

УДК 616.523+616.523:[618.6+616.66/.67]-07-08

**КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ И ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА**

Р.Ф.Айзятупов, В.В.Юхименко, Н.В.Ермилова

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького*

**Ключевые слова:** пузырьковый лишай, генитальный герпес, клиника, лечение, ацикловир стада, лавомакс

Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек (пузырьковый лишай, генитальный герпес) распространены во всех странах мира и в последние годы наблюдается тенденция к их росту [1, 4, 5, 7, 9, 11]. Для вирусных болезней типичными являются хроническое рецидивирующее течение и переход в латентное состояние [1, 4, 6, 8]. До 1960 годов не предполагалось существование двух антигенных типов - вирус простого герпеса (ВПГ) типа 1 и ВПГ типа 2, которые позднее были идентифицированы Schneweiss в Германии, Dowdell Nahmia в США. Как правило, ВПГ типа 1 вызывает клинические проявления в полости рта, а ВПГ типа 2 в основном является генитальной инфекцией [2, 4, 10, 12, 13]. В последние годы многие сексуально-активные молодые люди инфицированы одновременно ВПГ типа 1 и 2. В настоящее время около 95% населения земного шара инфицированы ВПГ типа 1, у 10-20% из них отмечаются клинические проявления, а у остальных ВПГ находится в латентном состоянии в нервных ганглиях [1, 3, 5, 7]. При герпетической инфекции могут поражаться кожа и слизистые, центральная нервная система (энцефалит, менингоэнцефалит, энцефаломиелит миелит), глаза (кератит, конъюнктивит, увеит), печень (гепатит), половые органы [2, 4, 5, 8]. У беременных при первичных проявлениях может произойти инфицирование плода (задержка развития, преждевременные роды). Часто у новорожденных поражаются кожа, слизистые глаз и полости рта. Редкими осложнениями являются энцефалиты, поражение внутренних органов. Проявления инфекции возникают на 2-3 неделе жизни (везикулезная сыпь). Передача ВПГ ребенку происходит внутриутробно

или трансплацентарно, при прохождении через родовой канал матери, после родов, при контакте с больными. Наибольшее число заболеваний у новорожденных наблюдается при первичной инфекции у матери на поздних сроках беременности, что может вызвать диссеминированную инфекцию у новорожденного. До настоящего времени многие вопросы лечения и профилактики вирусных заболеваний разработаны в недостаточной мере, что приводит к необходимости поиска новых, эффективных, доступных по цене, безопасных способов и методов лечения с применением современных медикаментозных препаратов [1, 2, 4, 6, 9].

**Цель исследования** - предложить врачу практического здравоохранения новые современные препараты для лечения смешанной инфекции мочеполовой сферы с указанием оптимальных суточных доз и продолжительности лечения.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 20 пациентов (мужчин – 12, женщин - 8) в возрасте от 20 до 49 лет с диагнозом: простой пузырьковый лишай – 9, генитальный герпес – 11. Больные предъявляли жалобы на высыпания при простом пузырьковом лишае в области лица и слизистой оболочки полости рта; при генитальном герпесе - в области половых органов. Субъективно беспокоили чувство жжения и болезненности в области высыпаний. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного осмотра и результатов лабораторных исследований. При простом пузырьковом лишае на эритематозно-отечном фоне кожи и слизистых оболочек отмечались множественные или единичные, болезненные, размером до 1-3 мм в диаметре везикулы с серозным содержимым, желтые корки, мелкие розово-красные эрозии. У пациентов с генитальным герпесом на половых органах выявлялись множественные или единичные

сгруппированные везикулы с серозным содержимым, пустулы, красно-розовые округлые язвы с мелкофестончатыми краями. У женщин сыпь локализовалась в области больших и малых половых губ, вульвы, влагалища; у мужчин - на половом члене, головке полового члена, внутреннем листке крайней плоти. Пациенты предъявляют жалобы на зуд, жжение, болезненность в области высыпаний. У некоторых отмечались недомогание, головные боли, субфебрильная температура.

**Результаты и их обсуждение.** В настоящее время актуальной проблемой является разработка новых эффективных методов лечения, что представляет затруднения из-за способности вирусной инфекции персистировать в организме человека, находиться длительно в латентном состоянии и реактивировать под влиянием внутренних и внешних неблагоприятных факторов [1, 2, 4, 6, 8]. Следует отметить, что эффективность противовирусных средств при острых вирусных инфекциях становится выше в том случае, если они раньше назначены (в продромальный период или в первые сутки заболевания). Наибольший эффект отмечается, когда лечение начинают сами пациенты, так как врачи в большинстве случаев назначают медикаментозные препараты на 48 час позже. Такой подход позволяет облегчить клиническое течение, предотвратить возникновение осложнений, ограничить прием противовоспалительных и антибактериальных средств, сократить сроки излечения пациентов.

