



<sup>1</sup> Омский  
государственный  
медицинский  
университет

<sup>2</sup> Омский  
клинический кожно-  
венерологический  
диспансер

# Опыт применения препарата Аллергоферон® при укусах насекомых

Д.И. Трухан, д.м.н., проф.<sup>1</sup>, О.И. Федотова<sup>2</sup>, А.В. Пилипенко<sup>2</sup>,  
Т.С. Тимченко<sup>2</sup>, А.А. Симонцева<sup>2</sup>, Н.В. Багишева, к.м.н.<sup>1</sup>,  
А.В. Мордык, д.м.н., проф.<sup>1</sup>, В.В. Голошубина, к.м.н.<sup>1</sup>, М.В. Моисеева, к.м.н.<sup>1</sup>

Адрес для переписки: Наталья Викторовна Багишева, ppi100@mail.ru

Для цитирования: Трухан Д.И., Федотова О.И., Пилипенко А.В. и др. Опыт применения препарата Аллергоферон® при укусах насекомых // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 8. С. 10–17.

DOI 10.33978/2307-3586-2020-16-8-10-17

**Цель** – оценить эффективность препарата Аллергоферон® для купирования местных реакций при укусах насекомых.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 80 пациентов (55 женщин и 25 мужчин) в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст –  $34,8 \pm 4,2$  года), обратившихся к дерматологу по поводу не только укусов насекомых, но и другой дерматологической патологии. При осмотре специалист выявил множество укусов, сопровождавшихся зудом. Пациенты были разделены на две группы. 45 пациентов первой (основной) группы получали местную терапию с использованием Аллергоферона, 35 пациентов второй (контрольной) не получали никакой терапии по поводу укусов насекомых. Лечение и наблюдение пациентов проводилось с оценкой эффективности, переносимости и безопасности препарата.

**Результаты.** Контрольные осмотры пациентов обеих групп осуществлялись через 24 и 48 часов. Через 48 часов у 44 (97,8%) пациентов первой группы наблюдалось полное разрешение субъективной симптоматики, зуд слабой степени сохранился лишь у одного пациента, исчезновение пятна отмечалось у 25 (55,6%) пациентов. В контрольной группе таких пациентов было всего 3 (8,6%). Рассасывание уртики и папулы происходило медленнее. Уртика диаметром 1,0 см сохранилась у 4 (8,9%; изначально у 75,6%) пациентов первой группы и 10 (28,85%; изначально у 54,6%) контрольной. Папулы изначально имели место у 14 пациентов первой группы и 10 пациентов второй. Спустя 48 часов папулы наблюдались лишь у 3 (21,4%) пациентов первой группы и 6 (60%) пациентов второй, причем у одного пациента папула сохранилась большого размера (свыше 1 см) и сопровождалась сильным кожным зудом.

**Заключение.** Местное использование комбинированного лекарственного препарата Аллергоферон® после укусов насекомых позволяет достигать быстрого купирования субъективных и объективных симптомов, особенно зуда в месте укуса – симптома, наиболее сильно беспокоящего большинство пациентов. Все пациенты отмечали хорошую переносимость препарата. Побочных эффектов и случаев отмены или отказа от использования геля не зарегистрировано.

**Ключевые слова:** укусы насекомых, лечение, интерферон, лоратадин, Аллергоферон



## Введение

В настоящее время распространение аллергических заболеваний носит характер пандемии. Только в странах Европы аллергией страдают около 150 млн человек. При этом у 30% европейцев имеют место аллергический ринит и конъюнктивит [1]. Каждые десять лет количество больных аллергическими заболеваниями увеличивается вдвое. Сегодня на фармацевтическом рынке представлено множество современных лекарственных препаратов, эффективно контролирующих симптомы аллергических заболеваний. Однако поиск лекарственных средств и методов иммуномодулирующего воздействия, позволяющих предотвратить усугубление течения заболевания и развитие обострений и осложнений, остается приоритетной задачей современной аллергологии и иммунологии. Сохраняют актуальность и клиническую значимость различные аспекты терапии и профилактики пациентов с инсектной аллергией (ИА), распространенность которой в разных регионах нашей страны колеблется от 0,1 до 0,4%. Причем чаще ИА отмечается у лиц молодого возраста (до 20 лет). При укусе насекомых sensibilization происходит парентеральным путем, поэтому аллергическая реакция отличается стремительным развитием и тяжестью проявлений. В клиниках Европы и США для лечения ИА активно применяют аллергенспецифическую иммунотерапию. В нашей стране на текущий момент разрешены к широкому клиническому применению лечебные формы аллергенов насекомых отсутствуют [2, 3]. В клинической практике дерматолога, терапевта и врача общей практики особое место занимают дерматозы отпускного (как правило, летнего) периода. Речь идет о последствиях укусов комаров, мошки (гноса), слепней,

пчел, ос, клещей (в эндемичных зонах), а также случаях возникновения гиперергической реакции на солнечное излучение. С расширением географии путешествий список таких заболеваний растет.

