Це є причиною зниження антивірусної активності ІФН, що пов'язано із порушенням мембранних взаємодій, процесів рецепції молекул ІФН і передачі сигналу всередину клітини. Крім цього, наслідком інфікування та підсилення ПОЛ є підвищення проникності мембран лізосом, в результаті чого підсилюється вихід із клітин лізосомальних протеаз. Підвищення протеолітичної активності плазми крові обумовлює високу швидкість інактивації і катаболізму циркулюючих молекул інтерферону [9]. Для нормалізації співвідношення ПОЛ-АОА в плазмі крові до складу препарату були включені мембраностабілізуючі компоненти — антиоксиданти — α -токоферолу ацетат (вітамін Е), аскорбінова кислота (вітамін С).

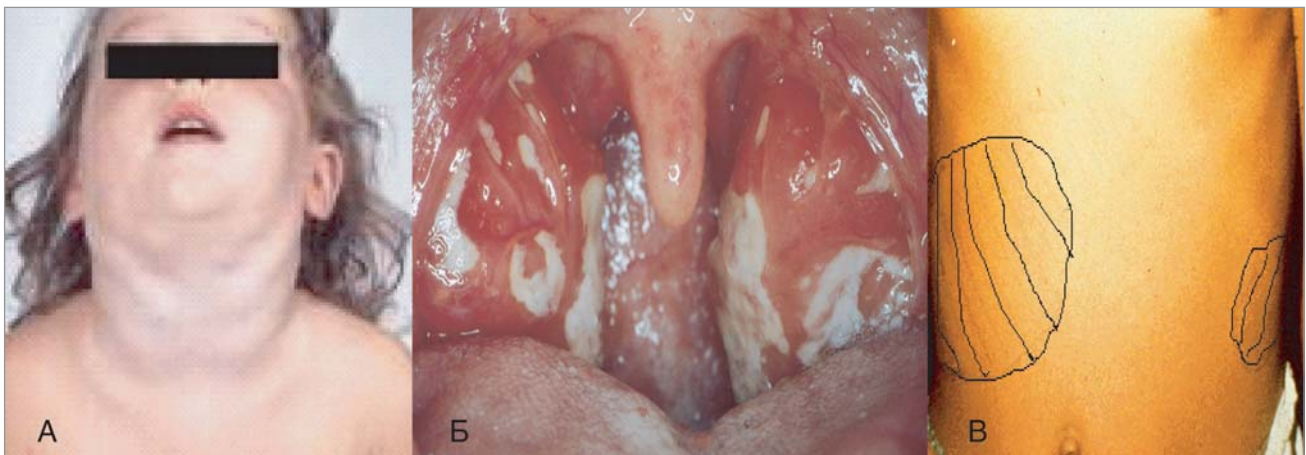


Рис. 2. Хворий на інфекційний мононуклеоз. А — Пастозність обличчя, збільшення підщелепних, передньошийних лімфовузлів. Б — лакунарний тонзиліт. В — гепатоспленомегалія, жовтяничність шкіри.



Рис. 3. Хворий на інфекційний мононуклеоз. А — Плямисто-папульозна екзантема (в анамнезі хвороби приймав флемоксін впродовж 5 днів вдома). Б — геморагічна екзантема (власні дані).

Таблиця 1

Динаміка клінічних симптомів інфекційного мононуклеозу Епштейна—Барр вірусної етіології у дітей з різними схемами лікування в періоді ранньої реконвалесценції

Клінічний ефект	Базисна терапія+ІФН-α-2b (n=30)		Базисна терапія (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
Повна ліквідація всіх симптомів	7	23,3	5	16,7
Покращання загального стану	18	60,0*	10	33,3
Відсутність динаміки основних клінічних симптомів	3	10,0	7	23,3
Погіршення загального стану	1	3,3*	5	16,7

Примітка: * – p<0,05 – достовірність різниці у порівнянні між основною і контрольною групою.

Таблиця 2

Динаміка змін лімфопроліферативного синдрому у дітей з інфекційним мононуклеозом із різними схемами лікування, M±m, см

Показник	Базисна терапія+ІФН-α-2b (n=30)			Базисна терапія (n=30)		
	при первинному обстеженні	при обстеженні в динаміці через 1 місяць	P*	при первинному обстеженні	при обстеженні в динаміці через 1 місяць	P
Розміри печінки, см	3,53±0,17	2,33±0,09	p<0,01	3,46±0,26	2,73±0,15	P>0,05
Розміри селезінки, см	2,3±0,08	1,6±0,04	p<0,05	2,24±0,18	2,07±0,09	P>0,05
Розміри лімфатичних вузлів (шийні), см	3,9±0,009	1,7±0,06	p<0,01	3,8±0,22	2,6±0,21	P>0,05

Примітка: * – p – достовірність різниці між показниками в групах у динаміці спостереження.

