

Применение Протефлазида в лечении больных рецидивирующим генитальным герпесом

Федотов В.П., Погребняк Л.А., Кокова В.А., Тарнавская Н.Н., Тимофеева И.И.

Днепропетровская государственная медицинская академия

Проблема герпес-вирусной инфекции (ГВИ) в последнее десятилетие приобрела особое значение и привлекает внимание врачей разных специальностей. Для человека серьезную опасность представляют 8 типов герпеса, среди которых ведущее место занимают вирусы простого герпеса (типы 1,2). Согласно статистическим данным, носителями этого вируса в странах Европы, США, Канады являются от 30 до 50 % населения [1,4,5].

С каждым годом в связи с ухудшением экологической ситуации, снижением компенсаторных возможностей организма и развитием вторичных иммунодефицитов, отмечается постоянный рост числа лиц, инфицированных вирусом простого герпеса (ВПГ) 1 и 2 типов (ВПГ-2).

Для инфекции, вызванной этим вирусом, характерен ряд особенностей, связанных с хроническим носительством и персистенцией возбудителя в клетках организма. Между макроорганизмом и ВПГ устанавливается равновесие, которое контролируется в значительной мере иммунологическими механизмами. Патогенетические механизмы латентной вирусной инфекции до настоящего времени не изучены, поэтому предугадать возможность рецидива герпеса очень сложно. В большей степени это является клинически значимым для второго типа ВПГ (так называемого генитального герпеса).

Важное значение генитального герпеса (ГГ) как актуальной медико-социальной проблемы обусловлено увеличением распространения, персистенцией в латентные формы, частой реактивацией [1-3,5].

Среди пациентов обращающихся к дерматовенерологу, больные рецидивирующим генитальным герпесом (РГГ) составляют от 2,1 до 15 % [3, 4].

Немаловажное значение имеет и тот факт, что ВПГ характеризуется генетической способностью к мутационным процессам, опосредованными активностью гена ДНК-полимеразы, что приводит к возникновению штаммовых разновидностей вируса и быстрому формированию устойчивости к проводимому лечению.

Так как мировая медицина не располагает средствами, позволяющими добиться эрадикации герпетической инфекции, существуют три основных направления противовирусной терапии:

- химиотерапия;
- неспецифическое воздействие (индукторы интерферона, иммуномодуляторы, интерфероны);
- вакциноterapia.

Но большинство основных традиционных схем лечения ГГ предусматривают использование дорогих, а иногда и небезопасных для организма препаратов, преимущественно синтетических.

Наше внимание привлек новый препарат противовирусного и иммуномодулирующего действия растительного происхождения отечественного производства (НПК «Экофарм») - Протефлазид.

В состав Протефлазида входят флавоноидные гликозиды, которые содержатся в диких злаках *Deschampsia caespitosa* L. и *Calamagrostis epigeios* L., которые способны блокировать ДНК-полимеразную активность в клетках, инфицированных вирусами *Herpes simplex* 1 и 2 типа. Это приводит к снижению способности или полной блокаде репликации вирусной ДНК и, как следствие, препятствует размножению вирусов. Одновременно Протефлазид увеличивает продукцию эндогенных альфа- и гамма-интерферонов, стимулирует неспецифическую активность макрофагальной системы, а также обладает апоптозомодулирующей и антиоксидантной активностью, и за счет этого значительно улучшает психическую и физическую работоспособность. Все эти характеристики были взяты нами за основу при разработке комплексной терапии больных ГГ с включением Протефлазида.

Под наблюдением находилось 34 больных (20 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 18 до 40 лет с РГГ. Оценка тяжести течения герпетического процесса проводилась с учетом частоты обострений и продолжительности ремиссий; в основном, это были пациенты со средним и тяжелым течением вирусной инфекции: от 6 до 12 и более рецидивных эпизодов в год. Давность заболевания составила 1-10 лет.

Преимущественно рецидивы ГГ возникали в осенне-зимний период времени - 28 (82,2 %) больных, значительно реже - весной и летом -6 (17,2 %) больных.

