

из практики

## ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ: КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**А. Игнатовский**, кандидат медицинских наук,  
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова  
E-mail: [derm@list.ru](mailto:derm@list.ru)

*Обсуждаются наиболее распространенные ошибки диагностики герпетической инфекции и тактики ведения больных. Избежать ошибок можно путем внесения изменений в программы усовершенствования врачей и при соблюдении врачами всех специальностей единых клинических рекомендаций.*

**Ключевые слова:** герпетическая инфекция, качество медицинской помощи.

Лечение герпеса — непростая задача, решить которую можно, зная подходы к терапии, основанные на принципах доказательной медицины. В рамках деятельности АНО «Содружество специалистов по охране репродуктивного здоровья» мы провели опрос врачей-дерматовенерологов (29 человек) и акушеров-гинекологов (73 человека), чтобы определить наиболее часто применяемые подходы к ведению пациентов с генитальным герпесом, а также выявить трудности практических врачей при ведении пациентов с этой нозологией.

Большинство опрошенных (76%) неверно назвали методы диагностики, которые необходимо применить, чтобы отличить первичную герпетическую инфекцию от реци-

дива. При этом большинство врачей полагали, что различий в подходах к лечению первичной герпетической инфекции и рецидива не существует. Встретились затруднения и при ответе на вопрос об атипичных формах герпеса — 87% акушеров-гинекологов и 61% дерматовенерологов ответили неправильно или не смогли перечислить атипичные проявления герпеса.

В 51% случаев опрошенные указали, что в качестве препаратов 1-го ряда они выбирают ацикловир или его аналоги, однако нас насторожило то, что остальные 49% врачей начинают лечение с препаратов, относящихся к классу иммуномодуляторов, или применяют только их. 34% опрошенных затруднились указать, какие из предложенного списка противовирусных средств являются этиотропными, а какие — патогенетическими. Мы проанализировали также, какие из этиотропных противовирусных препаратов назначаются чаще. Отечественный ацикловир назначают 78% опрошенных, валацикловир — 14% и фамцикловир — 8%. При этом большинство (92%) опрошенных не смогли ответить на вопрос о разнице между ацикловиром и валацикловиром, считая их абсолютно идентичными. Опрошенные чаще всего (в 59% случаев) назначали схему приема ацикловира по 200 мг 5 раз в сутки в течение 7–10 дней, реже (24%) предпочитали схему: 400 мг 3 раза в сутки; валацикловир 11% опрошенных назначали по схеме: 500 мг 2 раза в сутки на 7 дней, фамцикловир (6%) — 250 мг 2 раза в сутки на 7 дней, причем предписывали одинаковые дозы как при первичной герпетической инфекции, так и в случае рецидива.

Что касается трудностей ведения пациентов, то чаще всего отмечали отсутствие четких представлений о тактике ведения беременных с герпетической инфекцией. По мнению 91% опрошенных, полезно проводить «круглые

## ПОЛИСОРБ МП – ЭФФЕКТИВНЫЙ ЭНТЕРОСОРБЕНТ МНОГОЦЕЛЕВОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Полисорб МП (Медицинский Пероральный) – современный высокоэффективный сорбент отечественного производства на основе природного высокодисперсного кремнезема. Полисорб МП в десятки раз эффективнее своих предшественников (угольные сорбенты и сорбенты на основе глины, в том числе смектиты). Полисорб МП используется в лечении отравлений, аллергических и дерматологических заболеваний, диареи, кишечных инфекций, острой и хронической интоксикации, похмелья. Начинает действовать уже через 1–4 минуты после приема внутрь. Средняя суточная доза для взрослых – 9–12 г (1–2 столовые ложки или 3-граммовый пакетик 3 раза в день), для детей – 0,15–0,2 г/кг в сутки.

Особенности применения Полисорба МП при различных заболеваниях:

1. **Острые кишечные инфекции.** Рекомендуется начать лечение Полисорбом МП в первые часы или сутки заболевания в комплексе с другими способами лечения. В первый день суточная доза дается в течение 5 часов с интервалами между приемами в 1 час. Во 2-е сутки суточная доза дается в 4 приема в течение суток. Продолжительность лечения – 3–5 дней.

