



Дерматовенерология на стыке с гинекологией: смена арсенала в лечении

В рамках XVI Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов (15 июня 2016 г.) ведущие российские специалисты рассказали о современных методах диагностики и лечения вирусных и бактериальных инфекций, смешанных инфекций, а также обсудили вопросы терапии беременных с герпетической инфекцией и бактериальным вагинозом.



Профессор, д.м.н.
С.А. Сельков

Открывая симпозиум, профессор, д.м.н., ведущий лабораторией иммунологии Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта (Санкт-Петербург) Сергей Алексеевич СЕЛЬКОВ отметил, что проблема лечения герпетической инфекции находится в центре внимания не только инфекционистов, дерматологов, венерологов, но и специалистов терапевтического профиля, гематологов, психиатров. В России различными формами герпетической инфекции страдает 18–20 млн человек. По данным Всемирной организации здравоохранения, генитальный герпес занимает третье место в мире среди инфекций, передающихся половым путем (ИППП). В США ежегодно регистрируется 6–10 млн случаев генитального герпеса. Не менее половины из них повторяются. Известно, что

Герпетические инфекции с позиции клинического иммунолога. Новые возможности терапии

вирус герпеса, однажды попав в организм человека, остается в клетках до конца жизни.

В настоящее время известно восемь антигенных серотипов вирусов герпеса: вирусы простого герпеса 1-го и 2-го типа (ВПГ-1 и ВПГ-2), ветряной оспы – опоясывающего лишая, цитомегаловирус, вирус Эпштейна – Барр, вирусы герпеса человека 6, 7 и 8-го типов. Наиболее хорошо изучены ВПГ-1, -2 и вирус герпеса, вызывающий ветряную оспу.

Основными заболеваниями, ассоциированными с ВПГ-1, являются лабиальный герпес, герпес кожи и слизистых, офтальмогерпес, герпетические энцефалиты, пневмониты. ВПГ-2 поражает назофарингеальную или генитальную область. *Varicella zoster*, или герпесвирус 3-го типа, в детском возрасте манифестирует как ветряная оспа. Во взрослом – может проявляться в виде опоясывающего лишая. Цитомегаловирусная инфекция ассоциируется с развитием патологии у плода, врожденным поражением центральной нервной системы. Вирус Эпштейна – Барр, или герпесвирус 4-го типа, – плеiotропный вирус, вызывающий многообразные клинические проявления. В детском возрасте он проявляется лимфаденопатией, плечатой ангиной, полиморфными высыпаниями и гепатоспленомегалией, которые описываются как инфек-

ционные, во взрослом – в виде доброкачественной персистирующей хронической формы, которая манифестирует как хронические тонзиллиты, фарингиты, синдром хронической усталости. В тяжелых случаях вирус Эпштейна – Барр может приводить к лимфопролиферативным заболеваниям (лимфома Беркитта) и назофарингеальной карциноме. Лимфотропные вирусы герпеса 6-го и 7-го типов становятся причиной различных иммунодефицитных состояний, а также развития внезапной экзантемы, синдрома хронической усталости. Наличие вируса герпеса 8-го типа считается фактором риска развития саркомы Капоши у ВИЧ-серонегативных больных, лимфопролиферативных заболеваний (лимфома первичного экссудата, многоочаговое заболевание Каслемана).

В настоящее время предложены две гипотезы, объясняющие механизмы персистенции ВПГ. Согласно статической гипотезе вирус герпеса находится в клетках паравертебрального сенсорного ганглия в интегрированном или свободном непродуктивном состоянии. Под влиянием различных факторов он активируется и перемещается из ганглия по аксону периферического нерва в эпителиальные клетки, где реплицируется. Динамическая гипотеза предусматривает постоянную репликацию



XVI Всероссийский съезд дерматовенерологов и косметологов

и выброс из ганглия вируса герпеса. Достигая по нерву кожи, ВПГ вызывают микрофокусы инфекции, сдерживаемые механизмами защиты, что предупреждает рецидивы или уменьшает их проявления. Частота рецидивов обусловлена состоянием местного иммунитета. Его угнетение приводит к репликации достигшего кожи вируса.

