

## ПРОБЛЕМЫ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ И МЕСТО ФИТОХИТОДЕЗТЕРАПИИ В ИХ РЕШЕНИИ

Л. В. Погорельская, О.А. Кудря ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», г. Москва

Герпетическая инфекция (ГИ) среди вирусных заболеваний человека занимает одно из ведущих мест (И.Ф. Баринский, 2004). 90 % населения земного шара индуцировано герпесвирусами, при этом до 12 % заболевание носит рецидивирующий характер (Н.П. Глинских, 1997).

В 1999 г. ВОЗ объявила о пандемии ГИ. За последние годы отмечается рост заболеваемости генитальным герпесом, обусловленным вирусом простого герпеса - 2 (ВПГ-2). По данным США 50 млн человек инфицировано ВПГ-2 с поражением гениталий, в то же время ежегодно диагностируется более чем миллион новых случаев. Однако исследования свидетельствуют, что нередко генитальный герпес связан с первым типом простого герпеса (HSV-1). Ученые всего мира всех специальностей бьют тревогу относительно неблагоприятного влияния вируса простого герпеса на уровень здоровья и воспроизводство населения. Английскими учеными доказано, что герпетическая инфекция может выступать в качестве иницирующего фактора при раке шейки матки и раке предстательной железы (Schmitt J. and at all, 1989), т. е. вирус может быть активатором протонкогенов клетки.

Немаловажное значение имеет влияние герпетической инфекции на случаи невынашивания беременности женщинами, а также на возможность развития врожденных уродств и тяжелого поражения глаз у новорожденных (Brown L. A., Selke S. And at all, 1997). Многочисленные исследования дали основания считать, что ВПГ может быть одной из причин индукции атеросклероза, ведущего к развитию острого инфаркта миокарда (Вотьяков В.И. и др.1991, 1994; Исаков В.А. и др. 2004; Liguci A. At all 1997).

В патогенезе герпетической инфекции важную роль играет их способность поражать многие клетки крови, в том числе эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, макрофаги и длительно персистировать в организме, что приводит к развитию иммунодефицитных состояний. Нарушается элиминация вируса из организма, а высокий титр вируснейтрализующих антител препятствует его распространению, но не предупреждает возникновение его рецидивов.

Клиническая картина герпетической инфекции многообразна: от бессистемного до тяжелого генерализованного процесса с поражением других органов и систем, в том числе мозга. Особые трудности представляет ранняя клиническая диагностика герпетической инфекции. При обследовании 50 больных (в основном молодого возраста) с хронической герпетической моноинфекцией, подтвержденной впоследствии наличием антител к ВПГ в ИФА и ПЦР-РНК типов 1 и 2, было установлено, что основным ведущим симптомом, при котором больные обращаются к различным специалистам, является астенизация, наличие герпетических высыпаний в том числе на половых органах и ягодицах. У 24 % больных наблюдались нарушения со стороны органов зрения: покраснение конъюнктив, боль в глазах, жжение, выделение из конъюнктивального мешка, снижение зрения. Больные обращались к разным специалистам, однако лишь у 32 % пациентов был установлен правильный диагноз при первичном обращении. У остальных ведущими были патология половых органов - 30 % и органов зрения - у 14 % пациентов. Сроки установления окончательного диагноза колебались от 1 до 60 месяцев, длительность болезни ГИ - 2-125 месяцев.

Важно, что у большинства больных (90 %) отмечались: длительный субфебрилитет, лимфоаденопатия с вовлечением 2-х и более групп лимфоузлов, поражение слизистых глаз, полости рта и половых органов, болезненность при пальпации живота, склонность к лейкопении с лимфоцитозом, ускоренное СОЭ, анемия, гипербилирубинемия и гиперферментемия. Кроме этого появлялись обострения имевших место сопутствующих воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта, ЛОР-органов и органов дыхания.

При исследовании иммунного статуса были выявлены различной степени нарушения, характеризующиеся снижением числа иммунорегуляторных клеток: Т-лимфоцитов, (СД3+), (СД4), и соотношения СД4/СД8 в сторону увеличения Т-супрессоров, накоплением патогенных циркулирующих иммунных комплексов, нарушением фагоцитоза.

Отмечено значительное превышение у больных ГИ популяции р-лимфоцитов - СД22, а также повышение уровня JgM при низких показателях JgA. У всех больных ГИ уровень цитокинов типа интерлейкина-1 в крови был в 4 - 8 раз ниже, чем в контрольной группе. Выявлено, что у пациентов с длительностью болезни ГИ 2-12 лет наблюдалось двукратное снижение выработки сывороточного ИФН-у, а продукция ИФН а и р *in vitro* при стимуляции вирусным индуктором у этих же пациентов было в 4 - 5 раз ниже по сравнению с контрольной группой.

Этот факт, вероятно, свидетельствует об истощении интерферонпродуцирующей способности лейкоцитов. Следовательно, такую группу больных можно рассматривать как обреченную на частые рецидивы. В то же время частые рецидивы инфекции приводят к еще более выраженным нарушениям в системе интерферонов.

