

УДК 616.523.615.281.8

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ «АЛЛОМЕДИН» В КУПИРОВАНИИ РЕЦИДИВОВ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

Е.В. Шibaева,

ФГУ «Нижегородский научно-исследовательский кожно-венерологический институт»

Шibaева Елена Владимировна – e-mail: Shelly_V@mail.ru

Изучена эффективность и безопасность местного применения геля «Алломедин» в купировании рецидивов простого герпеса при использовании в течение 10 дней в виде монотерапии в сравнении с эффективностью терапии препаратами «Зовиракс» (крем) и «Фенистил Пенцивир» (крем) в 3 группах по 17 больных. Эффективность применения препарата определялась врачом и пациентом на основании оценки жалоб и клинической картины заболевания.

Результаты: выявлена высокая эффективность и хорошая переносимость геля «Алломедин» при наружном лечении рецидивов простого герпеса. Отмечен достоверно более ранний регресс жалоб и более быстрое уменьшение размеров высыпаний. Препарат оказывает выраженный эпителизирующий эффект, сокращает период образования и отпадения корочек. Полученные результаты позволяют считать его препаратом, терапевтически эквивалентным ацикловиру. Хороший эффект терапии отметили 88,2% пациентов.

Заключение: гель «Алломедин» можно рекомендовать в качестве средства выбора для широкого использования в клинической практике в лечении рецидивов простого герпеса.

Ключевые слова: Алломедин, простой герпес, наружное лечение, Зовиракс, Фенистил Пенцивир.

We've studied the efficacy and safety of the gel «Aloomedin» local application in coping with the recurrence of herpes simplex when used within 10 days as monotherapy in comparison with the efficiency of therapy with such preparations as «Zovirax» cream and «Fenistil Pentsivir» cream, in 3 groups of 17 patients. The efficiency of the preparation was determined by the physician and the patient on the basis of the assessment of complaints and clinical picture of the disease.

Results: a high efficacy and good tolerability of the «Allomedin» gel for external treatment of recurrences of herpes simplex. A statistically true earlier setback of complaints and more rapid reduction of the sizes of rash are noted. The preparation shows an evident epithelializing effect, reduces the period of appearance and falling away of crusts. The received results allow to consider the preparation a product, therapeutically equivalent to Aciclovir. A good effect of the therapy is noted by 88,2% of patients.

Conclusion: the «Allomedin»gel can be recommended as a means of choice for a wide use in clinical practice in the treatment of recurrences of herpes simplex.

Key words: Allomedin, herpes simplex, an exterior treatment, Zovirax, Fenistil Pentsivir.

Актуальность проблемы герпетической инфекции (ГИ) связана с широким распространением и высокой частотой заболеваний, вызываемых различными типами вирусов семейства Herpesviridae, наиболее распространенными из которых являются вирусы простого герпеса (ВПГ) 1-го и 2-го типа. Для этой группы вирусов характерна нейроиммунотропность и пожизненная персистенция в организме человека. Медико-социальная проблема ГИ также связана с частым рецидивированием заболевания, что приводит к снижению качества жизни пациентов, отсутствием универсальных методов лечения, способных элиминировать герпес-вирусы из организма человека, и возможностью развития тяжелых осложнений, особенно у лиц с иммунодефицитом. Еще одной проблемой ГИ, которую отмечают как российские, так и зарубежные исследователи, является гиподиагностика генитального герпеса, частая постановка ошибочных диагнозов при атипичных или малосимптомных формах [1–3]. Также необходимо отметить возможные неблагоприятные последствия инфицирования ВПГ для репродуктивного здоровья женщин и здоровья детей, особенно при первичном инфицировании беременных женщин. ВПГ-инфекция

может играть роль в осложненном течении беременности и родов, в невынашивании беременности, в генезе преждевременных родов, в неразвивающейся беременности, в развитии различных патологических состояний у плода, она ассоциирована с развитием антифосфолипидного синдрома [4, 5].

Особенностями ГИ являются ее контагиозность, рецидивирующий характер течения, формирование вторичного иммунодефицита, возможность передачи различными путями (воздушно-капельным, бытовым, через кожу и слизистые оболочки, гемотрансфузионный, половой, интрацервикальный, трансплацентарный, интранатальный) [4]. Примерно в 60% случаев ГИ протекает бессимптомно, в связи с чем главная роль в распространении ВПГ отводится бессимптомному выделению вируса [6, 7]. По данным ВОЗ около 70% населения нашей планеты инфицировано вирусом простого герпеса и примерно у 10–20% инфицированных имеются какие-либо клинические проявления ГИ [8, 9]. В США ежегодно регистрируется 98 млн случаев лабиального и 8,5–9 млн случаев генитального герпеса (ГГ) [10]. По другим данным 55 млн людей в США имеют генитальную

герпетическую инфекцию, из которых только 20–25% знают об этом, еще меньше пациентов получают адекватное лечение [11]. В целом за рубежом уровень заболеваемости ВПГ-инфекцией составляет 80–200 случаев на 100 тыс. населения [12]. Число носителей ВПГ-2 в мире в 2003 г. составило 535,5 млн (16,2% всего населения) [13].

