

зберігався в 2,96 раза вище за норму ($P < 0,01$) та в 2,9 раза вище відповідного показника в основній групі ($P < 0,01/01$). Застосування бонджигару додатково до загальноприйнятих засобів медичної реабілітації хворих на ХВГС сприяло досягнено стійкої клініко-біохімічної ремісії та нормалізації вивчених показників метаболічного гомеостазу у більшості обстежених основної групи.

Висновки. Отримані дані дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим і клінічно перспективним включення комбінації реамберіну і Валавіру в комплекс лікування хворих на тяжкі форми ІМ.

Терьошин Вадим Олександрович, Меркулова Ніна Федорівна,
Могиленець Олена Іванівна, Єкімова Ніна Олександрівна
**ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ТЯЖКИХ ФОРМ ІНФЕКЦІЙНОГО
МОНОНУКЛЕОЗУ, АСОЦІЙОВАНОГО З ВІРУСОМ
EPSTEIN-BARR**

Кафедра інфекційних хвороб,
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

*Teryshin Vadim Oleksandrovich, Merkulova Nina Fedirivna,
Mohylenets Olena Ivanivna, Ekimova Nina Olexandrivna*
**TREATMENT EXPIERIENCE OF SEVERE FORM OF
INFECTIOUS MONONUCLEOSIS ASSOCIATED WITH
EPSTEIN-BARR VIRUS**

*Department of Infectious Diseases,
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*
E-mail: v.teryshin@mail.ru; Teryshin V. A.

Актуальність. Однією з актуальних проблем сучасної медицини є висока інфікованість населення вірусом Епштейна–

Барр (EBV). Практикуючі лікарі в своїй повсякденній практиці частіше зустрічаються з клінічно маніфестними формами первинної EBV-інфекції у вигляді гострої, як правило, не верифікованої респіраторної інфекції або інфекційним мононуклеозом (ІМ). За даними сучасної медичної статистики, розвиток тяжких форм даного захворювання відмічається у 18-22% випадків, при цьому на сьогодні питання ефективного патогенетично обґрунтованого лікування хворих на дану патологією залишається відкритим.

Мета роботи. Розробка патогенетично обґрунтованих схем лікування важких форм ІМ, асоційованих з EBV, з використанням сучасних детоксикаційних (реамберин) і противірусних (Валавір) препаратів.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилося 60 хворих на тяжку форму ІМ, серед них було 32 (53,3 %) чоловіка та 28 (46,7 %) жінок переважно молодого та середнього віку (від 18 до 42 років). Діагноз ІМ був встановлений на підставі даних епідеміологічного анамнезу, клінічної картини захворювання і був підтверджений виявленням у сироватці хворих маркерів ВЕБ (VCA-Ig M) та ДНК вірусу в слині методом ПЛР. Для реалізації мети роботи обстежені пацієнти були розділені на 2 рандомізовані за статтю та віком групи - основну і порівняння по 30 пацієнтів у кожній. Пацієнти обох груп отримували загальноприйняте лікування. Крім того, хворим на ІМ основної групи додатково призначали реамберин і Валавір. Реамберин призначали інфузійно 1 раз на день по 400 мл протягом 5-6 днів, у залежності від досягнутого ефекту. Валавір вводили всередину по 1 таблетці 2 рази на день протягом 5 діб. Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, у хворих, що були під наглядом, вивчали концентрацію цитокінів (ЦК) у сироватці крові, що проводилося методом ІФА на лабораторному обладнанні виробництва фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція). Концентрацію прозапальних (ІЛ-

1 β , ІЛ-2, ФНПа) та протизапальних ЦК (ІЛ-4 та ІЛ-10) у крові визначали за допомогою сертифікованих в Україні реагентів виробництва ТОВ „Протеиновый контур” (ProCon).

Результати дослідження. До початку проведення лікування концентрація прозапальних ЦК - ІЛ-1 β та ФНПа була підвищена відносно норми: в основній групі концентрація ІЛ-1 β перевищувала значення норми в середньому в 1,93 раза ($P<0,001$), складаючи при цьому в середньому (16,5 \pm 0,6) пг/мл, а у групі порівняння – у 1,91 раза ($P<0,001$), дорівнюючи при цьому в середньому (16,2 \pm 0,6) пг/мл. Рівень ФНПа у крові був вище норми у осіб основної групи в 1,96 раза ($P<0,001$) та досягав значення в середньому (10,4 \pm 0,5) пг/мл, а у осіб групи порівняння – в 1,91 раза ($P<0,001$), дорівнюючи (10,4 \pm 0,6) пг/мл. У той же час не було виявлено вірогідних розбіжностей між показниками ІЛ-1 β та ФНПа в основній групі та групі порівняння ($P>0,05$), що свідчить про однакове вираження зсувів концентрації прозапальних ЦК в обох обстежених групах. Концентрація ІЛ-4 у крові обстежених до лікування була збільшена у середньому в 1,22 раза в основній групі ($P<0,05$) і складала (57,6 \pm 1,2) пг/мл, у групі порівняння кратність підвищення цього показника складала в 1,23 раза стосовно норми ($P<0,05$) та він дорівнював (58,2 \pm 1,3) пг/мл. Концентрація ІЛ-10 була збільшена у 1,2 раза відносно норми у основній та групі та групі порівняння ($P<0,05$). Коефіцієнти, які відображають співвідношення ЦК у крові з прозапальною та протизапальною активністю, були підвищеними. Так, кратність збільшення коефіцієнту ІЛ-1 β /ІЛ-10 відносно норми склала в 1,62 раза ($P<0,01$) в основній групі, у групі зіставлення – в 1,61 раза ($P<0,01$), ФНПа/ІЛ-10 – відповідно в середньому в 1,65 раза в основній групі ($P<0,01$) та в 1,61 раза – в групі порівняння ($P<0,01$). Таким чином, в обох групах обстежених на тяжкій формі ІМ, до початку лікування відмічено переважання прозапальних властивостей крові над протизапальними. При

повторному проведенні імунологічного обстеження після завершення лікування було встановлено, що в основній групі мала місце чітка позитивна динаміка проаналізованих ЦК, що характеризувалася зниженням концентрації прозапальних ЦК (ІЛ-1 β та ФНП α) на фоні помірного зменшення вмісту протизапальних ЦК (ІЛ-4, ІЛ-10), у зв'язку з чим коефіцієнти ІЛ-1 β /ІЛ-10 та ФНП α /ІЛ-10 підвищувалися до верхньої межі норми. Застосування загальноприйнятої терапії не забезпечує нормалізації вивчених показників ЦК - концентрація ІЛ-1 β залишалася у 1,43 раза вище норми ($P < 0,01$), ФНП α – у 1,48 раза вище норми ($p < 0,01$) пг/мл, ІЛ-4 - у 1,14 раза ($P < 0,05$), ІЛ-10 - у 1,1 раза, коефіцієнт ФНП α /ІЛ-10 перевищував значення норми в 1,37 раза, ІЛ-1 β /ІЛ-10 – в 1,29 раза. У клінічному плані у хворих на ІМ, які отримували реамберин і Валавір, скорочується тривалість гарячкового періоду, прискорюється одужання, знижується тривалість збереження синдрому постінфекційної астенії і змін у картині крові в періоді реконвалесценції.

Висновки. Отримані дані дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим і клінічно перспективним включення комбінації реамберину і Валавіру в комплекс лікування хворих на тяжкі форми ІМ.