В клинике кожных и венерических болезней Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького при комплексном лечении пузырькового лишая и генитального герпеса применялись препараты Ацикловир Стада "НИЖФАРМ" и Лавомакс. После приема внутрь препарата Ацикловир Стада, ацикловир проникает в инфицированные вирусом герпеса клетки, происходит фосфорилирование ацикловира в ацикловир монофосфат с участием фермента тимидинкиназы, который находится в инфициро-

ванных вирусом клетках. Ацикловир монофосфат превращается в ацикловир трифосфат, который обладает противовирусной активностью. Затем происходит ингибирование активности фермента вирусной полимеразы, что приводит к ингибированию синтеза вирусной ДНК и соответственно к ингибированию репликации вируса. Ацикловир Стада при первичном обострении назначается по 200 мг 5 раз в сутки или по 400 мг 3 раза в сутки в течение 7-10 дней. При лечении рецидивов по 200 мг 5 раз в сутки или по 400 мг 3 раза в сутки или по 800 мг 2 раза в сутки (5 дней). Супрессивная терапия назначается пациентам при 6-8 и более обострениях в год - по 200 мг 4 раза в сутки или по 400 мг 2 раза в сутки в течение 3-12 мес. Иммунокорректирующий препарат Лавомакс назначался внутрь первые 2 дня по 1 таблетке (0,125 г) 1 раз в сутки, затем 0,125 г 1 раз в 2 дня (на курс 2,5 г), который обладает свойством индуцировать продукцию интерферона 3 типов:  $\alpha$ -,  $\beta$ - и  $\gamma$ -интерферона. Противовирусное действие Лавомакса реализуется в результате  $\alpha$ - и  $\beta$ -интерферон продуцирующего эффекта, что приводит к угнетению внутриклеточного размножения вирусов в инфицированных клетках и защите неинфицированных от проникновения вирусов. Отличием Лавомакса от других индукторов интерферона является способность длительно сохранять терапевтический уровень интерферонемии (до 8 недель после лечения), что способствует профилактике рецидивов. Иммуностимулирующий эффект Лавомакса обусловлен  $\gamma$ -интерферониндуцирующим действием, что вызывает активацию Т-лимфоцитов, усиление антителообразования и стимуляцию фагоцитоза макрофагами. Согласно клиническим наблюдениям лечение пациенты переносили хорошо, побочных явлений в процессе лечения не было выявлено. Чувство боли, жжения проходили в среднем через 3-4 дня, уменьшение и исчезновение отека кожи и слизистых через 3-5 дней, гиперемия проходила через 4-5 дней. Клиническое выздоровление наступало на 7-8 дни лечения,

значительное улучшение на 4-5 дни лечения.

После окончания курса лечения для предотвращения рецидивов пузырькового лишая и генитального герпеса пациентам рекомендовалось соблюдение профилактических мероприятий, закаливание организма, общеукрепляющая терапия. В период острых проявлений до исчезновения симптомов генитального герпеса воздержание от половой жизни или использование презерватива.

**Выводы.** Полученные результаты позволяют утверждать, что комплексное

лечение простого пузырькового лишая и генитального герпеса с применением препаратов Ацикловир Стада и Лавомакс является эффективным и доступным, хорошо переносится, не вызывает побочных явлений. После проведенной терапии наступало излечение (исчезновение субъективных ощущений, регресс высыпаний). Широкое применение препаратов Ацикловир Стада и Лавомакс при лечении вирусных болезней в амбулаторных и стационарных условиях в практике лечебных учреждений будет способствовать излечению больных.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айзятулов Р.Ф. Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика). – Киев, 2003. – 128 с.
2. Айзятулов Р.Ф. Клиническая дерматология (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение): Иллюстрированное руководство. – Донецк: Донеччина, 2002. - 432 с.
3. Айзятулов Р.Ф. Кожные болезни в практике врача (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение): Иллюстрированное руководство. – Донецк: Каштан, 2006. - 360 с.
4. Айзятулов Р.Ф. Сексуально-трансмиссивные заболевания (этиология, клиника, диагностика, лечение). – Донецк: Каштан, 2004. - 400 с.
5. Баринский И.Ф., Шубладзе А.К., Каспаров А.А., Гребенюк В.Н. Герпес (этиология, диагностика, лечение). – М.: Медицина, 1986. – 272 с.
6. Змейчук И.Я., Ющишин Н.И., Семенуха К.В. Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. - 1998. - № 1. - С. 100-106.
7. Кожные и венерические болезни: Рук-во для врачей в 4-х т. / Под ред. Ю.К.Скрипкина. – М.: Медицина, 1996. - Т.4. - 352 с.: ил.
8. Крапивница. Вирусные дерматозы / Под ред. Е.В.Соколовского. - С.-Пб.: СОТИС, 2000. - 160 с.
9. Мавров И.И. Половые болезни: Рук-во для врачей, интернов и студентов. – Харьков: Факт, 2002. – 789 с.
10. Benedetti J, Zeh J, Selke S, Corey L. Frequency and reactivation of nongenital recurrences among patients with genital herpes simplex virus // Am J Med 1995; 98: 237-242.
11. Fleming DT, McQuillan GM, Johnson RE et al. Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976 to 1994. // N Engl J Med 1997; 337: 1105-1111.
12. Leung DT, Sacks SL. Current recommendations for the treatment of genital herpes // Drugs 2000; 60: 1329-1352.
13. Wheeler CE Jr. The herpes simplex problem // J Am Acad Dermatol 1998; 18 (1 Part 2): 163-168.