По данным международного герпетического форума IHMF (International Herpes Management Forum 2004), информации об истинной заболеваемости ГИ в РФ нет. По данным ГНЦД в России с 2003 по 2009 г. прирост заболеваемости генитальным герпесом в РФ составил +6,7%, в 2008 г. показатель заболеваемости генитальным герпесом составил 23,0 на 100 тыс. [14], а в 2009 г. – 20,8 [15]. В Нижегородской области данный показатель в 2009 г. составил 13,9 на 100 тыс. населения. Несмотря на некоторое уменьшение заболеваемости ГГ, на отдельных территориях РФ отмечен ее рост: в Южном ФО (на 36,4%), Приволжском ФО (на 30,7%) и Уральском ФО (на 18,0%), где тяжелый рецидивирующий ГГ чаще всего регистрируется в Екатеринбурге (50,0%), Ямало-ненецком АО (30,0%), Челябинске (25,0%) [16, 17]. По данным А.А. Хрянина (2010), 99,4% взрослого населения Сибири инфицировано ВПГ-1 и 20% – ВПГ-2 (у женщин инфицированность была выше). Распространенность ВПГ-2 в Сибири оказалась сходной с таковой в США и Скандинавских странах [18].

Вирус простого герпеса входит в подсемейство альфа-герпес-вирусов, для которых характерны короткий цикл репродукции (около 10 часов), высокая тропность к клеткам эпителиоидного ряда и цитопатическое действие [19]. Это ДНК-содержащий вирус, который состоит из нуклеотида (генома), капсида и внешней оболочки, содержащей липиды. ВПГ-1 и ВПГ-2 имеют как общие, так и типоспецифические антигены, в связи с чем они несколько различаются по вирулентности и патогенности, но имеют сходный цитопатический эффект в результате репликации вируса в клетке, который морфологически и клинически неразличим для обоих типов вируса [8].

ВПГ-1 чаще вызывает лабиальный герпес, а ВПГ-2 – генитальный, однако в последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты обнаружения ВПГ-1 в мочеполовом тракте, что связано не только с распространением орогенитальных контактов, но и с появлением достоверных лабораторных методов определения ГИ (в частности, методы амплификации нуклеиновых кислот) [20].

Взаимодействие между вирусом и организмом человека является решающим этапом в развитии ГИ. В настоящее время общепризнано, что состояние иммунной системы определяет частоту и длительность рецидивирования ВПГ-инфекции [21–23].

Согласно Европейскому руководству по заболеваниям, передаваемым половым путем (2004 г.) и клиническим рекомендациям РОДВ (2008 г.) [24, 25], всем пациентам, обратившимся к врачу в течение 5 дней с начала рецидива, должны быть назначены системные высокоспецифичные противовирусные препараты: ациклические нуклеозиды (ацикловир, валацикловир, фамцикловир). Они блокируют репликацию ВПГ, быстро и эффективно купируя острые проявления ГИ, но не приводят к эрадикации вируса и не всегда влияют на частоту и тяжесть рецидивов в будущем, также у них отсутствует влияние на асимптомное вирусовыделение

[25–27]. Сравнительные клинические исследования различных препаратов данной группы не выявили преимуществ какого-либо из них по показателям эффективности и безопасности.

В настоящее время большинство авторов считает, что лечение ГИ должно быть комплексным: этиологическим и патогенетическим, с использованием комбинации различных лекарственных средств с различным механизмом действия как в острый период (первичная инфекция или рецидив), так и в периоде реконвалесценции и в межрецидивном периоде [28–31]. При этом большинство исследователей отмечает высокую эффективность комплексной терапии ГИ с использованием различных иммуномодуляторов [6, 21, 23, 32–36]. Другие исследователи отмечают, что эффективность такого лечения по сравнению со стандартной противовирусной терапией не доказана [4].

По рекомендациям российского герпес-форума дополнительное назначение к системной противовирусной терапии местных противовирусных средств является целесообразным, начиная с момента появления предвестников рецидива, с учетом данных некоторых исследований о созревании вирионов и в кожном покрове. Применение наружных противовирусных препаратов в комплексном лечении повышает эффективность терапии [8, 37]. В рекомендациях, разработанных с учетом мнения специалистов, разработавших Европейское руководство по лечению ГГ, отмечено, что местное антивирусное лечение в виде монотерапии считается неэффективным и должно назначаться только в сочетании с приемом производных ацикловира [11]. Средства для наружного лечения оказывают лишь симптоматическое действие и существенно не влияют на дальнейшее течение ГИ [38]. Монотерапия наружными средствами возможна при обращении пациента на высоте обострения с целью сокращения длительности кожных проявлений вирусного процесса [8].

Таким образом, необходима дифференцированная тактика ведения больных с ГИ, а вопрос оптимизации терапии ВПГ-инфекции в настоящее время продолжает оставаться актуальным.