2. **Дерматологические заболевания (псориаз, экзема, дерматит).** Применяется в комплексном лечении в обычных дозировках через 1,5–2 часа после еды для связывания интенсивно образующихся в это время в кишечнике недоокисленных промежуточных продуктов обмена, которые участвуют в патогенезе дерматологических заболеваний.

3. **Вирусный гепатит.** В комплексной терапии вирусного гепатита Полисорб МП применяют как детоксицирующее средство в обычных дозах в течение первых 7–10 дней болезни.

4. **Аллергические заболевания.** При острых и хронических аллергических реакциях препарат дают в обычных дозах до наступления клинического эффекта.

5. **Острая интоксикация при ОРВИ и гриппе.** В комплексной терапии через 1,5–2 часа после приема других лекарств в обычных дозах в течение 5–7 дней.

6. **Хроническая почечная и печеночная недостаточность.** Используют курсы лечения Полисорбом МП в течение 14–21 дня с перерывом 1–2 недели в средней суточной дозе.

**Полисорб МП не токсичен, не имеет возрастных ограничений и абсолютных противопоказаний в применении.**

[www.polisorb.ru](http://www.polisorb.ru)

Рег. уд. Р № 001140/01 от 10.09.2008.



столы», организовывать семинары с участием врачей разных специальностей для обмена информацией и опытом.

При проведении семинаров и анкетировании специалистов мы обратили внимание на то, что, по мнению большинства врачей, генитальная герпетическая инфекция, несомненно, представляет собой особую проблему при беременности; в отсутствие беременности влияние герпеса на психоэмоциональное состояние пациенток расценивалось как незначительное. В то же время, по данным Американской ассоциации социального здоровья (American Social Health Association), которая провела опрос 5000 больных генитальным герпесом (согласились ответить на вопросы 3120 человек), чтобы выяснить характер их переживаний в связи с болезнью и ее влияние на их жизнь [3], в психосоциальном плане это влияние следует оценить как серьезное и сохраняющееся на протяжении длительного периода. Более 50% респондентов отметили подавленность, боязнь быть отвергнутыми, а также то, что рецидивы генитального герпеса снижают сексуальное наслаждение, половую активность и как следствие — качество жизни.

По результатам опроса небольшой группы специалистов, нередко врач, зная полный спектр возможных методов лечения герпетической инфекции, все-таки дезориентирован из-за большого количества препаратов и всевозможных публикаций об эффективности тех или иных средств. Несомненно, в таком случае следует выбрать этиотропные противовирусные препараты с доказанной эффективностью и соответствующую стратегию ведения больного, исходя из предложений Международного герпетического форума (IHMF) в сотрудничестве с Новозеландским фондом борьбы с герпесом (New Zealand Herpes Foundation, NZHF) и Российским обществом дерматовенерологов и косметологов [1].

С современных позиций приняты следующие стратегии ведения пациентов с генитальным герпесом:

- лечение первичной герпетической инфекции;
- эпизодическое лечение рецидивов;
- варианты супрессивной терапии:
  - эпизодическая терапия;
  - длительная супрессивная терапия.

Первичную герпетическую инфекцию следует лечить системными препаратами. Многочисленными исследованиями доказано, что лишь пероральные противовирусные препараты способны эффективно разрешить симптомы не только при первичном эпизоде, но и при рецидивах [1, 2], причем важно не только это и ускорение заживления, но и обеспечение контроля над инфекцией (предотвращение рецидивов и передачи вируса) [1, 4, 5].

При редком рецидивировании (не более 4 раз в год) и легком течении заболевания системная терапия показана, но не обязательна; пациенту можно рекомендовать наружную терапию противовирусными средствами. При среднетяжелом и тяжелом течении генитального герпеса назначение системных препаратов — основной вариант лечения. Если герпетическая инфекция протекает тяжело, с тягостными ощущениями в продромальном периоде, очаги эпителизируются медленно, а интервалы между рецидивами — небольшие, после купирования рецидива пациенту необходимо предложить **длительную супрессивную терапию**. Этот вариант лечения позволяет контролировать герпетическую инфекцию, предотвращая рецидивы, возвращает уверенность в себе, предупреждает развитие фо-

бических состояний, улучшает психоэмоциональное состояние пациентов. На фоне длительного приема противовирусных препаратов вследствие нарастания титров антител при каждом рецидиве, протекающем в таком случае abortивно, формируется напряженный противогерпетический иммунитет. Продолжительность приема препарата — не менее 6 мес, после чего необходимо обсудить с пациентом полученный эффект и принять решение о дальнейшей тактике. Нет необходимости наблюдать пациента в течение 1 года, чтобы рассмотреть возможность назначения длительной супрессивной терапии, следует сразу проинформировать больного о возможности подобного варианта лечения. При этом важно четко и честно предупредить о перспективах длительной супрессивной терапии: вирус невозможно элиминировать из организма, но можно снизить число рецидивов, их тяжесть и увеличить межрецидивный период.

