

УДК 616.523-084

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Т.В. Проценко

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: герпес, профилактика, косметологические вмешательства.

Проблема герпесвирусной инфекции (ГВИ) в косметологии приобрела особую актуальность в последние десятилетия в связи с расширением рынка косметологических услуг и повышением спроса населения на них, использованием новых, в том числе инвазивных методик.

И хотя о герпесе говорили еще два тысячелетия назад, его симптомы изучал еще Гиппократ, а в XVII веке герпес прозвали в честь страдающего лихорадкой Луи XIV «болезнью французских королей», истинная распространенность ГВИ до настоящего времени не известна [2, 3, 6].

По статистике, носителями вируса в странах Евросоюза, США, Канады являются от 30 до 50% населения, а в странах третьего мира — 80—98%, причем у половины из них рецидивы заболевания отмечаются по меньшей мере 1 раз в год, поскольку устойчивого иммунитета против ГВИ не существует [4, 8]. Приводят данные, что к 15 годам жизни 70—90% людей инфицированы по меньшей мере восемью клинически значимыми герпес-вирусами [2, 3, 8]. Указанные данные свидетельствуют о том, что количество потенциальных клиентов косметологических клиник, нуждающихся в профилактике или лечении ГВИ, весьма значительное.

Клинически значимыми особенностями ГВИ в дерматокосметологической практике являются: инфицирование в детском возрасте; длительное латентное течение; «пожизненная» персистенция вируса; многообразие клинических манифестных форм [4, 7].

Следует отметить, что отсутствие герпетического анамнеза не означает отсутствия ГВИ. Чаще всего клиенты косметологических клиник, по нашим данным, в лучшем случае знают о *Herpes labiales* или *Herpes pro genitalis*, другие же локализации или клинические варианты ГВИ даже при обострении процесса часто остаются нераспознанными.

Существующие и широко применяемые методы лабораторной диагностики, выявляющие противовирусные антитела, отражают напряженность иммунитета и то, что человек был подвержен влиянию вируса. Но они недостаточны для постановки диагноза герпеса [2, 10].

Реактивация латентного вируса может произойти под влиянием стресса, травмы, косметологического вмешательства, особенно инвазивного. Патогенетические механизмы латентной вирусной инфекции до настоящего времени не изучены, поэтому предугадать риск рецидива герпеса после косметологического вмешательства не представляется возможным.

Нераспознанный герпес или неправильно оцененный герпетический анамнез с соответствующей лечебной тактикой может привести к следующим осложнениям ГВИ после косметологических вмешательств: рецидив герпеса, герпетическая экзема Капоши, герпетические нейроинфекции, офтальмогерпес, герпетический стоматит.

Вот почему в косметологии так важен правильный выбор объема и времени проведения противогерпетического профилактического лечения.

Тактика назначения противогерпетических препаратов зависит от предполагаемого вида косметологического вмешательства и предшествующего течения ГВИ. Оценивают степень инвазивности предполагаемого воздействия (косметологическая хирургическая операция, лазерная шлифовка, дермабразия, пирсинг, перманентный татуаж (tattoo), химический пилинг), а также частоту рецидивов: частые рецидивы (1—2 раза в год), редкие рецидивы (1 раз в 2—3 года), эпизоды ГВИ в прошлом, отсутствие «герпетического анамнеза».

Существует три основных направления противовирусной терапии:

1. Химиотерапия — системные противовирусные препараты:

- ацикловир;
- валацикловир;
- фамцикловир.

2. Неспецифическое воздействие:

- индукторы интерферона;
- иммуномодуляторы;
- интерфероны.

3. Вакциноterapia:

- герпетическая поливалентная вакцина.

Лечением ГВИ, по нашему мнению, должен заниматься дерматовенеролог-дерматокосметолог. Самым эффективным в лечении ГВИ является селективное воздействие на различные этапы репродукции вируса простого герпеса (противовирусная химиотерапия). С этой целью используют ацикловир (по 200 мг 5 раз/сут, или 5—10 мг/кг массы тела в сутки внутривенно), или валацикловир по 500 мг 2 раза/сут в течение 10—14 дней. В клинической практике ацикловир заслужил репутацию безопасного препарата, однако его низкая биодоступность и неудобство в применении стали причиной разработки препарата второго поколения — «Вальтрекс™» (валацикловир). Его биодоступность превышает 50% [1]. Это позволяет достичь концентрации препарата в крови, которую можно сравнить с

концентрацией, которая достигается при парентеральном применении препарата. Более того, благодаря высокой биодоступности можно уменьшить кратность приема. Все это способствует улучшению комплаенса и увеличению фармакоэкономической эффективности при лечении герпесных инфекций «Вальтрексом» по сравнению с ацикловиром [9].

Лечение целесообразно начинать с 1—2-го дня появления пузырьков [4, 5, 10].