Локализация кожного процесса (высыпания различной степени выраженности и характера) на открытых участках кожи и неприятные субъективные ощущения, такие как зуд и болезненность, негативно влияют на качество жизни пациентов, принося не только физические, но и психоэмоциональные страдания. В ряде случаев возникают неврозоподобное состояние и депрессия.

Дерматозы отпускного периода подразделяют [1, 4]:

- на фотодерматозы (солнечный ожог, фоточувствительные реакции, солнечная крапивница, полиморфный фотодерматоз, фотофитодерматит и др.);
- клещевые поражения (Лайм-боррелиоз);
- воздействие членистоногих;
- аквагенные болезни.

Во время летнего отдыха в зонах умеренного климата отдыхающие часто подвергаются укусам и ужалению насекомых, особенно членистоногих (клещей, пауков, перепончатокрылых (ос, пчел), двукрылых (гноса, комаров), клопов и др.). Укусы членистоногих вызывают воспалительные и аллергические реакции.

Как правило, кожные высыпания представляют собой одиночные или сгруппированные папулы, везикулы и волдыри, сопровождающиеся зудом. Инкубационный период после воздействия членистоногих составляет от нескольких секунд до нескольких дней. Высыпания могут сохраняться в течение нескольких дней и даже месяцев. Не следует забывать о риске развития после укуса или ужаления насекомых анафилактического шока, который может привести к летальному исходу [1, 3, 5].

В соответствии с рядом клинических наблюдений, а также на основании различных экспериментальных данных реакция у людей, подвергшихся укусам, может быть следующей [6]:

- появление красной папулы по истечении 24 часов после укуса насекомого;
- возникновение волдыря сразу после укуса, спустя 24 часа – папулы;
- немедленное образование волдыря без последующего образования папулы;
- иммунологическая устойчивость и отсутствие реакции.

Симптомы поражения членистоногими обычно одинаковы, однако укусы некоторых из них имеют ряд особенностей. Укусы комаров на открытых участках тела вызывают папулезную крапивницу, иногда образование гранулем, субъективно выражаются в развитии зуда. Укусы слепней также вызывают папулезную крапивницу, иногда развитие аллергической реакции замедленного типа, субъективно – боль. Укусы мошки (гноса) безболезненны, поскольку во время укуса в рану впрыскивается анестетик. Впоследствии появляются эритема, отек, зуд, болезненность, могут развиваться общие реакции в виде лихорадки, головной боли, тошноты и увеличения лимфоузлов. После укусов клопов появляется папулезная крапивница с линейным расположением высыпаний. Волоски и шипы гусениц вызывают высыпания в виде эритематозных папул, часто расположенных линейными полосами, зуд, жжение, раздражение и аллергические реакции. При попадании волосков в глаза может развиваться кератоконъюнктивит, а при попадании в респираторный тракт – респираторные симптомы. В тяжелых случаях возможно развитие системных реакций. Ужаление пчел, ос, шершней, шмелей обычно крайне болезненно. Практически немедленно воз-



никают боль, жжение, позже развивается выраженная воспалительная реакция, проявляющаяся эритемой, отеком, образованием волдырей и воспалительных инфильтратов. Эта типичная реакция на укусы перепончатокрылых обычно стихает через несколько часов. В ряде случаев не исключены тяжелые системные реакции: анафилактический шок, отек Квинке, генерализованная крапивница, бронхоспазм и отек гортани. У сенсibilизированных лиц сразу после укуса насекомых развиваются аллергические реакции немедленного типа.

Для снижения вероятности укусов членистоногих необходимо избегать контактов с ними, носить закрытую одежду и обувь, не ходить босиком, не пользоваться парфюмерными средствами, прежде всего духами с цветочным ароматом, способными привлекать насекомых, особенно в теплые летние ночи. В профилактических целях применяются репелленты для кожи и одежды. Необходимо соблюдать гигиену тела и жилища [7].

Лечение предполагает применение топических и системных глюкокортикостероидов (ГКС), антигистаминных препаратов, инъекций адреналина при развитии анафилактического шока, сосудосуживающих и бронхорасширяющих средств. В случае присоединения вторичной инфекции возможно использование антибактериальных, стероидных мазей [3, 5, 7, 8–10].

ИА – это аллергия, возникающая при укусе, ужалении насекомых, при соприкосновении с ними, вдыхании частиц тела насекомых или продуктов их жизнедеятельности [4]. Аллергия к жалящим насекомым встречается у 0,4–0,8% населения. Распространенность аллергии на укусы насекомых в регионах варьируется от 5,0 до 25,0% [11].