В 2009–2010 гг. на базе Нижегородского НИКВИ проведено исследование по сравнению эффективности средств для наружного лечения обострения ГИ, **целью** которого было:

- оценить эффективность (терапевтическую эквивалентность) местного применения геля «Алломедин» (степень уменьшения объективных и субъективных симптомов) у пациентов, страдающих рецидивирующим простым герпесом, в сравнении с эффективностью терапии препаратами «Зовиракс» (крем) и «Фенистил Пенцивир» (крем);
- оценить безопасность (побочные эффекты, переносимость) местного применения геля «Алломедин» в купировании рецидивов простого герпеса, путем регистрации нежелательных явлений.

Материалы и методы

В исследование был включен 51 пациент обоего пола от 20 до 71 года (средний возраст – 40,7±2,1 года): 16 мужчин и 35 женщин с клинически установленным диагнозом: «хронический рецидивирующий простой герпес». Генитальный герпес диагностировался у 16 (31,4%) больных: (7 мужчин и 9 женщин), лабиальный – у 35 (68,6%) пациентов (9 мужчин и 26 женщин). Все пациенты, участвующие в исследовании,

имели обострение ГИ (не позднее 3 дня от начала рецидива). Среднее число обострений заболевания в год составило $4,1 \pm 0,4$. 98% больных предъявляли характерные жалобы (74,5% – на зуд в очаге, 47,1% – на боль и 68,6% – на жжение). В течение 2 месяцев до начала лечения и при данном обострении больные не принимали какие-либо противовирусные или иммуномодулирующие препараты, из исследования исключались пациенты с проявлениями острой респираторной инфекции, тяжелыми соматическими заболеваниями, женщины, имеющие беременность или в периоде лактации.

Для распределения больных на 3 группы по 17 человек в зависимости от применяемого препарата применялся метод адаптивной рандомизации, при этом гендерные признаки и локализация герпетического процесса не учитывались (генитальный и лабиальный герпес принимались за равнозначную патологию). Пациенты 1-й группы получили для наружного лечения в течение 10 дней гель «Алломедин» (каждые 8 часов – 3 раза в день на очаги), 2-я группа – крем «Зовиракс» (каждые 4 часа – 5 раз в день), 3-я группа – крем «Фенистил Пенцивир» (каждые 2 часа – 8 раз в день). Полученное средство пациент применял в виде монотерапии. Если высыпания регрессировали раньше, применение препарата прекращалось.

До начала лечения (1-й день) и на 3-, 5-, 8-, 10-й день терапии проводилась оценка жалоб и клинической картины заболевания (наличие субъективных симптомов, локализация процесса, размеры высыпаний, наличие в очаге пузырьков, гиперемии, отека, эрозий, корочек). Степень выраженности признака оценивалась по 3-балльной вербальной аналоговой шкале: 0 – отсутствие симптома, 1 – слабое проявление, 2 – средняя степень, 3 – выраженное проявление.

В ходе и по окончании исследования регистрировались нежелательные явления, возникающие в процессе лечения, оценивалась их возможная связь с применяемым препаратом, прием других лекарственных средств. На 5-м (заключительном) визите исследователем и пациентом проводилась субъективная оценка эффективности лечения (хороший эффект, удовлетворительный или неудовлетворительный).

В 1-ю группу пациентов, получивших наружно гель «Алломедин», были включены 17 больных: 2 мужчин и 15 женщин, средний возраст $36,6 \pm 4,2$ года, у 5 пациентов был установлен диагноз генитального герпеса (у 1 мужчины и 4 женщин), у 12 пациентов – лабиального герпеса (у 1 мужчины и 11 женщин) с частотой обострений в год от 1 до 12 (среднее число обострений в год составило $5,2 \pm 1,0$).

В данной группе 16 больных (94,1%) имели характерные жалобы: на зуд в очаге – 70,6% (средняя степень выраженности симптома по 3-балльной шкале составила 2,0), боль – 35,3% (средняя степень выраженности симптома – 2,17) и жжение – 70,6% (средняя степень выраженности симптома – 2,25). Не имел субъективных ощущений 1 пациент.

Ограниченный процесс (1 очаг герпетических высыпаний) был у 12 пациентов (70,6%), распространенный процесс (2 и более очага) – у 5 больных (29,4%). Размеры очага до 0,5 см (мелкий) отмечались у 4 (23,5%) человек, от 0,5 до 1 см (очаг средних размеров) – у 8 больных (47,1%), >1 см (крупный) – у 5 пациентов (29,4%). Клинические симптомы в первый день наблюдения были представлены пузырьковыми высыпаниями (в 76,5% случаев), отечностью (100%) и

гиперемией (100%) в очаге, эрозивными элементами (35,3%), у 11,8% больных имелись свежие корочки на месте первичных элементов.

Во 2 группу пациентов, получивших наружно крем «Зовиракс», были включены 17 больных: 8 мужчин и 9 женщин, средний возраст $39,8 \pm 2,8$ лет, у 3 пациентов был установлен диагноз генитального герпеса (у 2 мужчин и 1 женщины), у 14 пациентов – лабиального герпеса (у 6 мужчин и 8 женщин) с частотой обострений в год от 1 до 12 (среднее число обострений в год составило $3,8 \pm 0,6$).

