

## Иммунотропная терапия при инфекционном мононуклеозе

Миноранская Н.С., Черных В.И., Миноранская Е.И., Сарап П.В., Упирова А.А., Юрьева Э.А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.И.Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития России; Городская клиническая больница №6 им. Н.С.Карповича, Красноярск*

Спектр иммуностропных препаратов, применяемых для лечения герпетических инфекций, в частности, инфекционного мононуклеоза, неуклонно расширяется. Эффективность иммуностропных препаратов зависит от их влияния на механизмы иммуно- и патогенеза инфекции.

Йодантипирин, являясь активным индуктором  $\alpha$ - и  $\beta$ -интерферонов, стимулирует клеточное звено иммунной системы и синтез антител, обеспечивающие противовирусную защиту.

Под наблюдением находилось 36 пациентов с подтвержденным инфекционным мононуклеозом. В ходе исследования пациенты разделены слепым методом на 2 группы, сопоставимых по возрасту и полу: пациенты 1-й группы (47,2%) получали ацикловир по общепринятой схеме; пациентам 2-й группы (52,8%) назначался йодантипирин по схеме, аналогичной терапии клещевого энцефалита. Всем больным проводилась дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами, симптоматическое лечение. Критериями исключения являлось атипичное течение инфекционного мононуклеоза: мононуклеарный гепатит, подозрение на мононуклеозоподобный синдром при ВИЧ-инфекции.

Эффективность йодантипирина подтверждена достоверно значимым снижением процентного количества атипичных мононуклеаров периферической крови к 5–7-му дню терапии в сравнении с исходными значениями ( $p < 0,05$ ). Количество атипичных мононуклеаров в 1-й и 2-й группах к 5–7-му дню терапии было сопоставимым ( $p > 0,1$ ). В результате монотерапии йодантипирином интенсивность лихорадки, длительность общеинфекционного, катарального синдромов, лимфаденопатии, явлений тонзиллита, не отличались от таковых при терапии ацикловиром. Ранних рецидивов заболевания в исследуемых группах не отмечено.

Сопоставимая клиническая эффективность ацикловира и йодантипирина позволяет применять последний в качестве препарата этиотропной терапии инфекционного мононуклеоза. Терапевтический эффект йодантипирина обусловлен противовоспалительными, иммуностимулирующими и интерферогенными свойствами.

## Клинико-эпидемиологические особенности энтеровирусной инфекции на территории Приморского края

Миргородская Н.В., Попов А.Ф., Воронок В.М., Смирнова Л.А., Баранов Н.И.

*Владивостокский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России*

Проанализированы годовые отчеты территориального управления Роспотребнадзора по Приморскому краю за 1997–2010 гг., а также 305 историй болезни больных с энтеровирусной инфекцией за период 2006–2011 гг., проходивших лечение на базе инфекционного отделения Краевой клинической больницы №2.

Выявлена тенденция к росту заболеваемости ЭВИ. Максимальные подъемы заболеваемости приходились на 2006 и 2008 гг. Подъем заболеваемости начинал регистрироваться в июле. Пик эпидемического подъема приходился на август – сентябрь. Основной путь заражения – водный – 67,2%. Реже встречались пищевой и контактно-бытовой пути передачи (23,5 и 4,2% соответственно). В некоторых случаях выявить причину не удалось (5,1%).

Преобладали заболевшие от 14 до 39 лет, их доля составила 82,3%. Остальные возрастные группы болели значительно реже (40–49 лет – 8,9%, 50–59 лет – 4,1%, старше 60 лет – 4,7%).

Структура ЭВИ в Приморском крае была представлена в 19,3% случаев серозным вирусным менингитом, в 52,5% – «малой болезнью». Остальные клинические формы встречались реже: эпидемическая миалгия – 10,2%, энтеровирусная диарея – 9,8%, инфекционная экзантема – 5,2%, герпангина – 3% случаев.

По степени тяжести больные распределились следующим образом: легкая – 4,5%, средняя – 88,1%, тяжелая – 7,4%. Летальных исходов не было.

Вирусологическим методом из материала от больных в 2007 г. выделялись вирусы KB5 и ECHO18; в 2008 г. – ECHO30; в 2009 г. – KB5, KA10; в 2010 г. – KB3, KB5, ECHO11; в 2011 – ECHO30, ECHO6, KB1.

Таким образом, ЭВИ регистрировалась преимущественно в летне-осенний период у молодых лиц, основной путь передачи – водный, среди клинических форм чаще регистрировались «малая болезнь» и серозный менингит.