В Смоленском государственном медицинском университете было проведено исследование частоты встречаемости и особенностей ИА путем простого анкетирования с участием пациентов в возрасте от 18 до 38 лет (средний возраст –  $20,6 \pm 1,2$  года). У 17 (24,3%) человек зафиксирована аллергия на укусы и ужаления насекомых. Полученные ответы косвенно свидетельствовали о достаточно высокой распространенности ИА. Среди респондентов с ИА 23,5% – лица мужского пола, 76,5% – лица женского пола [2, 9].

Этиологическим фактором ИА в 47,1% случаев была мошка (гнус), в 41,2% случаев – осы, в 35,3% – комары, в 29,4% – пчелы, в 23,5% – слепни, в 23,5% – муравьи, в 5,9% случаев – клопы. При этом 82,4% пациентов с ИА указали на реакции к представителям разных групп насекомых. Было отмечено, что в 76,5% случаев ИА возникала в один из летних месяцев (преимущественно в июне – 56,0%), что скорее всего обусловлено максимальной активностью насекомых в этот период.

Среди всех случаев реакций немедленного типа симптомы аллергии после укуса/ужаления в 76,5% наблюдений возникали в течение первого часа, в 13,3% – спустя три часа. В 35,3% наблюдений время до начала появления симптомов, развившихся по механизму гиперчувствительности замедленного типа, составило два-три дня [2, 9]. Чаще регистрировались местные реакции (85,6%) в виде отека, покраснения и зуда. Системные реакции в виде сыпи вне места укуса/ужаления имели место в 30,2% случаев, заложенности носа – в 17,6%, приступообразного чихания – в 17,6% случаев. В целом 11,8% респондентов с ИА имели признаки анафилактического шока. Местная реакция (отек, покраснение, зуд) развивалась на укусы/ужаления пчел (25,4%), комаров (30,7%), мошки (42,3%),

клопов (9,6%). Системная реакция чаще отмечалась при укусах/ужалении пчел (5,7%) и ос (11,6%) [2, 9].

Укусы насекомых в теплое время года на отдельных территориях – широко распространенная проблема. У большинства людей может появиться как местная, так и общая реакция, вплоть до анафилактического шока. Местная реакция сопровождается зудом, гиперемией и отеком мягких тканей [12, 13]. Сказанное определяет актуальность внедрения и апробации новых препаратов, преимущественно местного применения, одновременно эффективных при укусах насекомых, доступных и простых в использовании, купирующих симптомы (например, зуд в месте укуса) на ранних стадиях развития, а следовательно, способствующих сокращению продолжительности симптомов и повышению качества жизни пациентов.

На сегодняшний день на фармацевтическом рынке представлены лекарственные средства с разной эффективностью. Особое место среди препаратов неспецифической терапии и профилактики вирусных инфекций занимают интерфероны (ИФН). ИФН представляют группу лекарственных соединений, в основе которых лежат структурные аналоги биологически активных гликопротеидов, секретируемых клеткой организма в процессе защитной реакции на чужеродную информацию – вирусную инфекцию. ИФН стимулируют процесс презентации антигена иммунокомпетентным клеткам, модулируют активность естественных киллеров, участвующих в противовирусном иммунитете [14, 15]. Кроме того, ИФН оказывают иммуномодулирующее действие: усиливают цитотоксичность сенсibilизированных лимфоцитов, а также ускоряют продукцию антител и опосредованный ими лизис инфицированных клеток макро- и микрофагами.



Доказано противоаллергическое действие низких доз ИФН-альфа при местном (накожном) применении. Оно обусловлено способностью данного цитокина регулировать IgE-ответ за счет снижения количества низкоаффинных рецепторов IgE на поверхности иммунокомпетентных клеток и естественного увеличения содержания растворимой формы этого рецептора в сыворотке крови. Постепенно происходит переключение синтеза антител с IgE на IgG и угасание реакции на аллерген с вовлечением в процесс главных регуляторов аллергического ответа клеток с фенотипом CD8+, CD60+, ИФН-гамма и интерлейкина 10 [16, 17].

Применение препарата, содержащего ИФН альфа-2b и лоратадин, в виде геля для наружного применения в целях купирования зуда, отека и гиперемии, вызванных укусами насекомых, представляется перспективным в аспекте расширения спектра его действия. В весенне-летний период в большинстве областей Западной Сибири, лесной, лесостепной и таежных зонах, в частности в Омской области, встречается огромное количество кровососущих или кусающих насекомых. Их укусы снижают качество жизни пациентов, предрасположенных к аллергическим реакциям, приводят к воспалительным изменениям, появлению сыпи в виде пятен, волдырей и папул. Использование отечественного комбинированного лекарственного препарата Аллергоферон® (ИФН альфа-2b + лоратадин) может привести к быстрому купированию местных аллергических реакций.