В данной группе все больные (100%) имели характерные жалобы: на зуд в очаге – 82,4% (средняя степень выраженности симптома по 3-балльной шкале составила 1,86), боль – 47,1% (средняя степень выраженности симптома – 1,63) и жжение – 64,7% (средняя степень выраженности симптома – 2,18).

Ограниченный процесс был у 16 пациентов (94,1%), распространенный – у 1 больной (5,9%). Размеры очага до 0,5 см отмечались у 10 (58,8%) человек, от 0,5 до 1 см – у 6 больных (35,3%), >1 см – у 1 пациентки (5,9%). Клинические симптомы в первый день наблюдения были представлены пузырьковыми высыпаниями (в 94,1% случаев), отечностью (100%) и гиперемией (100%) в очаге, эрозивными элементами (23,5%), у 17,6% больных имелись свежие корочки на месте первичных элементов.

В 3-ю группу пациентов, получивших наружно крем «Фенистил Пенцивир», были включены 17 больных: 6 мужчин и 11 женщин, средний возраст $45,8 \pm 3,5$ лет, у 8 пациентов был установлен диагноз генитального герпеса (у 4 мужчин и 4 женщин), у 9 пациентов – лабиального герпеса (у 2 мужчин и 7 женщин) с частотой обострений в год от 1 до 12 (среднее число обострений в год составило $3,4 \pm 0,6$).

В данной группе все больные имели характерные жалобы: на зуд в очаге – 70,6% (средняя степень выраженности симптома по 3-балльной шкале составила 1,75), боль – 58,8% (средняя степень выраженности симптома – 1,7) и жжение – 70,6% (средняя степень выраженности симптома – 1,75).

Ограниченный процесс диагностирован у 15 пациентов (88,2%), распространенный – у 2 больных (11,8%). Мелкие очаги были у 9 (52,9%) человек, средних размеров – у 7 больных (41,2%), крупный – у 1 пациента (5,9%). Клинические симптомы в первый день наблюдения были представлены пузырьковыми высыпаниями (в 94,1% случаев), отечностью (100%) и гиперемией (100%) в очаге, эрозивными элементами (23,5%), у 17,6% больных имелись свежие корочки на месте первичных элементов.

Суммарные сведения о жалобах и клинических проявлениях обострения ГИ у пациентов 3 групп до начала лечения представлены в таблице 1, о размерах и количестве очагов – в таблице 2.

Результаты и их обсуждение

В процессе лечения у пациентов 1-й группы жалобы полностью регрессировали в среднем к $3,7 \pm 0,4$ дню (за $89,6 \pm 8,9$ часов), во 2-й группе – к $4,6 \pm 0,5$ дню (за $110,1 \pm 12,7$ часов, $p > 0,1$), в 3-й группе – к $5,5 \pm 0,6$ дню (за $132,7 \pm 14,0$ часов, $p < 0,02$).

На 2-м визите (на 3-й день) жалобы предъявляли 24 пациента (47,1% от всех наблюдаемых больных): зуд в очаге сохранялся у 33,3% (-41,2% по сравнению с визитом 1), боль в очаге – у 15,7% (-31,4%), жжение – у 15,7% (-52,9%).

Из них в 1-й группе больных, имеющих жалобы, было 4 чел. (23,5%), что по сравнению с визитом 1 составило –70,6%. Во 2-й группе таких больных было 8 (47,1%, $p>0,1$), это –52,9% по сравнению с 1 визитом. В 3-й число таких больных составило 12 (70,6%*, $p<0,01$), –29,4% по сравнению с визитом 1. Значительная часть пациентов 1-й группы отмечала исчезновение зуда, жжения и боли в очаге воспаления уже в первые сутки лечения.

На заключительном визите жалобы на жжение в очаге предьявляла 1 пациентка 1-й группы (таблица 3). Средние сроки регресса отдельных жалоб у пациентов 3 групп представлены в таблице 4.

В 1-й группе все жалобы регрессировали практически одновременно: зуд – за $3,8\pm 0,4$ дня, боль и жжение – за $3,7\pm 0,4$ дня. Во 2-й и 3-й группах сначала исчезали боль ($3,3\pm 0,3$ – во 2-й гр. и $4,3\pm 0,5$ – в 3-й гр.) и чувство жжения (за $3,9\pm 0,5$ и $4,3\pm 0,7$ дня соответственно) в очагах герпетических высыпаний, несколько медленнее регрессировал зуд (за $4,3\pm 0,5$ – во 2-й, $p>0,2$ и $5,3\pm 0,7$ – в 3-й, $p>0,05$ по сравнению с 1-й гр.).

В ходе исследования было отмечено, что во всех группах достоверно более быстрый регресс жалоб был у пациентов с лабиальным герпесом ($4,3\pm 0,3$ дня), чем у больных ГТ ($5,8\pm 0,7$ дня, $p<0,05$), а длительность клинических проявлений заболевания не различалась ($9,4\pm 0,2$ и $9,2\pm 0,4$ дня соответственно). Соответствующие данные по отдельным группам представлены в таблице 5.

