

*Тобокалова С.Т., Кошувев А.Т., Бекенова Д.С.*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ИНТЕРФЕРОНОМ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

*S.T. Tobokalova, A.T. Koshuev, D.S. Bekenova*

## THE EFFICACY OF ORAL INTERFERON IN THE TREATMENT OF MUMPS

УДК : 616.316.5-002.12-08

*Обследовано 130 больных эпидемическим паротитом в возрасте от 13 до 25 лет: Основную группу составили 67 пациентов: 30 чел. с поражением слюнных и поджелудочной желез – паротит + панкреатит и 37 чел. с паротитом и орхитом, которые получали лечение Реафероном ЕС-липинт. Другие 63 больных составили контрольную группу: 23 получали базисную терапию и плацебо, 40 больных – только базисную терапию. Пациентам контрольной группы традиционно было назначено ещё и антибактериальное лечение. У больных, получавших Реаферон, укорачивалась продолжительность клинических симптомов, улучшались некоторые параклинические показатели. Это позволяет рекомендовать Реаферон ЕС-липинт в комплексной терапии для больных эпидемическим паротитом по установленной схеме.*

*130 patients with mumps, ages 13 to 25 years were examined. The study group included 67 patients: 30 patients with involvement of salivary glands and pancreas – parotitis + pancreatitis and 37 patients with parotitis and orchitis who received Reaferon EC-lipint. The other 63 patients made up a control group: 23 patients received basic therapy and placebo and 40 patients – only basic therapy. Control patients were also traditionally given antibacterial therapy. In patients receiving Reaferon the duration of clinical symptoms was shorter, some paraclinical indices were improved. Based on these findings Reaferon EC-lipint can be recommended in the accepted regimen for the multi-modality treatment of patients with mumps.*

Недостаточный охват детей вакцинацией и отсутствие ревакцинации против эпидемического паротита (ЭП), в связи с экономическими трудностями в Кыргызстане, также как и в других пост-советских республиках, привели к общему подъему заболеваемости и сдвигу числа больных в более старшие возрастные группы [4]. Если в 2001 году в стране был зарегистрирован 231 случай эпидемического паротита (4,8 на 100 тыс. населения), то в 2007 году число больных данной инфекцией увеличилось в 20,6 раза (4752 больных).

До настоящего времени как этиотропная, так и патогенетически обоснованная лечебная тактика при данном заболевании остаются недостаточно разработанными. Основанная на эмпирических клинических наблюдениях гормональная терапия,

применяемая в сочетании с антибиотиками, чаще пенициллинового ряда, не может быть признана оптимальной, в силу недостаточной результативности [1-3].

Известно, что характер и исход любого инфекционного заболевания, в том числе ЭП, в значительной степени связан с состоянием защитных сил организма. В ответ на внедрение и репликацию вируса происходит активация адаптационных систем организма, что приводит к выбросу биологически активных соединений (цитокинов, простагландинов), обладающих противовоспалительным действием. Система интерфероногенеза имеет решающее значение, как неспецифическая противовирусная защита организма. При инфицировании вирусной инфекцией эндогенный интерферон быстро синтезируется фагоцитарными и другими клетками организма, достигая максимума к концу первых суток заболевания. Пероральное применение препаратов способствует более длительной циркуляции интерферона в крови, чем при их внутривенном и внутримышечном введении [2].

Целью исследования было оценить эффективность лечения паротитной инфекции у детей и лиц молодого возраста препаратом  $\alpha$ -2 интерферона для перорального применения – Реаферон ЕС-липинт (Россия).

Это предложение аргументируется ещё и тем, что это средство удобно в использовании и лишено тех побочных эффектов, как гриппоподобный синдром, свойственный препаратам интерферона для парентерального введения.

В инфекционной клинической больнице г. Бишкек в 2004-2007 гг. проведено клинко-лабораторное наблюдение за 380 больными эпидемическим паротитом. Клиническое наблюдение включало объективное обследование больных при поступлении в стационар и в дальнейшем в течение всего пребывания в клинике от 7 до 21 дня. Всем больным проводилось лабораторное исследование клинического анализа крови и мочи, по показаниям – определение активности диастазы

крови и мочи, исследование спинномозговой жидкости, УЗИ поджелудочной железы и органов брюшной полости, ЭКГ.

Эпидемический паротит у наблюдаемых больных протекал в следующих клинических формах и сочетаниях (табл.1).

Таблица 1.

**Варианты сочетания клинических форм эпидемического паротита**

№п/п	Клинические варианты	%
1	Паротит + орхит	29,5
2	Паротит + панкреатит	19,2
3	Паротит + орхит + панкреатит	12,1
4	Паротит + субмаксиллит + панкреатит	6,1
5	Паротит + субмаксиллит	4,2
6	Паротит + субмаксиллит + орхит + панкреатит	1,6
7	Паротит + серозный менингит	1,6
8	Панкреатит+ субмаксиллит + орхит + серозный менингит	0,6
9	Паротит	26,1
	Итого: 380	100,0

Лечение реафероном для перорального применения проводилось 67 взрослым больным эпидемическим паротитом: 30 чел. с поражением слюнных и поджелудочной желез – паротит + панкреатит и 37 чел. с вовлечением в патологический процесс мужских половых желез – паротит + орхит в комплексе с базисной терапией применяли человеческий рекомбинантный ИФН- $\alpha$ -2b – реаферон, заключенный в липосомы. Реаферон-ЕС-липидт содержит ИФН в количестве 0,5 млн МЕ, в качестве антиоксидантов – витамины: Е – 10 мг, С – 1,5 мг. Препарат назначали внутрь по 1 флакону, через соломку, ежедневно в течение 5-7 суток.

