

А.А. ХАЛДИН,  
И.В. ПОЛЕСКО

ММА им. И.М. Сеченова,  
РГМУ им. Н.И. Пирогова,  
Москва

# Алгоритм терапии и профилактики простого герпеса генитальной локализации препаратом Виферон

*В 1805 г. Е. Jenner обнаружил, что у людей, страдающих простым герпесом, прививка оспенной вакцины, как правило, не вызывает развития характерных для нее кожных проявлений. Подобное наблюдение, названное дженнеровским эффектом, было подтверждено в 1925 г. сообщением W. Gildemeister и S. Herzberg о том, что им в опытах на животных удалось обнаружить перекрестное иммунизирующее действие между вирусами ветряной оспы и простого герпеса. Подобная способность одного вируса подавлять или значительно снижать инфекционное действие другого получила название интерференции. Однако данный феномен долгое время оставался непонятным.*

**В** 1957 г. А. Jsaacs и G. Lindenmann при изучении интерференции вирусов сделали важное открытие, быстро привлечшее к себе внимание ученых всего мира. Авторы обнаружили, что в результате взаимодействия клеток перевиваемых хорион-аллantoисных оболочек куриного эмбриона с инактивированным вирусом гриппа в окружающей среде обнаруживается особое вещество, обладающее способностью обуславливать невосприимчивость других перевиваемых хорион-аллantoисных оболочек к вирусной инфекции. Это вещество, ответственное за феномен интерференции вирусов, было названо авторами интерфероном (ИФН). Проведенные затем многочисленные экспериментальные исследования ИФН как у нас в стране, так и за рубежом дали осно-

вания считать его «естественным противовирусным антибиотиком», вырабатываемым в организме и обладающим широким спектром иммунного действия. Это в свою очередь привело к постепенному терапевтическому внедрению ИФН для лечения и профилактики вирусных заболеваний человека, в том числе герпес-вирусной инфекции. Первый опыт использования человеческого ИФН в терапии простого герпеса (ПГ) был сделан офтальмологом V. Tommila в 1963 г. При инстилляциях ИФН в конъюнктивальный мешок он наблюдал сокращение в 2 раза сроков лечения герпетического древовидного кератита у 17 больных.

В 1965 г. Н.С. Потекаев и соавт. (4), а также З.В. Ермольева и соавт. (1) независимо друг от друга сообщили об эффективности ИФН у больных с герпетическим поражением кожи и слизистых. Авторы отмечали значительное уменьшение рецидива заболевания и быстрое стихание субъективной симптоматики при его местном применении.

Позже препараты человеческого ИФН при ПГ стали применять системно в виде внутримышечных инъекций. Было отмечено, что при этом значительно быстрее наступает регресс высыпаний, а курс из 5 инъекций в ряде случаев обеспечивал длительное отсутствие клинических манифестаций заболевания. Однако кратковременность действия природного ИФН, часто наблюдаемое угасание клинического эффекта в зависимости от частоты его применения, а также сложность и дороговизна получения че-

ловеческого лейкоцитарного ИФН со временем заставили отказаться от его широкого применения в терапии больных герпесом (1).

Существенным прогрессом в дальнейшей разработке данного метода лечения ПГ явилось создание путем генной инженерии рекомбинантного  $\alpha_2$ -ИФН, эффективность которого оказалась близка к таковой одного из естественных ИФН ( $\alpha$ -ИФН). Именно он послужил основой для создания препаратов, используемых сегодня в клинической практике при терапии многих вирусных заболеваний человека. Однако, как отмечают Ф.И. Ершов и соавт., «пока рекомбинантные интерфероны – это лишь воспроизведенные отдельные субтипы ИФН (альфа, бета или гамма), а идеальный препарат должен, подобно натуральному, иметь их физиологически сбалансированное состояние» (2).