Объективные симптомы ГИ у пациентов 1-й группы регрессировали в среднем к $8,76\pm 0,4$ дню (за $210,4\pm 10,2$ часов), во 2-й группе – к $9,7\pm 0,3$ дню (за $232,9\pm 7,1$ часов, $p>0,05$), в 3-й группе – к $9,5\pm 0,3$ дню (за $227,3\pm 7,7$ часов, $p>0,1$). Эти данные можно обозначить как средняя продолжительность рецидива. Тем не менее, в каждой группе были зарегистрированы пациенты, у которых на заключительном визите (10 день) сохранялись какие-либо проявления герпетического процесса: 1 больная (5,9%) в 1-й группе (сохранялась небольшая отечность и гиперемия в очаге), 5 пациентов (29,4%, $p>0,05$) во 2-й группе (сохранялись легкая гиперемия и слабо выраженные корочки), 5 человек (29,4%, $p>0,05$) в 3-й группе (аналогичные проявления). При этом из 11 больных с оставшимися клиническими проявлениями заболевания только 2 (18,2%) страдали генитальным герпесом, у остальных была назолабиальная локализация ГИ.

Длительность существования объективных симптомов ГИ представлена в таблице 6. Исчезновение пузырьковых высыпаний у пациентов всех 3 групп в большинстве случаев регистрировалось уже на 2-м визите (на 3-й день): средняя длительность проявлений составила $3,4\pm 0,4$ дня для 1-й и 3-й гр., $3,3\pm 0,2$ – для 2-й. Симптомы местного воспалительного процесса, наблюдаемые у всех больных до начала лечения, проходили несколько медленнее, тем не менее, в группе пациентов, использовавших гель «Алломедин», регресс происходил быстрее, чем во 2-й и 3-й группах: отечность исчезала к $4,6\pm 0,6$ дня в 1-й гр., к $4,9\pm 0,4$ дня – во 2-й гр., к $5,1\pm 0,5$ дня – в 3-й гр.; гиперемия в очаге сохранялась дольше – до $6,9\pm 0,7$ дня в 1-й гр. и $8,1\pm 0,6$ дня – во 2-й и 3-й группах ($p>0,1$). В ходе исследования отмечен выраженный эпителизирующий эффект геля «Алломедин» в отличие от препаратов сравнения: эрозии на месте вскрывшихся пузырьковых высыпаний образовались только у 58,8% больных 1-й группы (во 2-й и 3-й гр. соответственно у

$88,2\%*$, $p<0,05$ и $94,1\%*$ пациентов, $p<0,01$) и эпителизировались достоверно быстрее – за $5,0\pm 0,6$ дня, по сравнению с больными 2-й группы, у которых процесс эпителизации занимал $7,1\pm 0,6*$ дня ($p<0,02$), и 3-й группы, в которой данный показатель составил $6,6\pm 0,4*$ дня ($p<0,05$). Следовательно, образование и отпадение корочек на местах бывших высыпаний также происходило быстрее – за $8,4\pm 0,4$ дня (во 2-й группе – за $9,5\pm 0,3*$ дня, $p<0,05$; в 3-й группе – за $9,2\pm 0,5$ дня, $p>0,2$).

Уменьшение размеров герпетических высыпаний в 2 раза в 1-й группе произошло к $4,8\pm 0,4$ дня (за $114,4\pm 10,8$ часов). Во 2-й – к $6,0\pm 0,4$ дня (за $144,0\pm 10,2$ часа, $p<0,05$), в 3-й – к $5,7\pm 0,5$ дня (за $136,9\pm 11,0$ часов, $p>0,1$). Необходимо отметить, что у 1 пациента 3-й группы с генитальным герпесом на 2-м визите было зафиксировано появление 2 мелких свежих элементов по периферии основного очага (на фоне регулярного применения крема «Фенистил Пенцивир»). У пациентов других групп новых высыпаний на фоне лечения не было зафиксировано.

С учетом большего числа пациентов с распространенным герпетическим процессом и более тяжелым течением ГИ (более частые обострения) в 1-й группе, полученные результаты лечения гелем «Алломедин» можно признать хорошими, а эффективность лечения – высокой.

По совокупности всех показателей (регресса жалоб, клинических симптомов, переносимости назначенного препарата) была проведена оценка эффективности лечения обострения ГИ пациентами и врачом-исследователем.

ТАБЛИЦА 1.

Жалобы и клинические симптомы у пациентов до начала лечения

Признак	1-я группа (А)	2-я группа (Б)	3-я группа (В)
	(17 человек)	(17 человек)	(17 человек)
Зуд в очаге	12 (70,6%)	14 (82,4%)	12 (70,6%)
Боль в очаге	6 (35,3%)	8 (47,1%)	10 (58,8%)
Жжение в очаге	12 (70,6%)	11 (64,7%)	12 (70,6%)
Пузырьки	13 (76,5%)	16 (94,1%)	14 (82,4%)
Отечность	17 (100%)	17 (100%)	17 (100%)
Гиперемия	17 (100%)	17 (100%)	17 (100%)
Эрозии	6 (35,3%)	4 (23,5%)	4 (23,5%)
Корочки	2 (11,8%)	3 (17,6%)	2 (11,8%)

ТАБЛИЦА 2.