Таблиця 3

Тривалість основних клінічних симптомів у дітей з інфекційним мононуклеозом з різними схемами лікування (у днів)

Показник	Базисна терапія+ІФН-α-2b (n=30)	Базисна терапія (n=30)	P
Тривалість інтоксикації	4,5±0,3	7,8±0,3	<0,05
Тривалість лихоманки	5,5±0,2	5,9±0,2	>0,05
Блідість шкірних покривів	4,3±0,3	4,6±0,3	>0,05
Аденоїдит	4,9±0,3	5,1±0,3	>0,05
Ангіна	6,7±0,2	7,1±0,2	>0,05
Лімфаденопатія	27,3±0,4	31,9±0,35	<0,05
Гепатомегалія	30,4±0,5	33,3±0,65	<0,05
Спленомегалія	27,3±0,5	25,3±0,8	<0,05
Екзантема	5,4±0,3	5,3±0,3	>0,05

Примітка: p<0,05 – достовірні різниці між 1 та 2 групами; p>0,05 – недостовірні різниці між 1 та 2 групами.

Матеріал і методи дослідження

У дослідження було включено 60 дітей, хворих на ІМ ЕБВ етіології, віком від 1 до 14 років життя, які методом рандомізації були розподілені на дві групи по 30 пацієнтів у кожній.

Дітям 1-ї групи, крім базисної терапії, призначався рекомбінантний ІФН-α-2b (лаферобіон). Дози визначалися з розрахунку 1 млн МО на 1 м² площі тіла на добу. Орієнтовні добові дози препарату у дітей становили: до 1 року – 250 тис. МО; від 1 до 3 років – 500 тис. МО; від 3 до 10 років – 500 тис. МО – 1 млн МО; від 10 до 15 років – 1 млн МО – 1,5 млн МО; старше 15 років – 1,5 млн МО. Періодичність введення препарату становила 2 рази на добу з інтервалом 12 годин. Тривалість курсу лікування становила 10 днів. Препарат застосовувався у вигляді ректальних супозиторіїв.

Дітям 2-ї групи призначали лише базисну терапію, до якої входили жарознижувальні препарати, десенсибілі-

зуючі препарати, місцеві антисептики. При тяжких формах інфекції проводили в гострому періоді захворювання також дезінтоксикаційну інфузійну терапію з включенням глюкозо-сольових розчинів. За наявності тонзиліту діти отримували в складі базисної терапії антибактеріальні препарати (пеніцилін, цефалоспорини).

Хворих у віці від 1 до 3 років було 48,4%, від 3 до 6 років – 41,7%, від 6 до 14 років – 10,0%. В 1 групі дітей у віці від 1 до 3 років було 46,7%, від 3 до 6 років – 50,0%, від 6 до 14 років – 3,3%. Середній вік дітей в 1 групі склав 3,5 0,3 року. У 2 групі у віці від 1 до 3 років було 50,0% хворих, від 3 до 6 років – 33,3%, від 6 до 14 років – 16,7%, середній вік дітей склав 4,02 0,5 року. Серед обстежених дітей хлопчиків було 58,3%, дівчаток – 41,7%. У 1 групі хлопчиків було 66,7%, дівчаток – 33,3%. У 2 групі хлопчиків та дівчаток було порівну. У 61,7% дітей відмічалася середньоважка форма захворювання, у 38,3% хворих – важка. Легкий перебіг захворювання у жодному випадку