*Цель* данного исследования – оценить эффективность препарата Аллергоферон® для купирования местных реакций при укусах насекомых.

*Задачи* исследования:

- 1) оценить местные клинические проявления у пациен-

тов, обратившихся к дерматологу по поводу укусов насекомых;

- 2) проанализировать эффективность купирования зуда, гиперемии и отека в очаге укуса насекомого в динамике на фоне применения у пациентов препарата Аллергоферон®;
- 3) определить частоту и степень выраженности побочных реакций при использовании препарата Аллергоферон®.

### Материал и методы

*Характеристика лекарственного препарата*

Лекарственный препарат Аллергоферон® (гель для местного и наружного применения) – результат инновационного подхода к лечению аллергических заболеваний, основанного на комплексной противоаллергической, иммунной и противовирусной коррекции. Выпускается отечественным производителем – биотехнологической компанией ФИРН М. Препарат представляет собой оригинальную запатентованную композицию ИФН альфа-2b человеческого рекомбинантного и лоратадина [18]. Состав на 1 г геля:

- ✓ действующие вещества: ИФН альфа-2b человеческий рекомбинантный 5000 МЕ, лоратадин 0,01 г;
- ✓ вспомогательное вещество: полимерная основа.

Интерферон обеспечивает выраженный иммуномодулирующий эффект. Лоратадин – блокатор H1-гистаминовых рецепторов второго поколения, оказывает местное противоотечное и противовоспалительное действие, уменьшает жжение и зуд. Аллергоферон® обладает антигистаминным, противоаллергическим, противозудным, антиэкссудативным, противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектами. Фармакотерапевтическая группа: противоаллергическое средство комбинированное (H1-гистаминовых рецепторов бло-

катор + цитокин). Отпускается без рецепта.

### Дизайн исследования

Исследование простое, проспективное. Было проведено на базе поликлинического отделения № 3 Омского областного клинического кожно-венерологического диспансера. Пациенты в качестве терапии в течение первых двух суток в местах укусов насекомых использовали гель Аллергоферон®. Контрольные визиты для клинической оценки субъективного и объективного состояния пациентов осуществлялись спустя 24 и 48 часов от момента назначения препарата при первом приеме дерматолога.

Критериями включения в исследование служили наличие укуса насекомого и согласие на применение изучаемого препарата. Критерий исключения – отказ от применения препарата. Исключение из исследования предусматривалось:

- ✓ при отказе больного от участия в исследовании на любом этапе;
- ✓ развитии побочных эффектов;
- ✓ ухудшении состояния пациента, требующем госпитализации.

Оценка эффективности лечения проводилась на контрольных визитах (через 24 и 48 часов) и включала:

- ✓ субъективную оценку симптомов пациентами (выраженность кожного зуда);
- ✓ объективную оценку состояния кожного покрова в месте укуса (пятно, уртика, папула). Переносимость препарата оценивали дважды, при каждом визите к врачу (через 24 и 48 часов от момента назначения препарата). Переносимость оценивалась как хорошая, удовлетворительная или неудовлетворительная.

### Характеристика больных

В исследование было включено 80 пациентов (55 женщин и 25 мужчин) в возрасте от 18



Таблица 1. Характеристика пациентов

Параметр	Первая группа (n = 45), абс. (%)	Вторая группа (n = 35), абс. (%)	$\chi^2$ ; p
Мужчины	8 (17,8 ± 5,7)	23 (65,7 ± 8,0)	8,30; 0,004
Женщины	37 (82,2 ± 5,7)	12 (34,3 ± 8,0)	4,87; 0,030
Средний возраст	32,6	36,7	0,227; 0,820
Среднее количество укусов	8	6	0,000; 0,945
Зуд в месте укуса:			
■ 1 балл	0 (0)	0 (0)	–
■ 2 балла	0 (0)	0 (0)	–
■ 3 балла	45 (100)	35 (100)	0,000; 1,000
Пятно:			
■ 0,5 см	2 (4,4 ± 3,1)	4 (11,4 ± 5,4)	1,18; 0,277
■ 0,7 см	8 (17,8 ± 5,7)	7 (20,0 ± 6,8)	0,01; 0,941
■ 1,0 см	35 (77,8 ± 6,2)	24 (68,6 ± 7,8)	0,13; 0,717
Уртика (волдырь):			
■ 0,5 см	5 (11,1 ± 4,7)	8 (22,9 ± 7,1)	0,80; 0,371
■ 1,0 см	34 (75,6 ± 6,4)	19 (54,3 ± 8,4)	0,83; 0,364
Папула:			
■ 0,5 см	6 (13,3 ± 5,1)	6 (17,1 ± 6,4)	0,01; 0,925
■ 1,0 см	8 (17,8 ± 5,7)	4 (11,1 ± 5,4)	0,14; 0,713

