



ГОСУДАРСТВЕННАЯ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО



**V Республиканская научно-практическая
интернет-конференция «Актуальные вопросы
педиатрии». 6 апреля 2023 года
«Лечебные мероприятия при инфекционном
мононуклеозе, ассоциированным
с Эпштейн-Барр вирусом у детей»
Прохоров Е.В., Пшеничная Е.В., Лепихова Л.П.**

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – полиэтиологическое заболевание, вызываемое вирусами семейства Herpesviridae, преимущественно Эпштейн – Барр вирусом (EBV), протекающее с лихорадкой, ангиной, полиаденитом, увеличением печени и селезёнки, появлением атипичных мононуклеаров в периферической крови.

По международной классификации болезней 10-го пересмотра различают:

B27.0 – мононуклеоз, вызванный гамма-герпетическим Эпштейн – Барр вирусом (EBV);

B27.1 – цитомегаловирусный мононуклеоз;

B27.8 – инфекционный мононуклеоз другой этиологии;

B27.9 – инфекционный мононуклеоз неуточненный .

EBV является представителем ДНК-содержащих вирусов из семейства Herpesviridae (герпесвирусы), подсемейства гамма-герпесвирусов и рода лимфокриптовирусов.

В процессе репликации вируса экспрессируется свыше 70 различных вирусспецифических белков.

В настоящее время выделены группы иммуногенных белков, определение антител к которым дает возможность дифференцировать стадию инфекции (EA – ранний антиген, EBNA-1 — ядерный антиген, VCA — капсидный антиген, LMP — латентный мембранный белок).

Актуальность исследования ИМ, вызванного вирусом Эпштейна-Барр, обусловлена широкой циркуляцией этого вируса среди населения, специфическим поражением вирусом иммунокомпетентных клеток, разнообразием клинических форм.

Исследователи отождествляют Эпштейн-Барр- вирусную инфекцию (ЭБВИ) с инфекционной болезнью иммунной системы с хронической персистенцией вируса и относят ее к группе неуправляемых инфекций, при которых отсутствует специфическая профилактика, что, также влияет на более высокий уровень заболеваемости [1–3].

За последние 10 лет заболеваемость ИМ выросла в 5 раз не только среди взрослого населения, но и среди детей раннего возраста.

Заболеваемость в различных странах составляет от 4 до 68 на 100 тыс. населения. По данным ВОЗ, вирусом Эпштейна–Барр (ВЭБ) инфицировано около 55–60% детей в возрасте до 3 лет, 80–90% — к периоду совершеннолетия, что связано как с истинным увеличением заболеваемости вследствие неблагоприятного воздействия различных экзогенных и эндогенных факторов, так и в результате совершенствования методов лабораторной диагностики.

Лечение проводится в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным инфекционным мононуклеозом»¹

Основная цель терапии ИМ направлена на нейтрализацию симптомов заболевания, а также на перевод острых проявлений инфекции в латентную фазу для снижения риска развития хронической ЭБВИ и, ассоциированных с ней аутоиммунных, лимфопролиферативных и онкологических заболеваний .

Лечение ЭБВИ включает в себя базисную и симптоматическую терапии.

Больных во время острой фазы изолируют, назначается постельный режим и исключают физические нагрузки. Пища механически и термически щадящая, содержащая белки и витамины в достаточном количестве.

Назначают противовирусные препараты, в частности, препараты интерферонов, индукторы эндогенных интерферонов. Индивидуально, по показаниям, применяют иммунокорректирующую терапию и антибактериальные препараты.

Противовирусная и иммулотропная терапия при легкой степени тяжести не проводится, при средней и тяжелой — назначают препараты человеческого рекомбинантного интерферона α -2 и его индукторы

Дезинтоксикационная терапия проводится внутривенным введением глюкозо-солевых растворов, реамберина и др.

По показаниям назначают гепатопротекторы, в частности эссенциале, карсил, галстена.

При среднетяжелой и тяжелой степени тяжести инфекционного мононуклеоза с выраженными проявлениями лекарственной аллергии, при угрожающем назофарингеальном отеке, отеке головного мозга, неврологических осложнениях используют глюкокортикостероиды (преднизолон, дексаметазон)

С целью борьбы с гипертермией применяют общепринятые методы физического охлаждения.

Из числа препаратов назначают ибупрофен и парацетамол.

Ибупрофен (нурофен для детей в форме ректальных суппозиторий применяют в возрастной группе от 3 месяцев до 2 лет, суспензии — от 3 месяцев до 12 лет, нурофен в таблетках — от 6 лет и старше), используют в разовой дозе 5–10 мг/кг, 3–4 раза в сутки

Виферон (интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный) обладает противовирусным, иммуномодулирующим, антипролиферативным свойствами, подавляет репродукцию вирусов за счет разрушения вирусной матричной РНК и ДНК. Иммуномодулирующие свойства интерферона α -2b заключаются в усилении фагоцитарной активности макрофагов, увеличении специфической цитотоксичности лимфоцитов к клеткам-мишеням.

Входящие в его состав витамин Е и витамин С потенцируют активность рекомбинантного интерферона в 10–14 раз. Виферон, как и эндогенные интерфероны, ингибирует репликацию ВЭБ и нормализует иммунный статус больных (иммуномодулирующая активность). Препарат назначают по 150 000 МЕ — детям до 7 лет, по 500 000 МЕ — детям 7–12 лет и по 1 000 000 МЕ — детям старше 12 лет и взрослым 2 раза в сутки с интервалом 12 часов в течение 10 дней.

В качестве симптоматической терапии проводят также полоскание, у детей младшего возраста - орошение ротоглотки растворами фурацилина, йодинола, мирамистина.

При рините используют капли с фурацилином и адреналином, софрадекс, називин, виброцил, полидекса; при развитии конъюнктивита — офтальмоферон; при кашле — либексин, амброгексал, лазолван.

У больных с токсико-аллергической сыпью, наряду с глюкокортикоидами и антигистаминными средствами, местно используют виферон-мазь, виферон-гель, аллергоферон

Вопрос о проведении прямой противовирусной терапии детям с ИМ решается индивидуально. В качестве этиотропных, рекомендуются препараты, относящиеся к группе ациклических нуклеозидных аналогов, такие как «Ацикловир», «Валацикловир».

Выздоровление наступает через 2–4 недели, но могут сохраняться лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, атипичные мононуклеары, что указывает на затяжное течение ИМ.

Дети, страдающие ЭБВИ должны находиться под диспансерным наблюдением участкового педиатра и инфекциониста, при необходимости с привлечением врачей других специальностей.

Осуществляется систематический контроль за клиническим анализом крови, мочи и показателями, отражающими функциональное состояние печени (1 раз в 3 месяца).

Через 3 и 6 месяцев от начала заболевания осуществляется серологическая диагностика. В случаях заинтересованности паренхиматозных органов проводится УЗИ органов брюшной полости.