После создания в начале 80-х гг. прошлого века первого препарата рекомбинантного ИФН Реаферона прошло более 20 лет. За это время были синтезированы Реальдерон, Интрон А, Роферон, Велферон и др. Однако при применении этих средств часто возникали определенные препятствия, ограничивающие их использование для лечения больных. Данные препараты дают клинический эффект в больших дозах (3–10 МЕ в сутки) и вводятся парентерально, что нередко приводит к существенным побочным реакциям и осложнениям (гриппоподобный синдром, головная боль, артралгии, депрессивное состояние, галлюцинации и ряд других) (5).





ГЕРПЕС И ЦИТОМЕГАЛИЯ  
ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В, С, D  
ХЛАМИДИОЗ, МИКОПЛАЗМОЗ  
УРЕАПЛАЗМОЗ  
УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ И  
БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ  
ПИЕЛОНЕФРИТ  
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ  
ДИСБАКТЕРИОЗ  
ЭНДОМЕТРИОЗ И  
ВУЛЬВОВАГИНИТ  
МЕНИНГИТЫ  
КАНДИДОЗ  
ГРИПП И ОРВИ

# суппозитории мазь и гель ВИФЕРОН®

ИНТЕРФЕРОН ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ АЛЬФА-2  
С АНТИОКСИДАНТНЫМ КОМПЛЕКСОМ

- Препарат разрешен к применению у беременных женщин и новорожденных детей
- Не вызывает побочных эффектов, имеет минимум противопоказаний и хорошо совместим с другими лекарствами
- Эффективность подтверждена ведущими клиницистами



## ферон

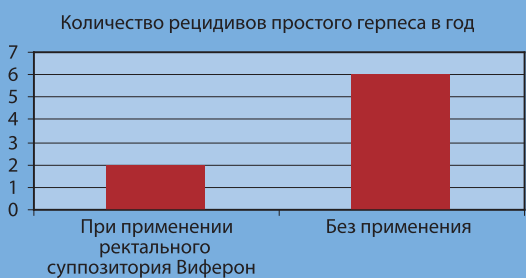
ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Производитель ООО «ФЕРОН»  
123098 г. Москва, ул. Гамалеи, дом 18, корп. А  
ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии  
им. Н.Ф. Гамалеи РАМН  
тел/факс (495/499) 193-3060, 193-4332, 193-5558  
e-mail: viferon@rol www.viferon.su www.interferon.su





**Рисунок 1. Длительность рецидива герпеса при включении Виферона в схему лечения больных генитальным герпесом**



**Рисунок 2. Количество рецидивов герпеса при включении Виферона в схему лечения больных генитальным герпесом**

В результате фундаментальных исследований, проведенных в отделе интерферонов НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи РАМН, была найдена реальная возможность обойти сложности, возникающие при применении препаратов ИФН. В процессе углубленного изучения функционирования системы ИФН в онтогенезе был создан препарат Виферон (рекомбинантный ИФН  $\alpha$ -2 в комбинации с антиоксидантами – витаминами Е и С в суппозиториях), который прочно занял свое место в терапии больных ПГ (5, 6).


Более чем 10-летний собственный опыт работы с этим препара-

том и исследования его влияния на иммунный статус пациентов дают нам основания констатировать, что основное противогерпетическое действие Виферона связано с активацией им мононуклеарно-фагоцитарной системы и Т-клеточного звена иммунитета, а также повышением уровня эндогенного ИФН (3, 7, 8).

В качестве примера его клинической эффективности и алгоритма применения можно привести одно из последних наших исследований.