до 70 лет (средний возраст – 34,8 ± 4,2 года), обратившихся к дерматологу по поводу укусов насекомых, а также с другой дерматологической патологией, при осмотре которых специалистом было выявлено множество укусов, сопровождающихся зудом. Обращение к дерматологу было обусловлено либо множественными укусами, либо реакцией со стороны кожных покровов или выраженным зудом, ранее не имевшими места у данного пациента (табл. 1). Пациенты были разделены на две группы. 45 пациентов первой (основной) группы получали местную терапию Аллергофероном, 35 пациентов второй (контрольной) не получали никакой терапии по поводу укусов насекомых. Группы не имели статистически значимых различий по субъективной и объективной выраженности симптомов. Препарат назначали с первых часов после обращения к врачу (первое применение – непосредственно на приеме под контролем врача), кратность применения составила 4–6 раз в день (через два-три часа в течение

двух-трех суток) до купирования симптомов.

### Клиническая эффективность и безопасность

Эффективность оценивали исходя из выраженности кожного зуда, гиперемии и отека в местах укуса (пятно, уртика, папула). Переносимость препарата определяли на основании субъективной оценки пациента. В дерматологии для стандартизации описания кожных высыпаний предусмотрена четкая терминология, включающая тип поражения, конфигурацию поражения, текстуру, распределение и цвет. При этом использование термина «сыпь» не всегда обоснованно, поскольку в большей степени это обобщенный термин для обозначения временных высыпаний на коже.

В данном исследовании для оценки реакции пациентов на укус насекомого использовали такие параметры, как зуд, пятно (гиперемия), отек, уртика (волдырь), папула.

Зуд возникает спустя несколько минут или в течение двух-трех часов после укуса насекомого,

без лечения проходит бесследно в течение двух суток. Зуд оценивали по субъективным ощущениям пациентов: слабый (1 балл), умеренный (2 балла), сильный (3 балла) и по продолжительности: до 12, 24 и более 24 часов.

Пятно – плоское непальпируемое высыпание, диаметр которого обычно менее 10 мм. В зоне пятна цвет кожи меняется. Пятно не возвышается и не западает относительно окружающей его поверхности кожи, размеры пятна – 0,5–1,0 см.

Волдырь (лат. *urtica*) – элемент без полости, округлых или неправильных очертаний, розового цвета, иногда с белесоватым оттенком в центре, возникает из-за отека сосочкового слоя дермы. Волдырь имеет круглую или неправильную форму, клинически представляет собой уплотненный возвышающийся участок кожи розового цвета с неправильными очертаниями. Волдырь возникает как аллергическая реакция на эндо- и экзогенные раздражители (укусы насекомых), сопровождается зудом и жжением. Характерно внезапное, почти мгновенное возникновение, кратковременное (в течение нескольких минут или часов) существование и быстрое бесследное исчезновение. В нашем исследовании рассматривалось наличие или отсутствие волдыря, оценивались его размеры – 0,5–1,0 см.

Папула, или узелок (лат. *papula*) – бесполой элемент с измененной окраской кожи, разрешающийся бесследно или оставляющий после себя пятно поствоспалительной пигментации. Это возвышающиеся пальпируемые высыпания, диаметр которых обычно не превышает 10 мм. По глубине залегания узелки бывают эпидермальными, дермальными и эпидермодермальными. Могут быть воспалительными и невоспалительными. В зависимости от размера они подразделяются на



милиарные (диаметр 1–3 мм), лентикулярные (0,5–0,7 см) и нумулярные (1–3 см). В данном исследовании определяли отсутствие или наличие папулы и ее размеры (0,5–1,0 см). При выраженной реакции могут встречаться папулезно-уртикарные элементы. Как правило, в отсутствие терапии элементы сыпи разрешаются в течение 3–5 дней.

### Статистический анализ

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета прикладных программ BIOSTAT и Excel. Данные представлены как mean ± SD. Достоверность различий количественных показателей между группами определяли с использованием критериев хи-квадрат ( $\chi^2$ ) и Манна – Уитни, достоверность различий внутри одной группы – с помощью парного t-критерия Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

Всех пациентов, включенных в исследование, приглашали на повторный осмотр через 24 и 48 часов после первичного осмотра для оценки субъективной и объективной клинической картины. Через 24 часа пациенты обеих групп отметили улучшение состояния разной степени выраженности (табл. 2). У половины (51%) пациентов основной группы на фоне применения препарата Аллергоферон® удалось полностью купировать кожный зуд – наиболее яркое и практически единственное субъективное проявление, значительно снижающее качество жизни. Папула сохранилась у 13 пациентов первой и 10 пациентов второй группы.