Врачу любой специальности следует помнить и о возможности проведения **эпизодической супрессивной терапии**. Этот вариант лечения предусматривает назначение системных противовирусных препаратов за несколько дней до проведения любых инвазивных процедур или в период действия предполагаемого триггерного фактора и продолжение приема препаратов еще в течение нескольких дней после окончания его действия. Подобный терапевтический прием позволяет избежать рецидива герпеса в период проведения медицинских манипуляций (аборт, диагностические гинекологические инвазивные манипуляции и др.), а также в зоне косметических вмешательств, например при контурной пластике губ и целом ряде других манипуляций. Эпизодическая супрессивная терапия может быть рекомендована пациентам и в других ситуациях на время предполагаемого действия триггера (например, экзамены, смена климата и др.) для профилактики рецидива.

Системные этиотропные препараты на фармацевтическом рынке представлены ацикловиром (оригинальный препарат — Зовиракс), валацикловиром (Валтрекс) и фамцикловиром (Фамвир) и являются единственной группой препаратов с доказанной эффективностью в отношении вируса простого герпеса I и II типов (этиологические агенты орофациального и генитального герпеса), а также вируса герпеса III типа Варицелла–Зостер (возбудитель ветряной оспы/опоясывающего лишая) [1].

Для правильного выбора терапевтической тактики прежде всего необходимо определить, имеет ли место у пациента первичная герпетическая инфекция или это рецидив. Следует также оценить локализацию поражения, площадь его очага и степень тяжести [7].

Местная противовирусная терапия в большинстве случаев малоэффективна с учетом патогенеза герпетической инфекции.

Необходимо помнить, что многочисленные иммунные препараты, представленные на фармацевтическом рынке, являются средствами патогенетической терапии и их назначение должно быть строго аргументированным в каждом конкретном случае.

Уникальная особенность всех противовирусных средств — то, что они активизируются только в инфицированной клетке под влиянием ферментов вируса герпеса. Так, молекула ацикловира имеет сходство с гуанозином — нуклеозидом, используемым для построения вирусной ДНК. В клетке, инфицированной вирусом герпеса, под

влиянием вирусной тимидинкиназы происходит фосфорилирование ацикловира. Затем вирусная полимераза, ошибочно принимая его за гуанозин, встраивает фосфорилированный ацикловир в концевой участок ДНК, что нарушает принцип комплементарности, а значит, делает невозможным дальнейший ее синтез. На этом основана избирательность действия ацикловира в инфицированной клетке. Включение ацикловира в новую вирусную ДНК происходит под влиянием не клеточных, а вирусных ферментов (тимидинкиназы и полимеразы). Поэтому ацикловир не участвует в синтезе ДНК в клетках, не пораженных вирусом.

Валиновый эфир ацикловира (валацикловир) обладает большей биодоступностью, чем ацикловир. По сути дела, валацикловир — транспортная форма ацикловира; при этом ацикловир — действующее вещество валацикловира.

Консультирование является неотъемлемой составляющей лечения. Пациентам следует рассказать об особенностях заболевания, возможных вариантах лечения, позволяющих эффективно контролировать герпес; однако при первом визите к врачу больные усваивают лишь небольшой объем информации, в связи с чем при повторных беседах надо возвращаться к ранее рассмотренным вопросам [2, 6].

Поводя итог сказанному, следует отметить, что анкетирование небольшой группы врачей продемонстрировало пробелы в их знаниях о генитальной герпетической инфекции. По нашему мнению, необходимо: внести уточнения и дополнения в учебные планы и программы факультетов повышения квалификации; привлечь врачей смежных специальностей к преподаванию отдельных вопросов на циклах усовершенствования; разработать стандарты ведения пациентов, которые следовало бы обязательно соблюдать.