Размер и количество очагов герпетических высыпаний

Размеры и количество очагов	1-я группа (А)	2-я группа (Б)	3-я группа (В)
	(17 человек)	(17 человек)	(17 человек)
≤0,5 см (мелкий)	4 (23,5%)	10 (58,8%)	9 (52,9%)
от 0,5 до 1 см (средний)	8 (47,1%)	6 (35,3%)	7 (41,2%)
1 см (крупный)	5 (29,4%)	1 (5,9%)	1 (5,9%)
1 очаг высыпаний	12 (70,6%)	16 (94,1%)	15 (88,2%)
2 и более	5 (29,4%)	1 (5,9%)	2 (11,8%)

ТАБЛИЦА 3.

Наличие жалоб у пациентов в процессе лечения

№ визита	1-я группа (А)	2-я группа (Б)	3-я группа (В)
	(17 человек)	(17 человек)	(17 человек)
Визит 1 (1-й день)	16 (94,1%)	17 (100%)	17 (100%)
Визит 2 (3-й день)	4 (23,5%)	8 (47,1%)	12 (70,6%)
Визит 3 (5-й день)	1 (5,9%)	3 (17,6%)	5 (29,4%)
Визит 4 (8-й день)	1 (5,9%)	1 (5,9%)	2 (11,8%)
Визит 5 (10-й день)	1 (5,9%)	0	0

На хороший эффект от лечения указали 88,2% пациентов 1-й группы, 70,6% пациентов 2-й группы и 64,7% больных 3-й группы ($p > 0,05$) (таблица 7). Субъективная оценка проведенной терапии пациентом и врачом в большинстве случаев во всех группах совпадала. В 1-й группе мнения пациента и врача совпали в 100% случаев, т. е. эффект от лечения был однозначным и не вызывал затруднений в оценке. У 5

больных (29,4%) 2-й гр. и 3 больных (17,6%) 3-й гр. мнения врача и пациента в оценке лечения разошлись.

Все пациенты оценили переносимость назначенных препаратов для наружного лечения как хорошую. Никаких побочных местных и общих реакций не было зафиксировано. Пациентами 1-й группы было отмечено удобство применения геля «Алломедин» 2–3 раза в сутки (по сравнению с нанесением 5 раз в сутки крема «Зовиракс» и 8 раз в сутки крема «Фенистил Пенцивир») и его хорошие органолептические (косметические) свойства: прозрачность, не блестит после нанесения, в связи с чем его можно применять перед появлением в общественных местах.

Заключение

В ходе исследования по оценке эффективности и безопасности применения геля «Алломедин» в лечении рецидивов простого герпеса была выявлена его высокая эффективность и хорошая переносимость при наружном лечении даже в качестве монотерапии данного заболевания. Гель «Алломедин» быстро купирует субъективные ощущения и объективные проявления обострения герпетической инфекции, особенно при раннем начале лечения. В процессе терапии отмечен достоверно более ранний регресс жалоб, предъявляемых пациентами, чем при лечении кремом «Фенистил Пенцивир», и достоверно более быстрое уменьшение размеров высыпаний (по сравнению с лечением кремом «Зовиракс»). Препарат оказывает более выраженный эпителизирующий эффект, сокращает период образования и отпадения корочек (достоверное различие с обоими препаратами сравнения).

Полученные результаты, превосходящие или сопоставимые с результатами, полученными при лечении признанным стандартом – кремом «Зовиракс» (ацикловир), – в сочетании с высокой комплаентностью лечения (нанесение препарата 2–3 раза в сутки) и отличными косметическими свойствами позволяют использовать гель «Алломедин» для купирования обострений лабиального или генитального герпеса любой степени тяжести и считать его препаратом, терапевтически эквивалентным ацикловиру.

Эффективность геля «Алломедин» для купирования рецидива ВПГ-инфекции кроме объективных данных подтверждена и субъективной оценкой лечения, данной пациентами и врачом: «хороший» эффект терапии отметили 88,2% пациентов, что полностью совпало с оценкой исследователя.

Безопасность применения геля «Алломедин» доказана отсутствием нежелательных явлений, связанных с использованием препарата, а также местных и общих побочных реакций. В связи с этим «Алломедин» можно рекомендовать в качестве средства выбора для широкого использования в клинической практике.



ТАБЛИЦА 4.

Средние сроки полного регресса жалоб

Жалобы	1-я группа (А) (17 человек)		2-я группа (З) (17 человек)		3-я группа (Ф) (17 человек)	
	дни	часы	дни	часы	дни	часы
	Полный регресс всех жалоб	3,7±0,4	89,6±8,9	4,6±0,5	110,1±12,7	5,5*±0,6
Регресс зуда	3,8±0,4	90,0±10,7	4,3±0,5	104,0±13,2	5,3±0,7	127,4±16,2
Регресс боли	3,7±0,4	88,0±10,1	3,3±0,3	78,0±6,0	4,3±0,5	103,2±12,4
Регресс жжения	3,7±0,7	87,2±15,2	3,9±0,5	94,0±10,8	4,3±0,7	102,5±17,8

ТАБЛИЦА 5.