Наилучший положительный эффект в купировании кожного зуда скорее всего был обусловлен воздействием лоратадина, входящего в состав препарата. На фоне терапии пациенты

Таблица 2. Динамика состояния пациентов через 24 часа

Исследуемый критерий	Первая группа (n = 45), абс. (%)	Вторая группа (n = 35), абс. (%)	$\chi^2$ ; p
Зуд в месте укуса:			
■ 0 баллов (нет зуда)	23 (51,1 ± 7,5)	5 (14,3 ± 5,9)	<b>5,96; 0,015</b>
■ 1 балл	15 (33,3 ± 7,0)	15 (42,9 ± 8,4)	2,22; 0,165
■ 2 балла	7 (15,6 ± 5,4)	10 (28,6 ± 7,6)	6,32; 0,021
■ 3 балла	0 (0)	5 (14,3 ± 5,9)	3,93; 0,047
Пятно:			
■ 0,0 см	3 (6,7 ± 3,7)	1 (2,9 ± 2,8)	0,05; 0,824
■ 0,5 см	25 (55,6 ± 7,4)	8 (22,9 ± 7,1)	<b>3,77; 0,052</b>
■ 0,7 см	15 (33,3 ± 7,0)	14 (40,0 ± 8,3)	0,18; 0,675
■ 1,0 см	2 (4,4 ± 3,1)	12 (34,3 ± 8,0)	<b>6,80; 0,009</b>
Уртика (волдырь):			
■ 0,0 см	5 (11,1 ± 4,7)	2 (5,7 ± 3,9)	0,14; 0,704
■ 0,5 см	24 (53,3 ± 7,4)	12 (34,3 ± 8,0)	0,03; 0,935
■ 1,0 см	10 (22,2 ± 6,2)	13 (37,1 ± 8,2)	2,32; 0,159
Папула:			
■ 0,0 см	1 (2,2 ± 2,2)	0 (0)	0,02; 0,890
■ 0,5 см	13 (28,9 ± 6,8)	8 (22,9 ± 7,1)	0,05; 0,827
■ 1,0 см	0 (0)	2 (5,7 ± 3,9)	0,74; 0,390

Таблица 3. Динамика состояния пациентов через 48 часов

Исследуемый критерий	Первая группа (n = 45), абс. (%)	Вторая группа (n = 35), абс. (%)	$\chi^2$ ; p
Зуд в месте укуса:			
■ 0 баллов (нет зуда)	44 (97,8 ± 2,2)	10 (28,6 ± 7,6)	<b>9,2; 0,002</b>
■ 1 балл	1 (2,2 ± 2,2)	14 (40,0 ± 8,3)	<b>10,53; 0,001</b>
■ 2 балла	0 (0)	10 (28,6 ± 7,6)	<b>9,11; 0,003</b>
■ 3 балла	0 (0)	1 (2,9 ± 2,8)	0,01; 0,910
Пятно:			
■ 0,0 см	25 (55,6 ± 7,4)	3 (8,6 ± 4,7)	<b>8,53; 0,004</b>
■ 0,5 см	15 (33,3 ± 7,0)	12 (34,3 ± 8,0)	0,00; 0,949
■ 0,7 см	5 (11,1 ± 4,7)	12 (34,3 ± 8,0)	3,04; 0,081
■ 1,0 см	0 (0)	8 (22,9 ± 7,1)	7,10; 0,008
Уртика (волдырь):			
■ 0,0 см	15 (33,3 ± 7,0)	8 (22,9 ± 7,1)	0,59; 0,442
■ 0,5 см	20 (44,4 ± 7,4)	9 (25,7 ± 7,4)	0,01; 0,929
■ 1,0 см	4 (8,9 ± 4,2)	10 (28,6 ± 7,6)	4,04; 0,045
Папула:			
■ 0,0 см	11 (24,4 ± 6,4)	4 (11,4 ± 5,4)	0,59; 0,442
■ 0,5 см	3 (6,7 ± 3,7)	5 (14,3 ± 5,9)	0,41; 0,520
■ 1,0 см	0 (0)	1 (2,9 ± 2,8)	0,01; 0,910

чувствовали себя комфортно и продолжали использовать препарат в рекомендованном режиме. Отмечалось уменьшение других элементов сыпи, в том числе воспалительных. У трех пациентов исчезло пятно, у пяти – уртика. У одного пациента исчезла папула через 24 часа после применения препарата. В контрольной группе также наблюдалось са-

мостоятельное рассасывание элементов, но в меньшей степени, причем у пяти пациентов сохранялся сильный зуд. Дерматологи вновь провели беседу с пациентами о необходимости применения лекарственных препаратов, но последовал отказ. По результатам визита через 48 часов после первичного обращения получены статистически значимые различия



в группах при оценке выраженности кожного зуда и уменьшения размеров пятна в месте укуса спустя 24 часа после применения Аллергоферона (табл. 3).