Под наблюдением находились 110 больных ПГ в возрасте от 20 до 62 лет, из них 67 женщин и 43 мужчины в возрасте от 20 до 62 лет. Продолжительность заболевания составляла от 1 года до 7 лет. Течение вирусного процесса, в основном генитальной локализации, характеризовалось частыми, не менее 6 раз в год, обострениями, длительность которых в среднем составляла 14 дней. Для определения оптимальной лечебной дозы препарата при ПГ пациенты были разделены на 3 группы: 73 больным 1-й группы Виферон назначали по 500 000 МЕ, 15 пациентам 2-й группы – по 1 000 000 МЕ и 22 больным 3-й группы – по 1 500 000 МЕ. Независимо от дозы препарат назначали по одному ректальному суппозиторию 2 раза в сутки через день (для исключения развития рефрактерности) в течение 6 мес. Во всех случаях лечение начиналось в начале очередного рецидива. На фоне проводимой терапии отмечалось быстрое купирование клинических проявлений обострения. Сроки регресса высыпаний в среднем сокращались на 5-7 дней (рисунок 1). Этот эффект был несколько более выражен при применении Виферона в дозах 1 000 000 и 1 500 000 МЕ.

При клиническом наблюдении больных в течение года после окончания терапии отмечено, что Виферон при длительном применении оказывает также и профилактическое действие. Уменьшение частоты рецидивов в 3-4 раза констатировано у 41,6% пациентов, получавших препарат по 500 000 МЕ, и у 69% – в дозах 1 000 000 и 1 500 000 МЕ (рисунок 2). В случае развития очередного обострения оно не сопровождалось общими продромальными явлениями, высыпания обычно занимали меньшую площадь, а продолжительность рецидива значительно сокращалась. Клинические данные в целом соответствовали результатам исследований в динамике иммунного статуса больных, при которых отмечалась его нормализация. При этом более выраженная динамика была в случаях, когда Виферон назначали по 1 000 000 и 1 500 000 МЕ, однако и при дозе 500 000 МЕ через 3-4 мес. от начала лечения достигался примерно тот же результат. Полученные данные еще раз подтверждают, что Виферон наиболее эффективен в период обострения ПГ благодаря способности быстро купировать клинические проявления болезни. Профилактическое же действие препарата достигается при его длительном (не менее 6 мес.) применении.

Таким образом, мы считаем обоснованным следующий подход к назначению Виферона: лечение следует начинать в период обострения генитального герпеса с дозы 1 000 000 или 1 500 000 МЕ по 1 ректальному суппозиторию 2 раза в сутки через день в течение 1 мес. Затем дозу препарата можно снизить до 500 000 МЕ, однако применение его по той же схеме следует продолжить еще в течение 5 мес., а иногда и дольше. 

## Литература

1. Ермольева З.В., Фурер Н.М., Фанштейн С.Л. Проблемы общей вирусологии // Материалы XIX науч. сессии Института вирусологии им. Д.И. Иванковского РАМН. М., 1996. С. 222-223.
2. Ершов Ф.И., Готовцева Е.П., Белоногова Т.С. и др. Актуальные вопросы общей и медицинской вирусологии // Сборник науч. трудов Института вирусологии им. Д.И. Иванковского РАМН. М., 1996. С. 43-44.
3. Полеско И.П., Бутов Ю.С., Малиновская В.В., Халдин А.А. VII Рос. журн. кож. и вен. бол. 2001; № 2: 31-36.
4. Потекаев Н.С., Константинов А.В., Вильнер Л.М. Актуальные вопросы вирусных инфекций // Материалы XII науч. сессии Института полиомиелитов и вирусных энцефалитов РАМН. М., 1965. С. 390-391.
5. Самгин М.А., Халдин А.А. Простой герпес (дерматологические аспекты). М., 2002.
6. Халдин А.А., Самгин М.А. II Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». Тезисы докладов. М., 1995. С. 312.
7. Халдин А.А., Иванов О.Л., Малиновская В.В. и др. VII Российский конгресс «Человек и лекарство». Тезисы докладов. М., 2000. С. 225.
8. Polesko I.V., Khalidin A.A., Malinovskaya V.V., Butov Y.S. 3-rd Joint Meeting of ICS/TSICR. Amsterdam, 2000. P. 193.