Основными причинами рецидивов герпетической инфекции считаются изменение факторов противовирусного иммунитета (NK-клетки и система интерферонов) и инфекционно-воспалительные процессы в смежной области. Известно также, что в 50% случаев эрозия шейки матки вызывается или поддерживается вирусами герпеса.

Немаловажную роль в рецидивировании вируса герпеса играют переохлаждение, резкая смена температуры, ультрафиолетовое излучение.

Рецидивирующая герпетическая инфекция у партнера также может стать причиной рецидива заболевания, способствуя возникновению суперинфекции. Именно поэтому при выяснении анамнеза необходимо учитывать наличие этой патологии у партнера пациента.

Лица с положительными типоспецифическими серологическими тестами на ВПГ-1 и ВПГ-2 являются инфицированными этим вирусом и могут передавать его другим.

Диагноз «герпетическая инфекция» ставится по характерной клинической картине и при обнаружении вируса в содержимом пузырьков, эрозий и крови. По эффективности среди методов лабораторной диагностики герпетической инфекции лидируют вирусологический метод и метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Первый практически не используется из-за высокой стоимости, длительности и трудоемкости проведения.

Наиболее распространенным методом диагностики, несмотря на низкую эффективность,

остается определение антител к ранним структурным белкам вируса герпеса. Докладчик отметил, что сегодня тесты на определение иммуноглобулинов (Ig) G и M – антител к вирусу герпеса имеют серьезные недостатки. Более 90% лиц репродуктивного возраста имеют антитела IgG к структурным белкам ВПГ 1-го и 2-го типов. Увеличение титра антител происходит не только при обострении инфекции, но и при сопутствующих заболеваниях. Возможна перекрестная реакция между IgM к ВПГ-1 и ВПГ-2, что может привести к гипердиагностике и назначению неадекватного лечения. Перекрестная реакция наблюдается и с другими герпес-вирусами (например, цитомегаловирус, вирус Эпштейна – Барр). У 35% пациентов с реактивацией ВПГ-2 может присутствовать IgM, поэтому тест не позволяет отличить новую инфекцию от старой. Проведение теста оправданно у новорожденных, поскольку обнаружение IgM означает наличие их собственной инфекции.

Для диагностики нетипичных форм герпеса можно использовать метод определения антител к ранним неструктурным белкам. В группу препаратов этиотропной и патогенетической терапии герпетической инфекции входят аномальные нуклеозиды, ингибиторы с различными механизмами действия, производные пиррофосфатов, интерфероны и индукторы интерферона, гипериммунные и полиспецифические иммуноглобулины, а также вакцины.

Аномальные нуклеозиды – противовирусные препараты. Они являются препаратами выбора для лечения герпетических инфекций. Реже используются производные пиррофосфата, в частности при тяжелых формах герпетической инфекции у больных с иммунодефицитными состояниями.

Основным препаратом для лечения пациентов с герпетической инфекцией по-прежнему остается аномальный нуклеозид ацик-

ловир. Помимо ацикловира и его аналогов также применяют валациклоvir, фамциклоvir, ганциклоvir, видарбин, рибавирин и др. Особого внимания заслуживает валациклоvir (Валцикон) – нуклеозидный ингибитор ДНК-полимеразы вирусов герпеса. Он блокирует синтез вирусной ДНК и репликацию вирусов. В организме человека валациклоvir превращается в ациклоvir и L-валин. Этот препарат используют в супрессивных схемах терапии, а также в терапии некоторых форм герпетической инфекции, например вызванных вирусом Эпштейна – Барр, когда требуется длительное применение этих препаратов в достаточно больших дозах. Препараты ганцикловира используются преимущественно в лечении цитомегаловирусной инфекции.

Рибавирин – один из первых препаратов класса аномальных нуклеозидов для лечения герпетической инфекции.

Существуют и успешно применяются противовирусные препараты для местного применения, такие как производные ацикловира (ациклоvir, Зовиракс, Валцикон и др.), рибавирина (Девирс), адамантана (Вирумерц), интерфероны (Виферон, Генферон, Офтальмоферон, Гриппферон), препараты глицирризиновой кислоты (Эпиген, Лакри).