Через 48 часов у 44 (97,8%) пациентов первой группы наблюдалось полное разрешение субъективной симптоматики; зуд слабой степени сохранился лишь у одного пациента. Также в опытной группе отмечалось исчезновение пятна у 25 (55,6%) пациентов. В контрольной группе таких пациентов было всего 3 (8,6%). Рассасывание уртики и папулы отмечалось несколько медленнее, причем папула размером более 1,0 см сохранилась лишь у одного пациента.

Уртика диаметром 1,0 см сохранилась у 4 (8,9%; изначально у 75,6%) пациентов основной группы и 10 (28,85%; изначально у 54,6%) пациентов контрольной группы. Папулы изначально имели место у 14 пациентов основной и 10 пациентов контрольной группы. Через 48 часов папулы остались лишь у 3 (21,4%) пациентов основной и 6 (60%) пациентов контрольной группы. Причем у одного пациента папула была большой (свыше 1 см) и сопровождалась сильным кожным зудом.

С учетом положительной динамики состояния все пациенты основной группы от дальнейшего наблюдения отказались, двум пациентам контрольной группы предложили продолжить наблюдение и начать медикаментозную терапию топическими ГКС. У пациентов обеих групп за все время наблюдения не зафиксировано развития общих аллергических реакций (отек Квинке, анафи-

лактический шок и т.д.), характерных для ИА.

В ходе исследования на каждом визите у пациентов основной группы оценивали переносимость и безопасность препарата Аллергоферон®. Все пациенты субъективно отмечали хорошую переносимость препарата. Побочных реакций, случаев отказа или отмены препарата не зарегистрировано.

На основании полученных данных можно констатировать, что лекарственный препарат Аллергоферон® целесообразно применять в качестве средства выбора для купирования местных симптомов при укусах различных насекомых, особенно при наличии сильного зуда и большого количества различных элементов сыпи. Чаше такая реакция возникает у лиц молодого возраста, предрасположенных к аллергии, при множественных укусах.

Преимущество препарата заключается в его комбинированном действии: ИФН оказывает противовоспалительный и иммуномодулирующий, лоратадин – противоаллергический эффект. В состав препарата не входят ГКС и антибиотики. Однако следует учитывать, что противозудный эффект может быть кратковременным (два-три часа), что потребует увеличения кратности применения препарата в течение суток. Поскольку в состав Аллергоферона входит ИФН, препарат следует хранить при температуре от 2 до 8 °С. При кратковременном использовании (до 48 часов) претензий по условиям хранения со стороны пациентов не поступало.

Безусловно, большинство пациентов с укусами насекомых

редко обращаются к дерматологу, поскольку местные симптомы полностью купируются самостоятельно в течение 3–5 дней. Лишь часть пациентов с выраженной реакцией (чаще дети, аллергики, пациенты с множественными укусами на лице, теле, конечностях, а также неадекватной реакцией организма на укус) обращается к врачу. Использование Аллергоферона при укусах насекомых у данной категории пациентов может способствовать более быстрому купированию местных симптомов (зуд, пятно, уртика, папула), улучшению качества жизни, предупреждению развития общих симптомов в отсутствие побочных реакций.

## Заключение

Применение (наружно) комбинированного лекарственного препарата Аллергоферон® после укусов насекомых позволяет достигать быстрого купирования субъективных и объективных симптомов, особенно в месте укуса. Препарат позволяет купировать проявления ИА без использования антибактериальных препаратов или топических лекарственных форм (мазь, гель и т.д.), в состав которых входят ГКС.

В проведенном исследовании все пациенты отмечали хорошую переносимость препарата. Побочные эффекты и случаи отмены или отказа от использования геля не зафиксированы. ●

*Дополнительные источники финансирования отсутствуют.*

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

## Литература

1. Чистякова И.А., Гречаная А.А. Дерматозы отпускного периода // Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2010. № 2. С. 29–32.
2. Жижина А.В., Капустина В.А., Кленов В.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика инсектной аллергии на укусы и ужаления // Смоленский медицинский альманах. 2016. № 1. С. 92–94.
3. Вульф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. М.: Практика, 2007.