Наиболее спорный вопрос неспецифического воздействия. Для подавляющего большинства иммуномодуляторов не определены оптимальные показания по времени и продолжительности применения в разных фазах инфекционного процесса [11].

Неспецифические функциональные сигналы иммунной системе, которые, возможно, воспроизводят некоторые иммуномодуляторы, зависят от дозы, то есть от количества и функционального состояния отзвывающихся на сигнал клеток [10, 11]. В клинической же практике иммуномодуляторы используют в универсальных дозах и без предварительного изучения функционального резерва клеток — мишеней иммунной системы. Естественно, что при такой неопределенности мы не вправе всегда ожидать клинического эффекта. Именно по этой причине в странах с хорошо развитой страховой медициной иммуномодулирующая терапия многофазных инфекционных процессов не нашла развития, и врачи избегают назначения подобных препаратов.

Теоретически обоснованным можно считать назначение иммуностимуляторов в пролиферативную фазу иммунного ответа, чтобы назначение иммуно-

модуляторов совпадало с фазой формирования гаплогликопептидных антител или пролиферацией Т-киллеров [10, 11]. Обычно при противогерпетическом иммунном ответе — не раньше 21-го дня при остром и 14-го при рецидивирующем процессе [11].

В дерматокосметологии наиболее значимо профилактическое противовирусное лечение химиопрепаратами.

Выделяют два основных вида профилактической противовирусной терапии: эпизодическую (кратковременную, в течение 5—10 дней) и супрессивную (длительную, 6—12 мес).

Основные препараты:

- ацикловир, который назначают по 400 мг (2 таблетки) 2—3 раза/сут;
- валацикловир («Вальтрекс»), по 500 мг (1 таблетка) 1 раз/сут.

Для профилактики обострений ГВИ при неинвазивных косметологических вмешательствах целесообразно назначение «Вальтрекса» по 500 мг 2 раза/сут за день до и 5 дней после вмешательства. При инвазивных вмешательствах (лазерная шлифовка, косметическая хирургия) «Вальтрекс» назначают по 500 мг 2 раза/сут за 3 дня до и 7—10 дней после вмешательства (до полной реэпителизации поверхности) [10].

Эффективность валацикловира («Вальтрекса») при профилактике ГВИ на 44% выше, чем ацикловира [2].

Наш трехлетний опыт профилактической противогерпетической терапии химиопрепаратами (ацикловир, валацикловир) при проведении косметологических вмешательств подтверждает высокую эффективность предложенного подхода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авкобян В.А. и соавт. Генитальный герпес: современные проблемы и пути их решения // *Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер.* — 2003. — № 1, Т. 5.
2. Борисенко К.К. Генитальный герпес // *Бюллетень для врачей и фармацевтов.* — 1999. — № 1 (21). — С. 3—11.
3. Кузьмин В.Н. Акушерская тактика у беременных с герпетической инфекцией: Пособие для врачей. — М., 2000. — 32 с.
4. Мавров И.И. Герпес — вирусная инфекция: клинические формы, патогенез, лечение / *Руководство для врачей.* — Харьков, 1998. — 80 с.
5. Мельник В.В. Зовиракс: специфическая химиотерапия герпетической инфекции // *Укр. мед. часопис.* — 1998. — № 1 (3) — 1 / 11. — С. 50—54.

6. Рахова В.Н., Кузнецова Е.А., Заяц Т.Н. Современные аспекты комплексной терапии герпетического стоматита // *Пародонтология.* — 1999. — № 4 (14). — С. 18—24.
7. Семенова Т.Б., Губанова Е.И. Современные представления о клинике, эпидемиологии и лечении простого герпеса // *Леч. врач.* — 1999. — № 2 — 3. — С. 10—16.
8. Толкач С.Н. Герпетическая инфекция и ее влияние на течение беременности и состояние новорожденности // *Доктор.* — 2001. — № 3 (7). — С. 30—39.
9. Юрочко Ф. Применение валацикловира при герпетических инфекциях // *Медицина світу.* — 2005. — Т. 18, № 5. — С. 429—432.
10. Fitzpatrick T.B. *Laser Surgery in Cosmetology.* — New York — Toronto, 2000. — 946 p.
11. *Genital Herpes: A Clinicians's Guide To Diagnosis And Treatment /* Beutner K.R., Brown Z.A., Cates W.Jr. et. all. — AMA, 1997. — 40 p.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Т.В. Проценко

У статті узагальнено дані про поширеність герпесвірусної інфекції, обговорюється значущість проблеми в косметологічній практиці. Запропоновано підходи до профілактики герпесу залежно від обсягу і виду косметологічного втручання.

THE MODERN APPROACHES TO PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF HERPESVIRUS INFECTION

T.V. Prochenko

In this article the data of prevalence of herpesvirus infection are generalised and the importance of this problem in cosmetology is discussed. The approaches to prophylaxis of herpes are offered depending on volume and kind of cosmetology intervention.