не спостерігався. У пацієнтів 1 групи середньоважка форма ІМ відмічалася у 66,7%, важка — 33,3%, у дітей 2 групи — у 56,7% та 43,3% відповідно. Групи були репрезентовані за статтю, віком, формою захворювання, термінами обстеження, клінічними симптомами і базисною терапією, яка проводилася.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз скарг і даних об'єктивного обстеження у дітей 1 та 2 групи до початку лікування, не залежно від форми тяжкості захворювання й віку, показав, що у всіх дітей спостерігався інтоксикаційний синдром у вигляді загальної слабкості, млявості, нездужання, зниження апетиту, головного болю. Ураження лімфної тканини, як один із характерних клінічних симптомів, виявлене у всіх хворих, системний характер лімфаденопатія мала у половини хворих; у 73% дітей збільшувалися лише підщелепні лімфатичні вузли, у 56% — шийні (рис. 2 А). Підвищення температури тіла також спостерігали у всіх дітей, до субфебрильних цифр — у 41,7%, фебрильних — у 58,3%. У 91,7% дітей мав місце гострий початок захворювання. Лише у 8,3% хворих мав місце поступовий початок захворювання. У 75% хворих спостерігали зміни з боку носоглотки у вигляді затрудненого носового дихання, «храпу» під час сну — у 41,7%; діти дихали ротом, голос набував гугнявості, обличчя було одутлим, з'являлася пастозність повік (рис. 2 А). У всіх дітей спостерігалася ураження ротоглотки у вигляді болю при ковтанні, поширеної або

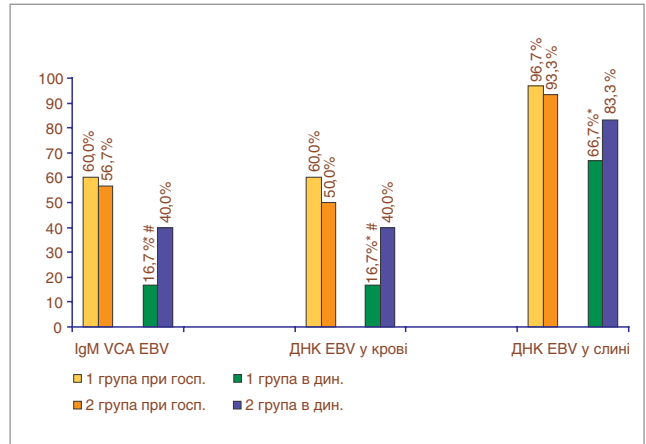


Рис. 4. Динаміка специфічних маркерів вірусної активності ЕБВ у дітей на різних схемах терапії. 1 група — базисна терапія+ІФН- α -2b, 2 група — базисна терапія:

* $p < 0,05$ — достовірність різниці між показниками до лікування та після завершення лікування, через 1 місяць; $p < 0,05$ — достовірність різниці між показниками в 1 та 2 групі, отримана за допомогою оцінки різниці між частотами появи признака в окремих серіях спостережень

яскравої помірної гіперемії слизової оболонки ротоглотки, інфільтрації і зернистості м'якого піднебіння, дужок, бугристості задньої стінки глотки (рис. 2 Б). Зміни у ротоглотці поєднувалися у всіх хворих із тонзилітом. Частіше

ПРИ ПЕРВЫХ СИМПТОМАХ ОРВИ И ГРИППА¹

ДОСТУПНАЯ ЦЕНА²

ДЛЯ ДЕТЕЙ С РОЖДЕНИЯ И ВЗРОСЛЫХ³

УДОБЕН В ПРИМЕНЕНИИ²

НЕ СОДЕРЖИТ СПИРТ, ВКУСОВЫЕ ДОБАВКИ, КРАСИТЕЛИ¹

НЕ ВРЕДИТ ЖЕЛУДКУ⁴

laferebion.com

Р.С. № 534/11- 300200000 от 21.02.2011.
 Действующее вещество: Интерферон альфа – 2b рекомбинантный.
 Лекарственная форма: суппозитории.
 Код АТС: L03A B01. Интерфероны.

1 • Выдержка из инструкции по медицинскому применению препарата Лаферобион (интерферон альфа – 2b рекомбинантный).
 2 • Согласно данным исследования, проведенного среди женщин, имеющих детей в возрасте от 1 до 7 лет (GfK Ukraine Декабрь 2012).
 3 • Выдержка из инструкции по медицинскому применению препарата Лаферобион (интерферон альфа – 2b рекомбинантный сухой).
 4 • Ю.Б. Белоусов, К.Г. Гуревич «Клиническая фармакокинетика». Москва. Издательство «Литерра», 2005г.