### КЛІНІКА І ТЕРАПІЯ ПУХИРЦЕВОГО ЛИШАЮ І ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ

Р.Ф.Айзятулов, В.В.Юхименко, Н.В.Єрмілова

У статті відмічені літературні відомості про клінічні прояви пухирцевого лишая і генітального герпесу. Показані серйозні ускладнення з боку внутрішніх органів і систем люд-

ського організму, труднощі терапії. Показана ефективність комплексної терапії із застосуванням препаратів Ацикловір Стада і Лавомакс.

### CLINIC AND THERAPY OF BUBBLE LICHEN AND GENYITAL GERPES

R.F.Aizjatulov, V.V.Yukhymenko, N.V.Yermilova

Literary information about the clinical displays of bubble lichen and genyital'nogo gerpesa is marked in the article. Serious complications from the side of internal organs and systems of human organism, difficulty of the conducted therapy are shown. Efficiency of complex therapy with the use of preparations of Atsyklovyr Herd and Lavomaks is shown.

УДК 616.5-002.828-008.13-092-085

### ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГПЕРКЕРАТОТИЧНУ ФОРМУ МІКОЗІВ СТУПНІВ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ПЕРИФЕРИЧНОГО КРОВООБІГУ

Л.А.Сторожук, С.Г.Свирид, В.Є.Симоненко, В.В.Вайс

*Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ,  
Шкірно-венерологічний диспансер № 1 м. Києва*

**Ключові слова:** мікози ступнів, периферичний кровообіг, дуплексне дослідження, агапурин ретард

Ескалація рівня захворюваності на мікози ступнів, котрий сягає 5-25%, ілюструє соціальний характер означеної патології [1-3]. Така розповсюдженість фунгальної інфекції пов'язана не лише та не стільки з покращенням діагностики, а обумовлена, насамперед, збільшенням кількості чинників, сприяючих маніфестації інфекційного процесу. Адже, попадання збудника на шкіру чи нігтьову пластинку ще нерівноцінне розвитку захворювання. Клінічні прояви мікозів ступнів з'являються лише у частини інфікованих осіб. Тому, причини розвитку фунгальної інфекції слід шукати як в особливостях грибів, так і в наявному дисбалансі макроорганізму-морфо-функціональних розладах різного генезу. Чільне місце серед останніх посідають інтеркурентні захворювання, особливо, потребуючі постійного прийому кортикостероїдів, антибіотиків, цитостатиків: туберкульоз, онкопатологія, СНІД, тяжкі форми псоріазу, лімфоми шкіри, цукровий діабет, порушення периферичного кровообігу та інші [4, 5]. Особлива увага приділяється пригніченню вазореактивності [6-8]. Встановлено, що порушення кровообігу

кінцівок у вигляді облітеруючого ендартеріїту, хвороби Рейно, варикозного розширення вен, діабетичної ангіопатії сприяють розвитку оніхомікозу. Наявні дані про відповідність оксигенації тканин нігтьових валиків особливостям їх кровопостачання. На рівні мікроциркулярного русла ступінь насиченості киснем залежить від кількості функціонуючих капілярів, судинного тону, внутрішньотканинного тиску та, в значній мірі, визначається метаболічними розладами. Тому, застосування лише антимікотиків не дозволяє досягти повноговиліковування пацієнтів, страждаючих на оніхомікоз. Це пов'язано з тим, що наявні у більшості таких хворих порушення магістрального кровообігу та мікроциркуляції не дають можливості накопичити необхідну концентрацію протигрибкового засобу в нігтьовій пластинці [9-11]. Однак, повідомлення про взаємозв'язок спрямованості та рівня розладів дистальної васкуляризації з клінічним перебігом мікозів ступнів і ефективністю антимікотичної терапії відсутні. Дослідження стану периферичного кровообігу нам здалося доцільним провести за допомогою дуплексного сканування (ДС). Адже, на відміну від доплеровських методик, воно дозволяє поєднати візуалізацію судин і оточуючих тканин в В-режимі з оцінкою гемодинамічних харак-