На сегодняшний день известно, что ни один из традиционно используемых методов (как монотерапия) лечения ГИ (противовирусная терапия, местная, интерферонотерапия, иммунокоррекция) не обеспечивает высокой эффективности лечения. В случаях положительного эффекта необходимо закрепление его дабы получить длительную ремиссию. Частое использование вышеперечисленных препаратов вряд ли оправдано, так как может дать нежелательные побочные эффекты. Поэтому нужны альтернативные средства, способные при длительном и частом их использовании приводить к желаемому результату.

Таковыми средствами являются лекарственные препараты растительного происхождения в комбинации с растворимой формой хитозана полифракционного состава (Погорельская Л.В. и др.

Патенты РФ № 2273484 и № 2270585 от 22.03.2001; Комаров Б.А. и др. Патенты РФ № 2204402 и № 2215749 от 14.06.2001).

Подбор лекарственных растений проводили в соответствии с особенностями патогенетического механизма герпетической инфекции. Необходимо было испытать растения, обладающие противовирусным, противовоспалительным, регенерирующим, ранозаживляющим, противоаллергическим и антиоксидантным действием, а также содержащие витамины, являющиеся индукторами интерферонезиса. С этой целью было использовано 15 лекарственных растений в экспериментальной модели на мышах и изучено их действие как профилактическое, так и лечебное. Исследования проводились в институте вирусологии им. Ивановского. Полученные данные позволили отобрать наиболее эффективные лекарственные растения и составить фитосбор состава: корень лопуха, трава копеечника и череды трехраздельной, цвет бессмертника песчаного и лабазника вязолистного, почки тополя черного, корни гравилата речного и солодки голой в равных частях.

Следующим этапом было создание лекарственной формы - фитохитодеза противогерпетического (серия 18), представляющего собой молекулярный комплекс экстрагируемых из вышеперечисленных лекарственных растений веществ с водорастворимой формой хитозана полифракционного состава. Технология получения этого комплекса характеризуется единым технологическим циклом и предусматривает обязательное использование деминерализованной воды. Таблетированная форма препарата хорошо растворяется слюной и быстро усваивается.

Фитохитодез-18 назначали больным с ГИ и преимущественным поражением слизистых и кожи (32 человека), а также в области ягодиц и половых органов (10 человек). Диагноз ГИ был верифицирован в помощью ПЦР и ИФА. Установлено: у 30 человек обнаружен ВПГ 1 - го типа, у 10 - ВПГ 2-го, а у 2-х человек - ВПГ 1-го и 2-го типов одновременно. Все больные имели длительный анамнез, неоднократно лечились комплексом противовирусной терапии и интерфероном, а также иммунокорректирующими средствами (полиоксидоний, генон и др.).

Препарат фитохитодез-18 назначался после основного курса лечения в комбинации с местным лечением (фитомази) по 1 таблетке 4 раза в день. Длительность курса лечения - три недели.

Перерыв - одна неделя и далее три повторных курса также с недельными перерывами.

У 60 % больных в течение 4-х месяцев рецидивы не наблюдались. Несмотря на это им было рекомендовано профилактически по 1-му месяцу весной и осенью провести фитохитодезтерапию. У 40 % больных с частыми рецидивами (каждые две недели) после первого курса лечения наблюдалось появление редуцированной сыпи, которая быстро проходила. Уже к третьему курсу число коротких рецидивов сократилось до одного раза без явлений интоксикации. В последующем в течение года они обращались к приему фитохитодеза-18 с целью профилактики. Дальнейшее наблюдение за больными показало, что рекомендованная схема лечения обеспечивала длительную ремиссию до 2-3-х лет без приема традиционной противовирусной терапии. Преимущество применения фитохитодеза-18 наглядно демонстрируется данными таблицы.

### Эффективность фитохитодезтерапии при герпетической инфекции

Результат лечения	% от общего числа больных ГИ	
	Опытная группа с фитохитодезтерапией	Контрольная группа без фитохитодезтерапии
Положительный результат лечения	85	65
Рецидивы через 6 месяцев	10	55
Рецидивы через 12 месяцев	5	60
Рецидивы через полтора года без профилактического лечения	20	60

Из таблицы видно, что через 12 месяцев рецидивы наблюдаются всего лишь у 5 % больных, применявших фитохитодезтерапию по предложенной схеме лечения и для профилактики. В то время как у контрольной группы этот показатель в 12 раз больше и составляет 60 %. В целом данные таблицы констатируют существенное преимущество предлагаемого способа лечения герпетической инфекции. Можно предположить, что положительные показатели могут быть улучшены еще в большей мере, если будет проведена оптимизация используемого для получения препарата хитозана по составу олигомерной и высокомолекулярной фракций аналогично тому, как проведен выбор лекарственных растений в институте вирусологии им. Ивановского.

В заключение отметим, что данное исследование хорошо демонстрирует высокую эффективность фитохитодезтерапии, которая успешно развивается с 1992 года.