Длительность субъективных ощущений и объективных симптомов у пациентов с различной локализацией ГИ на фоне лечения

Группы	Показатель	Длительность у пациентов с ГГ (дни)	Длительность у пациентов с ЛГ (дни)
1-я гр. (А)	Жалобы	5,0±1,5	3,8±0,5
	Симптомы	8,6±1,0	8,8±0,5
	N	5	12
2-я гр. (З)	Жалобы	5,3±1,5	4,4±0,6
	Симптомы	9,3±0,7	9,8±0,3
	N	3	14
3-я гр. (Ф)	Жалобы	6,5±0,8	4,7±0,7
	Симптомы	9,5±0,5	9,4±0,5
	N	8	9
Все группы	Жалобы	5,8±0,7	4,3*±0,3
	Симптомы	9,2±0,4	9,4±0,2
	N	16	35

ТАБЛИЦА 6.

Длительность объективных симптомов ГИ

Симптом	1-я группа (А)		2-я группа (З)		3-я группа (Ф)	
	дни	часы	дни	часы	дни	часы
Пузырьки	3,4±0,4	81,2±9,2	3,3±0,2	78,0±4,1	3,4±0,2	82,3±5,5
Отечность	4,6±0,6	110,1±14,1	4,9±0,4	118,6±10	5,1±0,5	121,4±11,5
Гиперемия	6,9±0,7	165,2±16,2	8,1±0,6	194,8±15,1	8,1±0,5	193,4±12,3
Эрозии	5,0±0,6	120,0±13,9	7,1±0,6	169,6*±13,7	6,6±0,4	159,0*±10,5
Корочки	8,4±0,4	201,6±10,4	9,5±0,3	227,3*±6,9	9,2±0,5	220,8±12,4
Все симптомы (продолжительность рецидива)	8,8±0,4	210,4±10,2	9,7±0,3	232,0±7,1	9,5±0,3	227,3±7,7

ТАБЛИЦА 7.

Оценка эффективности лечения

Эффект	Мнение пациента			Мнение врача			Расхождение мнений
	Хороший	Удовл.	Неудовл.	Хороший	Удовл.	Неудовл.	
1-я группа (17 чел.)	15 (88,2%)	2 (11,8%)	-	15 (88,2%)	2 (11,8%)	-	-
2-я группа (17 чел.)	12 (70,6%)	5 (29,4%)	-	13 (76,5%)	4 (23,5%)	-	5 (29,4%)
3-я группа (17 чел.)	11 (64,7%)	5 (29,4%)	1 (5,9%)	11 (64,7%)	6 (35,3%)	-	3 (17,6%)

ЛИТЕРАТУРА

1. Гомберг М.А. Клинический разбор случая генитального герпеса у молодой женщины. РМЖ. 2010. Т. 18. № 12. С. 2-7.
2. Халдин А.А. Некоторые клинические особенности простого герпеса гениталий. Гинекология. Материалы II Российского герпес-форума: герпес и беременность. М. 2007. С. 11-13.
3. Бартон С.Э. Генитальный герпес: европейский взгляд на проблему. Гинекология. Материалы II Российского герпес-форума: герпес и беременность. М. 2007. С. 3-4.
4. Прилепская В.Н. Герпетическая инфекция и репродуктивное здоровье. Гинекология. Материалы II Российского герпес-форума: герпес и беременность. М. 2007. С. 5-7.