Показания к применению: в комплексной терапии различных инфекционно-воспалительных заболеваний у детей, в том числе новорожденных и недоношенных; при острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ), пневмонии (бактериальной, вирусной, хламидийной), менингитах, сепсисе, специфической внутриутробной инфекции (хламидиозе, герпесе, цитомегалии, энтеровирусной инфекции, висцеральном кандидозе, микоплазмозе); для лечения Эпштейн-Барр вирусной инфекции у детей. У взрослых: при папилломавирусной инфекции (вульгарные бородавки, остроконечные кондиломы); при урогенитальных микст-инфекциях, передающихся половым путем; при бактериальных, вирусных и смешанных инфекциях; при предопухолевых заболеваниях шейки матки.

Побочные эффекты: Все побочные реакции связаны с применением Лаферобиона® незначительные или средней тяжести. После окончания лечения они обычно исчезают. При введении Лаферобиона® возможны гриппоподобные симптомы: озноб, повышение температуры, утомляемость, вялость, а также головная боль, боль в мышцах, суставах, потливость. Для смягчения гриппоподобных симптомов рекомендуется назначение парацетамола. При длительном применении возможны лейкопения, тромбоцитопения, анемия, повышение уровня АЛТ и АСТ, повышение уровня ЩФ, головокружение, нарушение сна, артериальная гипертензия или гипотензия, редко - тахикардия, аллергические реакции.

зміни на мигдаликах були за типом лакунарного тонзиліту — 55%, фолікулярного тонзиліту — 25% (рис. 2 Б). Некротичний тонзиліт реєстрували у 11,7% хворих. Катаральний тонзиліт відмічали у 8,3% хворих дітей.

Постійним симптомом ІМ була гепатомегалія, яка мала місце у 91,7% дітей. Спленомегалія відмічена у 63,3% хворих (рис. 2 В). Водночас підвищення рівня функціональних печінкових проб (АЛТ, АСТ) в гострий період реєструвалося лише у 10,0% хворих, жовтяничність шкіри та слизових оболонок відмічалася у 5,0% пацієнтів (рис. 2 В).

Біль у животі спостерігався у 11,7% дітей. Найбільш часто біль локалізувався в епігастральній ділянці, ділянці правого підбер'я. Біль був непостійним та помірно вираженим. Діарейний синдром спостерігався у 3,3% пацієнтів та проявлявся гастроентеритом.

Екзантема зустрічалася у 25,0% хворих, причому у половини із них на фоні прийому на початку захворювання ампіциліну або його похідних (рис. 3 А). У більшості хворих висип з'являвся на 3–5 день від початку лікування і зберігався протягом 7–14 днів. Переважав (80,0%) плямисто-папульозний інтенсивний висип, середніх розмірів, розташований по всій поверхні тіла. У 20,0% дітей висип мав геморагічний характер (рис. 3 Б).

Симптоми ураження серцево-судинної системи виявлені у 46,7% хворих — у 15 (65,2%) дітей із тяжкою формою інфекційного процесу та у 13 (35,1%) дітей із середньотяжкою формою. Вони проявлялися помірно тахікардією, глухістю серцевих тонів, появою систолічного шуму різної інтенсивності.

Оцінка впливу ІФН- α -2b (Лаферобіону) на клінічну симптоматику ІМ ЕБВ-етіології показала (табл. 1), що його використання призвело до повної ліквідації клінічних симптомів у 23,3%, покращання загального стану у 60% ($p < 0,05$). У дітей, які отримували лише базисну терапію, повна ліквідація клінічних симптомів відмічена у 16,7% хворих, клінічне покращання — у 33,3%, а у 16,7% дітей при повторному дослідженні спостерігалася погіршення стану (табл. 1).

Розміри лімфатичних вузлів (передньошийні, задньошийні), розміри печінки та селезінки у дітей 1 групи, які отримували додатково до базисної терапії ІФН- α -2b, при обстеженні через 1 місяць від початку лікування достовірно зменшувалися порівняно із дітьми 2 групи, які отримували лише базисну терапію (табл. 2).

При проведенні порівняння тривалості основних клінічних симптомів ІМ у дітей з різними схемами лікування, виявлено, що зворотний розвиток основних патологічних клінічних симптомів ІМ у 1 групі дітей, які отримували додатково до базисної терапії ІФН- α -2b, був швидшим, ніж у пацієнтів, які отримували лише базисну терапію (табл. 3). Тривалість інтоксикаційного симптому, гепатомегалії, лімфаденопатії, спленомегалії у хворих 1 групи була коротшою ($p < 0,05$), а всі інші клінічні симптоми мали тенденцію до більш швидкого зникнення ($p > 0,05$).