4. Зайков С.В., Михай Л.В., Кулик Л.Г., Кириченко Л.Н. Аллергия к нежалящим насекомым // Новости медицины и фармации. Аллергология. 2010. № 345. С. 36–37.
5. Вульф К., Голдсмит Л.А., Кац С.И. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. Т. 3. М.: Бином, 2013. С. 2219–2250.
6. Фитцпатрик Д.Е., Эллинг Д.Л. Секреты дерматологии. М.: Бином, 1999. С. 266–269.
7. Федоскова Т.Г. Аллергия к насекомым. Современные принципы диагностики и лечения // РМЖ. 2007. Т. 15. № 2. С. 65–73.
8. Хэбиц Т.П. Кожные болезни. Диагностика и лечение. М.: МЕДпресс-информ, 2006.
9. Каиль-Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Дерматозы отпускного периода в современной дерматологической практике // Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2018. № 1. С. 5–8.
10. Колганова Н.А., Новикова Н.В. Практические аспекты применения Рузама у больных с аллергическими заболеваниями // Поликлиника. 2015. № 3. С. 107–108.
11. Юхтина Н.В., Ляпунов А.В., Рылеева И.В. Инсектная аллергия у детей // Вопросы современной педиатрии. 2003. Т. 2. № 3. С. 92–94.
12. Вершинина М.Г., Казаков С.П., Федоскова Т.Г. и др. Рекомендации по преаналитическому этапу лабораторных исследований для диагностики аллергических заболеваний. Учебно-методическое пособие. М., 2019.
13. Шабанов Д.В., Лазаренко Л.Л., Федоскова Т.Г., Рыбникова Е.А. Особенности диагностики к яду перепончатокрылых насекомых // РМЖ. 2019. Т. 27. № 3. С. 40–44.
14. Хаитов Р.М., Игнатьева Г.А., Сидорович И.Г. Иммунология. М., 2000.
15. Сотникова Н.Ю. Новые возможности в лечении аллергического ринита и аллергического конъюнктивита: топические препараты // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2017. № 1 (18). С. 42–50.
16. Шабанов Д.В., Федоскова Т.Г., Мартынов А.И. и др. Молекулярные и клеточные методы диагностики при аллергии на яд перепончатокрылых насекомых // Российский аллергологический журнал. 2019. Т. 16. № 1–2. С. 171–174.
17. Федосеева В.Н., Федоскова Т.Г., Шабанов Д.В. и др. Проблема диагностики IgE-опосредованной и не-IgE-опосредованной аллергии на яд пчел // Новые информационные технологии в медицине, фармакологии и экологии. Материалы международной конференции / под ред. Е.Л. Глоризова. 2017. С. 255–258.
18. Гапонюк П.Я. Новый подход к лечению больных с аллергическим ринитом // Аллергология и иммунология. 2008. Т. 9. № 3. С. 277.

### The Experience of the Medication Allergoferon® in the Treatment of Insect Bites

D.I. Trukhan, Dr Med. Sci., Prof.<sup>1</sup>, O.I. Fedotova<sup>2</sup>, A.V. Pilipenko<sup>2</sup>, T.S. Timchenko<sup>2</sup>, A.A. Simontseva<sup>2</sup>, N.V. Bagisheva, Cand. Med. Sci.<sup>1</sup>, A.V. Mordyk, Dr Med. Sci., Prof.<sup>1</sup>, V.V. Goloshubina, Cand. Med. Sci.<sup>1</sup>, M.V. Moiseeva, Cand. Med. Sci.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Omsk State Medical University

<sup>2</sup> Omsk Clinical Dermatovenereology Health Centre

Contact person: Natalya V. Bagisheva, ppi100@mail.ru

**Objective:** to assess the efficacy of the combined medication Allergoferon® for the treatment of local reactions to insect bites and stings.

**Material and methods.** 80 patients (55 women and 25 men) aged 18 to 70 years (average age 34.8 ± 4.2 years) were under observation. The study included patients, who had consulted a dermatologist about insect bites and stings, as well as patients with other dermatological pathologies. Patients were divided into two groups: the main group (n = 45) received local therapy with the medication Allergoferon®; the control group (n = 35) did not have any therapy for insect bites. We assessed the efficacy, tolerability and safety of the given medication.

**Results.** Control examinations of both groups were conducted after 24 and 48 hours. After 48 hours 44 (97,8%) main group patients had full resolution of subjective symptoms: weak itching remained only in one patient, spot disappearance was observed in 25 (55,6%) patients, whereas in the control group there were only three (8,6%) such patients. Urticaria and papule resolution were a bit slower: raised wheals 1.0 cm in diameter remained in four main group patients (8.9%; 75.6% at baseline) and in 10 control group patients (28.85%; 54.6% at baseline). Initially, papules were present in 14 main group patients and in 10 control group patients, after 48 hours – only in three (21.4%) main group patients, whereas in the control group – in six (60%) patients. In one control group patient the papule remained large (more than 1 cm) and was accompanied by severe itching.

**Conclusion.** The local use of the combined medication Allergoferon® in patients after insect bites allows us to achieve a rapid relief of subjective and objective symptoms, especially itching around the bite area – the main symptom patients were most concerned about. All patients noted a good tolerability of the given medication, no side effects and no cases of withdrawal or refusal to use the medication were observed.

**Key words:** insect bites, treatment, interferon, loratadine, Allergoferon