Вместе с тем применение в отсутствие национальных стандартов врачами всех специальностей единых клинических рекомендаций российских профессиональных сообществ позволит врачу избежать ситуаций, когда при проведении экспертизы действия специалиста могут быть расценены как «ненадлежащее оказание» медицинской помощи.

## Литература

1. Дерматовенерология. Клинические рекомендации / Российское общество дерматовенерологов / под ред. А.А. Кубановой. — М.: ДЭКС-Пресс, 2008. — 368 с.
2. Catotti D., Clarke P., Catoe K. Herpes revisited: still a cause for concern // Sex Transm Dis. — 1993; 20: 77–80.
3. Centers for Disease Control. STD Treatment guidelines // MMWR, 2006; 55: 94 p.
4. Geretti A., Brown D. National survey of diagnostic services for genital herpes // Sex Transm. Infect. — 2005; 81 (4): 316–317.
5. Patel R. Supporting the patient with genital HSV infection // Herpes. — 2004; 11: 87–92.
6. Scouler A. Using the evidence base on genital herpes: optimising the use of diagnostic tests and information provision // Sex Transm. Infect. — 2002; 78 (3): 160–165. Review.
7. Wald A. Testing for genital herpes: how, who, and why // Curr. Clin. Top Infect. Dis. — 2002; 22: 166–180.

### HERPETIC INFECTION: MEDICAL CARE QUALITY

**A. Ignatovsky**, Candidate of Medical Sciences

Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University

The most common errors in the diagnosis of herpetic infection and the tactics of management of patients are discussed. The errors can be avoided if advanced training programs for physicians are modified and physicians of all specialties follow uniform clinical guidelines.

**Key words:** herpetic infection, quality of medical care.

## МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**Н. Петрова, А. Кутузова, Е. Бобровская,**

Санкт-Петербургский государственный университет, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

**E-mail:** petrova\_nn@mail.ru

*Острый период инфаркта миокарда (ИМ) с элевацией сегмента ST характеризуется появлением у больных депрессивных (>70% случаев) и тревожных (>60% случаев) расстройств и значительным снижением качества жизни. Назначение на 3-и сутки острого ИМ курсового лечения анксиолитиком Афобазолом безопасно и эффективно.*

**Ключевые слова:** острый инфаркт миокарда, депрессивные и тревожные расстройства, анксиолитик Афобазол.

Понимание необходимости целостного психосоматического подхода к лечению жизнеопасных заболеваний [6], к сожалению, пока не нашло должного отражения в практической деятельности врачей-интернистов. Между тем доля психосоматических расстройств в популяции и значимость психических факторов при сердечно-сосудистой патологии неуклонно возрастает [1, 5, 8, 17]. Аффективные нарушения, являясь одним из независимых факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), не только усугубляют симптоматику и ухудшают функциональный статус пациента, но и повышают вероятность неблагоприятных течения и исхода заболевания [2, 18]. Жизнеугрожающее обострение хронической ИБС — острый инфаркт миокарда (ИМ) — также неизбежно сопровождается эмоциональной нестабильностью пациентов. У 1/3 больных острым ИМ регистрируются тревожные и депрессивные расстройства, пациенты нередко испытывают дистресс, разнообразные фобии [10, 11, 16]. К сожалению, кардиологи не всегда уделяют достаточно внимания психологическому состоянию таких больных, а своевременная коррекция выявленных специфических нарушений не принадлежит к числу рутинных подходов. Таким образом, исследование фонового психического состояния и отработка методов психокорректирующего вмешательства у больных острым ИМ весьма актуальны.

Медикаментозная терапия тревожных расстройств хорошо разработана, однако в кардиологической практике выбор анксиолитика, особенно для пациента с ИМ, определяется не только эффективностью лекарственного препарата. Анксиолитик должен быть нетоксичным, не оказывать значимого влияния на гемодинамику, безопасно сочетаться с соматотропными медикаментами, не приводить к побочным неблагоприятным эффектам и синдрому отмены. Указанным требованиям отвечает производное 2-меркаптобензимидазола — селективный анксиолитик Афобазол, тормозящий развитие мембранозависимых изменений в ГАМК-бензодиазепиновом рецепторном комплексе [7]. В связи с тем что сведения о возможном его ис-