Зворотна динаміка симптомів ІМ у періоді ранньої реконвалесценції залежала також від важкості захворювання. Так, при клінічному огляді хворих через 1 місяць від початку захворювання розміри печінки й селезінки, а також лімфатичних вузлів частіше залишалися збільшеними у дітей, які перенесли тяжку форму ІМ, порівняно із середньотяжкою формою. Отримані результати свідчать про високу лікувальну клінічну ефективність препарату ІФН- α -2b (Лаферобіон) у комплексній терапії дітей, хворих на ІМ ЕБВ-етіології.

ЕБВ-етіологію інфекційного процесу було встановлено на підставі серологічного дослідження, виконаного методом імуноферментного аналізу (ІФА) на специфічні вірусні антитіла та виявлення антигену збудника у крові та слині методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

Лабораторну ефективність лікування визначали за динамікою маркерів (при госпіталізації до стаціонару та через 1 місяць від початку лікування), які відображають вірусну активність, — анти-ЕБВ IgM VCA, ДНК EBV у крові та слині (рис. 4).

Реплікативна активність ЕБВ при госпіталізації до стаціонару встановлена методом ПЛР в плазмі крові у 60% дітей 1 та 50% дітей 2 групи, анти-ЕБВ IgM VCA методом ІФА виявлені у 60% дітей 1 групи та у 56,7% пацієнтів 2 групи. У слині ДНК ЕБВ було виявлено відповідно у 96,7% хворих 1 групи та 93,3% 2 групи. У динаміці, при проведенні дослідження через місяць після закінчення повного курсу лікування (рис. 4), у дітей 1 групи спостерігалася достовірне ($p < 0,01$) зменшення виявлення анти-ЕБВ VCA IgM та достовірне зниження виявлення фрагментів ЕБВ методом ПЛР у крові та слині ($p < 0,01$). Тоді як у дітей 2 групи спостерігалася лише тенденція до зменшення цих показників ($p > 0,05$). За допомогою проведеної статистичної обробки шляхом оцінки різниці між частотою появи ознаки в окремих серіях спостереження ми визначили, чи є отримана різниця в процентному числі отриманих результатів у дітей 1 та 2 групи, досліджена після завершення лікування, випадковою чи пояснюється ефективною рекомбінантного інтерферону α -2b. Ми дійшли висновку, що різницю в отриманих даних щодо зменшення виявлення у сироватці крові анти-ЕБВ IgM та в плазмі крові ПЛР ЕБВ слід визнати суттєвою ($p < 0,05$). Отже рекомбінантний ІФН α -2b у ректальній формі (Лаферобіон) є ефективним противірусним препаратом та має антивірусну активність по відношенню до ЕБВ.

Висновки

1. Рекомбінантний ІФН α -2b ректальна форма (Лаферобіон) є ефективним засобом при лікуванні інфекційного мононуклеозу Епштейна—Барр вірусної етіології у дітей.
2. Препарат має високу та помірну клінічну ефективність.
3. Препарат володіє противірусною активністю при Епштейна—Барр вірусній інфекції у дітей.
4. Препарат є безпечним при лікуванні інфекційного мононуклеозу ЕБВ-етіології у дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волоха А. П. Епштейн—Барр вірусна інфекція у дітей / А. П. Волоха, Л. І. Чернишова // Сучасні інфекції. — 2003. — № 4. — С. 79—93.
2. Principles and practice of pediatric infectious diseases / edited by Sarah S. Long, Larry K. Pickering, Charles G. Prober. — Churchill Livingstone Inc. 1997. — P. 1821.
3. Епштейн—Барр вірусна інфекція. Імунопатогенез. Клініка. Лікування : [метод. реком.] / за ред. В. Є. Казмірчук. — К., 2004. — 28 с.
4. Cohen J. I. Epstein-Barr virus infection / J. I. Cohen // N. Engl. J. Med. — 2000. — Vol. 343. — P. 481—92.
5. Возіанова Ж. І. Інфекційний мононуклеоз, спричинений вірусом Епштейна—Барр / Ж. І. Возіанова, А. І. Глей // Мистецтво лікування. — 2005. — № 5. — С. 8—12.
6. Современная терапия герпесвирусных инфекций : [рук-во для врачей] / Исаков В. А., Сельков С. А., Мошетьева Л. К., Чернакова Г. М. — СПб.-М., 2004. — 168 с.
7. The interferons. Mechanisms of action and clinical applications / Baron S., Tying S. K., Fleischmann W. R. Jr. [et al.] // JAMA. — 1991. — Vol. 266, № 10. — P. 1375—1383.
8. Хоружая Р. Е. Герпесвирусная инфекция у детей. Современное состояние вопроса. Местные медикаментозные вмешательства при герпесвирусной инфекции поражающей полость рта / Р. Е. Хоружая // Совр. педиатрия. — 2010. — № 4. — С. 146—151.
9. Ершов Ф. І. Система інтерферону в нормі і при патології / Ф. І. Ершов. — М. : Медицина, 1996. — 240 с.
10. Иванова В. В. Иммунопатогенез инфекционной болезни у детей / В. В. Иванова, Г. Ф. Железникова, И. В. Шилова // Детские инфекции. — 2005. — Т. 4, № 1. — С. 6—11.

ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЭПШТЕЙНА—БАРР ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА α -2b РЕКТАЛЬНОЙ ФОРМЫ

С.А. Крамарев, О.В. Виговская

Национальный медицинский университет имени О.О. Богомолца, г. Киев, Украина

Цель: оценка эффективности лечения больных инфекционным мононуклеозом Эпштейна—Барр вирусной этиологии (ИМ ЭБВ) человеческим рекомбинантным интерфероном α -2b (Лаферобион) в виде суппозитория ректальной.

Пациенты и методы. В исследование было включено 60 детей, больных ИМ ЭБВ, в возрасте от 1 до 14 лет, которые были распределены на две группы по 30 пациентов в каждой. Детям 1-й группы, кроме базисной терапии, назначался рекомбинантный ИФН- α -2b (Лаферобион). Детям 2-й группы назначали только базисную терапию. При тяжелых формах инфекции в остром периоде заболевания проводили дезинтоксикационную инфузионную терапию с включением глюкозо-солевых растворов. При наличии тонзиллита дети получали в составе базисной терапии антибактериальные препараты (пенициллин, цефалоспорины).

Результаты. Оценка влияния ИФН- α -2b (Лаферобиона) на клиническую симптоматику ИМ ЭБВ показала, что его использование привело к полной ликвидации клинических симптомов у 23,3%, улучшения общего состояния у 60% больных. У детей, получавших только базисную терапию, полная ликвидация клинических симптомов отмечена у 16,7% больных, клиническое улучшение — у 33,3%, а у 16,7% детей при повторном исследовании наблюдалось ухудшение состояния.

Выводы. Рекомбинантный ИФН α -2b ректальная форма (Лаферобион) является эффективным и безопасным средством при лечении ИМ ЭБВ у детей.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз Эпштейна—Барр вирусной этиологии, дети, человеческий рекомбинантный интерферон α -2b.

TREATMENT OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS OF EPSTEIN—BARR VIRUS ETIOLOGY IN CHILDREN WITH THE USE OF RECOMBINANT INTERFERON α -2B IN THE RECTAL FORM

S.A. Kramarev, O.V. Vigovsaya

O.O. Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine

Objective: To evaluate the effectiveness of treatment of patients with infectious mononucleosis, Epstein-Barr viral etiology (IM EBV) by a human recombinant interferon α -2b (Laferobion) in the form of rectal suppository.

Patients and methods. The study included 60 children with IM EBV, aged from 1 to 14 years who were divided into two groups by 30 patients on each group. For children from the 1st group except the basic therapy was administered recombinant IFN- α -2b (Laferobion). For children from the 2nd group was administered only basic therapy. During the severe forms of infection in the acute phase of the disease was performed detoxication infusion therapy with glucose-saline solutions. In the presence of tonsillitis children had received in addition to the basic treatment such antibacterial preparations as (penicillin, cephalosporins).

Results. Estimation of the impact of IFN- α -2b (Laferobion) on clinical symptoms of IM EBV has shown that its use resulted to the complete elimination of clinical symptoms in 23.3% and improve the general condition in 60% of patients. The children who had received only standard treatment, the total elimination of clinical symptoms was observed in 16.7% of patients, clinical improvement — in 33.3%, and in 16.7% of children during the repeat examination was marked decline.

Conclusions. Recombinant IFN α -2b rectal form (Laferobion) is effective and safe in the treatment of IM EBV infection in children.

Key words: infectious mononucleosis, Epstein-Barr virus etiology, children, human recombinant IFN α -2b.