Типичное клиническое течение заболевания отмечалось у 30 (88,2 %) наблюдаемых, мигрирующий характер высыпаний - у 4 (11,8 %). Клинические проявления были представлены сгруппированными везикулами с прозрачным или мутным содержимым, расположенными на эритематозно-отечном фоне, эрозиями с полициклическими очертаниями, иногда - поверхностными трещинами. Высыпания сопровождалась выраженными субъективными ощущениями: зудом, покалыванием, болезненностью. У мужчин герпетические высыпания локализовались на половых органах и в промежности. Они носили ограниченный характер, чаще-на внутреннем листке крайней плоти, в

заголовочной борозде, реже - на головке и стволе полового члена. У женщин аналогичные клинические изменения отмечались на внутренней поверхности больших и малых половых губ, в области клитора, реже - на стенках влагалища или шейке матки. Герпетический характер поражений был подтвержден цитологическими методами исследования.

Всем пациентам в острой стадии заболевания наряду с базисной терапией назначали Протефлазид по схеме:

- первая неделя - по 5 капель 3 раза в сутки;
- вторая-третья неделя - по 10 капель 3 раза в сутки;
- четвертая неделя - 8 капель 3 раза в сутки.

Общий срок первого курса приема Протефлазида per os в комплексной терапии составил 28 дней. Одновременно с пероральным приемом препарата проводили местное лечение раствором, в состав которого входил Протефлазид, - в течение 14 дней. Для приготовления раствора и последующего его использования в виде аппликаций 1,5 мл (30-35 капель) Протефлазида разводили в 10 мл физиологического раствора.

Среди всех обследованных (34 человека) прием Протефлазида по данным субъективных и объективных оценок не сопровождался характерными осложнениями. Лишь 3 (9 %) обследованных на 3-5 день наружного применения препарата отметили незначительное жжение в области везикулярных или эрозивных высыпаний. После увеличения количества растворителя в 2 раза ощущение жжения в области поражений, где проводились аппликации Протефлазида с физиологическим раствором, до окончания терапии не наблюдалось.

Уже на 2-3-и день лечения прекращалось появление новых высыпаний, наблюдалась тенденция к эпителизации эрозий и уменьшению выраженности субъективных ощущений. Полное разрешение клинических проявлений заболевания при использовании Протефлазида, отмечалось на 5-7-й день приема препарата у 23 (69,1 %) наблюдаемых больных, на 8-9 день - у 11 (30,9 %). Клиническое выздоровление отмечалось у 25 (70,9 %) больных, в комплекс лечения которых входил Протефлазид, значительное улучшение - у 9 (29,1 %). Отсутствие эффекта или ухудшение течения заболевания при использовании Протефлазида нами не отмечены.

В результате проведенного лечения констатирован положительный терапевтический эффект. Оценка его эффективности осуществлялась через 2 недели и через 1, 3 и 6 месяцев после окончания лечения на основании клинических данных (отсутствие рецидива заболевания) и результатов цитологического исследования.

Рецидивы генитального герпеса отмечены у 7 (20,1 %) больных в сроки 1-2 месяца. Поэтому через месяц мы обязательно повторяли лечение Протефлазидом (поддерживающие дозы - 7-8 капель per os 3 раза в день, через день в течение нескольких месяцев). При такой схеме рецидивы заболевания, выраженность которых была минимальной, возникли лишь у трех больных (8,3 %).

Таким образом, полученные нами данные позволяют оценить Протефлазид (производство НПК «Экофарм») как высокоэффективное в лечении рецидивирующего генитального герпеса лекарственное средство. Препарат не вызывает осложнений и хорошо переносится больными и может быть рекомендован для широкого применения в лечении данной патологии. Более предпочтительно, по нашим данным, назначать Протефлазид в течение месячного курса в комбинации с местным воздействием, с повторением курса в поддерживающих дозах для профилактики рецидивов заболевания и установления максимального контроля над персистирующей вирусной инфекцией в течение 3-6 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Борисето К.К.* Генитальный герпес // Бюл. для врачей и фармацевтов. - 1999. - № 1 (21). С. 3-11.
2. *Брезжинова Т.С., Юрлова Т.И.* Герпетические инфекции // Клиническая медицина. -1996.-№ 7.-С. 7-8. *Мавров ИМ.* Герпес-вирусная инфекция: клиническая форма, патогенез, лечение: Руковод. для врачей. - Харьков, .1998. - 80 с.
3. *Семенова Т.Е., Губанова Е.И.* Современное представление о клинике, эпидемиологии и лечении простого герпеса Леч. врач. -1999.-№2-3.-С. 10-16.
4. *Beutner K.R., Broun Z.A., Gates W.I. et al.* Genital herpes: A Clinicians Guide to Diagnosis and Treatment // JAMA. - 1997, - 40 p.