Всем больным, получающим Реаферон ЕС-липидт были исключены, традиционно назначаемые при таких клинических формах, антибиотики пенициллинового ряда.

В качестве контрольных групп в исследование были включены 23 больных, получавших симптоматическую терапию + физиологический раствор – плацебо, и 40 больных – только базисную терапию. Все больные исследуемых и контрольных групп – молодые женщины и мужчины в возрасте от 13 до 25 лет, были, в основном, из организованных коллективов (военнослужащие, студенты, учащиеся).

Показанием к назначению лечения Реафероном ЕС-липидт являлись: выраженные признаки интоксикации (лихорадка, рвота, адинамия, слабость, анорексия, тошнота, головокружение и

др.), интенсивные, приступообразные, опоясывающие боли, положительные менингеальные симптомы, выраженные признаки одно- или двустороннего орхита и орхо-эпидидимита.

Базисная терапия включала: постельный режим, полужидкую пищу, жаропонижающие и анальгезирующие средства, полоскание ротоглотки дезинфектантами. При возникновении орхита назначали преднизолон 50-75 мг в сутки в течение 4-5 дней. Больные контрольной группы дополнительно получали пенициллин.

При развитии панкреатита больным в первые сутки предписывали голодание и обильное питье. Проводилась инфузионная дезинтоксикационная терапия с введением ингибиторов протеаз – контрикал, гордокс 1-3 дня.

Различия в длительности лихорадки у больных, леченных реафероном и не получавших препарат, были незначительными: у первых она была меньше только на 1 день, что не имело статистической значимости. У больных получавших реаферон, также была меньше степень выраженности субъективных и объективных проявлений интоксикационного синдрома. Более значительными были различия в продолжительности признаков воспаления слюнных желёз: у больных, леченных реафероном, явления паротита сохранялись в среднем до  $11,3 \pm 2,3$  дня, в группе сравнения – до  $14,1 \pm 2,5$  дня ( $p > 0,05$ ). То же можно сказать о продолжительности симптомов орхита: в исследуемой группе она составила в среднем  $7,15 \pm 0,23$  дня, в контрольной –  $9,15 \pm 0,27$  дня ( $p < 0,05$ ) и панкреатита  $5,9 \pm 0,31$  и  $9,11 \pm 0,29$  дней соответственно. (табл.2).

Таблица 2

**Продолжительность (дни) основных симптомов у больных паротитной инфекцией, леченных и не леченных Реафероном ЕС-липидт**

Клинические проявления	Больные, леченные реафероном n = 67	Группа контроля n = 63	P
Лихорадка	$6,24 \pm 0,55$	$7,06 \pm 0,7$	$> 0,5$
Интоксикация	$4,43 \pm 0,47$	$5,28 \pm 0,78$	$> 0,5$
Паротит + орхит	$11,3 \pm 2,3$	$14,1 \pm 2,5$	$> 0,05$
Паротит + панкреатит	$11,9 \pm 2,3$	$15,2 \pm 2,5$	$< 0,05$
Орхит	$7,15 \pm 0,23$	$9,15 \pm 0,27$	$< 0,05$
Панкреатит	$5,9 \pm 0,31$	$9,11 \pm 0,29$	$< 0,05$
Общая продолжительность болезни	$15,21 \pm 2,19$	$19,2 \pm 3,86$	$> 0,05$

Вместе с тем следует отметить, что лечение реафероном у части больных паротитом не предотвращало развития орхита ( 8,1%) и

панкреатита (6,7%). Однако в контрольных группах (больные, получавшие плацебо и базисную терапию) подобное развитие болезни произошло у 12 из 63 больных (19%), т.е. наблюдалось в 2,3 и 2,8 раза чаще ( $p < 0,05$ ) – табл. 2.

Общая продолжительность болезни была на 4 дня меньше у больных получавших анти-вирусную терапию. Ни в одном случае применения реаферона ЕС-липид не зарегистрировано каких-либо побочных реакций.

Таким образом, применение препарата интерферона –  $\alpha 2b$  – реаферона ЕС-липид в комплексной терапии больных эпидемическим паротитом патогенетически обосновано – является этиотропным анти-вирусным препаратом, оказывает положительное влияние на Клиническое течение болезни, уменьшает сроки регрессии её проявлений, в том числе панкреатита и орхита, а также снижает риск развития воспаления мужских половых желез, приводящих к бесплодию.

### Литература

1. Малиновская В.В. Новый отечественный комплексный препарат «виферон» и его применение в перинатологии и педиатрии при инфекционной патологии // Рос. вестн., перина-тологии и педиатрии. – 1999. – № 3. - С. 36-43.
2. Тимченко В.Н. Инфекционные болезни у детей // 2-е издание, исправленное и дополненное. – СПб.: СпецЛит, 2006.- 318 с.
3. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Чердниченко Т.В., Малиновская В.В. и др. Применение рекомбинантного альфа-2-интерферона в виде ректальных свечей у детей с хроническими гепатитами В и С // Детские инфекции. - 2003, № 1.-С.13-16.
4. Штейнке Л.В., Абдикаримов С.Т., Давыдова Л.Н., Чернова И.Г. Итоги деятельности санитарно-эпидемиологической службы Кыргызской Республики (1997-2001 годы) // Материалы IV съезда гигиенистов, эпидемиол., микробиол., паразитол. и инфекционистов КР.- Бишкек, 2002.- 77с.

Рецензент: д.м.н., профессор Кадырова Р.М.