5. Марченко Л.А., Лушкова И.П. Стратегия врача при планировании беременности у женщин с генитальным герпесом. Гинекология. Материалы II Российского герпес-форума: герпес и беременность. М. 2007. С. 8-10.
6. Шульженко А.Е., Зуйкова И.Н. Цитокиновая система в иммунопатогенезе рецидивирующей герпес-вирусной инфекции и пути коррекции. Российский журнал кожных и венерических болезней Прил. «Герпес». 2009. № 1. С. 17-23.
7. Гомберг М.А. Герпес и беременность. Консультирование как мера профилактики осложнений беременности и родов. Гинекология. Материалы II Российского герпес-форума: герпес и беременность. М. 2007. С. 16-18.
8. Халдин А.А., Чистик О.В., Игнатъев Д.В. Простой герпес: этиология, патогенез, диагностика, лечение. Практическая медицина (дерматовенерология). 2009. № 5 (37). С. 115-119.
9. Исаков В.А. и др. Герпесвирусная инфекция. Рекомендации для врачей. С.-Петербург. 2006. 95 с.
10. Неизвестная эпидемия: герпес: (патогенез, диагностика, клиника, лечение). Сб. ст./составитель Ф. И. Абазова. Смоленск: Фармаграфикс, 1997. 162 с.
11. Марченко Л.А., Лушкова И.П. Дифференцированная тактика ведения больных с генитальным герпесом. Гинекология. 2005. Т. 7. № 3.
12. Молочков В.А., Прокофьев А.А. Индинол в комплексной терапии рецидивирующей герпетической инфекции. Российский журнал кожных и венерических болезней. Прил. «Герпес». 2008. № 1.
13. Looker K.J., Garnett G.P., Schmid G.P. An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection. Bull World Health Organ. 2008. № 86. P. 805-812.
14. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Лесная И.Н., Мартынова А.А. Эпидемиологический анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами в Российской Федерации в 2008 году. Тезисы научных работ III Всероссийского конгресса дерматовенерологов. Казань. 2009. С. 11.
15. Огрызко Е.В., Вартапетова Н.В., Виноградова С.А. Анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, на территории Российской Федерации (2008-2009). Клиническая дерматология и венерология. 2010. № 6. С. 33-39.
16. Кубанова А.А., Лесная И.Н., Кубанов А.А. и др. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории Российской Федерации. Вестник дерматологии и венерологии. 2010. № 5. С. 4-21.
17. Чигвинцева Е.А., Евстигнеева Н.П. Генитальный герпес различной степени тяжести. Тезисы научных работ XI Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов. Екатеринбург. 2010. С. 91.
18. Хрянин А.А., Решетников О.В., Кандрушина М.П. Многолетние тенденции в распространенности вируса простого герпеса в популяции Сибири. Вестник дерматологии и венерологии. 2010. № 5. С. 96-101.
19. Халдин А.А. Простой герпес. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2002. № 2. С. 42-50.
20. Исаков В.А., Аспеля Ю.В. (редакторы). Иммунопатогенез и лечение генитального герпеса и хламидиоза. Новгород.-С.-Пб.: НовГУ-НИИ гриппа РАМН, 1999. 150 с.
21. Махмудов Ф.Р.-О., Баринский И.Ф. Динамика показателей иммунного статуса у больных рецидивирующим генитальным герпесом в процессе лечения. Российский журнал кожных и венерических болезней. Прил. «Герпес». 2009. № 1. С. 24-28.
22. Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л., Марченко Л.А. Генитальный герпес (этиология, патогенез, клиника, диагностика, планирование беременности). Акушерство и гинекология. 2001. № 3. С. 61-63.
23. Аль-Сабунчи Т.В., Кубылинский А.А., Уджуху В.Ю. Лавомакс в комплексной терапии генитального герпеса. Тезисы научных работ III Всероссийского конгресса дерматовенерологов. Казань. 2009. С. 71.
24. Европейское руководство по заболеваниям, передаваемым половым путем. М. 2004. 111 с.
25. Клинические рекомендации РОДВ «Дерматовенерология, 2008» под ред. А.А.Кубановой. 367 с.
26. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека: Руководство для врачей. С.-Петербург. 2006. 300 с.
27. Ершов Ф.И., Романцев М.Г. Лекарственные средства, применяемые при вирусных заболеваниях: Руководство для врачей. М: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 363 с.
28. Ершов Ф.И., Халдин А.А. и др. Интерферон-γ: новые возможности современной профилактики обострений простого герпеса. Российский журнал кожных и венерических болезней. Прил. «Герпес». 2008. № 1. С. 25-28.
29. Малый В.П. Общие принципы лечения герпесвирусных инфекций. Герпесвирусная инфекция. М. 2009. С. 253-264.
30. Кузнецова Ю.Н., Герасимова Н.М. Сравнительная эффективность противорецидивной терапии женщин, больных генитальным герпесом, с применением тилорона и ацикловира. Герпес. Приложение к «Российскому журналу кожных и венерических болезней». 2010. № 1. С. 10-14.
31. Папуашвили М.Н., Щелканов М.Ю. Эффективность комбинированной терапии герпесвирусных инфекций у ВИЧ-инфицированных пациентов. Вопросы вирусологии. 2004. № 2. С. 25-29.
32. Исаков В.А., Коваленко А.А., Ермоленко Д.К. Оптимизация комплексной терапии рецидивирующего генитального герпеса. Клиническая дерматология и венерология. 2010. № 3. С. 27-31.
33. Романцов М.Г., Рыбалкина Т.С., Исаков В.А. и др. Терапия различных клинических проявлений герпетической болезни. Клиническая дерматология и венерология. 2010. № 4. С. 25-31.
34. Долгих Т.И., Масюкова С.А., Петренко Л.А. и др. Эффективность и переносимость препарата КАГОЦЕЛ при лечении герпесвирусной инфекции. Тезисы научных работ X Всероссийского съезда дерматовенерологов. Москва. 2008. С. 64.
35. Шульженко А.Е., Зуйкова И.Н. Подходы к иммунотерапии рецидивирующего простого герпеса. Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2010. № 3. С. 2-7.
36. Дубенский В.В. Генитальная герпетическая инфекция (обзор литературы) Российский журнал кожных и венерических болезней. 2002. № 3. С. 53-57.
37. Пашинян А.Г. Наружная терапия простого герпеса. Клиническая дерматология и венерология. 2010. № 2. С. 104-106.
38. Мавров И.И., Жигулин В.А., Шабалин А.Р. Проблемы генитальных поражений, вызванных вирусом простого герпеса. Заболевания, передаваемые половым путем. 1997. № 7. С. 19-21.