Препараты рибавирина (Девирс) показаны для лечения инфекций кожи и слизистых оболочек, вызванных ВПГ 1-го и 2-го типов, различной локализации, в том числе в области гениталий, а также опоясывающего герпеса (в составе комплексной терапии). Следует отметить, что применение препарата во время беременности и в период лактации противопоказано. Пролонгированные препараты ацикловира, валацикловира и различные отечественные дженерики считаются препаратами выбора для лечения герпетической инфекции и опоясывающего лишая, когда требуются большие дозы препарата.

дерматовенерология



XVI Всероссийский съезд дерматовенерологов и косметологов

Далее профессор С.А. Сельков привел схему терапии, которую используют в клинической практике. Для импульсных схем при рецидивах герпетической инфекции наиболее целесообразным является применение ацикловира в дозе 400 мг три-четыре раза в день в течение пяти – семи дней или фамцикловира в дозе 250 мг три раза в день в течение семи дней с первого-второго дня обострения. В случае неэффективности импульсной терапии рекомендуется пролонгированная терапия с применением валацикловира (супрессивная терапия) в дозе 500 мг два раза в день или 500 мг один раз в день. При опоясывающем лишае доза препаратов увеличивается в три – три с половиной раза, а длительность лечения – в два-три раза.

Результаты многолетних исследований показали, что использование супрессивных схем ацикловира или валацикловира в ряде случаев не способствует улучшению состояния иммунной системы. Это свидетельствует о необходимости назначения иммуномодулирующих препаратов. Иммуномодулирующая терапия герпетической инфекции относится к вспомогательным

методам терапии. Назначению иммуномодулирующей терапии всегда должно предшествовать иммунологическое обследование. Если пациенты устают от ежедневного длительного приема аномальных нуклеозидов, можно назначить внутривенные иммуноглобулины.

Докладчик подчеркнул, что эмпирическое назначение иммуотропных препаратов может нанести вред пациенту. В частности, такие иммуоактивные препараты, как индукторы интерферонов, активируют различные аутоиммунные процессы. Поэтому назначать индукторы интерферона пациентам с аутоиммунными заболеваниями следует с большой осторожностью. При применении интерферонов и их индукторов необходимо учитывать состояние интерферонового статуса пациента. Показанием для применения индукторов интерферонов является способность к продукции альфа/бета-интерферона не ниже 100 МЕ/мл, гамма-интерферона – не ниже 50 МЕ/мл. Перерыв в применении индукторов интерферона должен быть не менее месяца.

Еще один важный вопрос лечения герпетической инфекции – терапевтическая тактика при

обострении генитального герпеса у беременных. В первом и втором триместрах беременности назначают местные противовирусные и иммуномодулирующие (интерферонсодержащие) препараты: мазь ацикловир два раза в день, мазь Виферон (Кипферон) два раза в день. В третьем триместре применяют ацикловир в форме таблеток, местные противовирусные и иммуномодулирующие средства. Обострение генитального герпеса рассматривается как показание к родоразрешению методом кесарева сечения.

Известно, что риск поражения плода вирусом герпеса составляет один случай на 7500 беременностей. Наиболее значимым является заражение новорожденного при обострении генитального герпеса в родах.

Для профилактики тяжелых форм герпетической инфекции у беременных показано внутривенное введение Зовиракса.

В заключение профессор С.А. Сельков отметил, что мультидисциплинарный подход к лечению пациентов с герпетической инфекцией обеспечивает эффективность и безопасность терапии, а также предотвращает рецидивы заболевания.



Профессор, д.м.н.
А.А. Хрянин

Профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии лечебного факультета Новосибирского государственного медицинс-

Бактериальный вагиноз. Новая парадигма

кого университета, эксперт качества медицинской помощи по Новосибирской области, вице-президент региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов и дерматовенерологов», д.м.н. Алексей Алексеевич ХРЯНИН рассказал о патогенетических особенностях и современных методах лечения бактериального вагиноза.

Жалобы на вагинальные выделения – одна из самых частых причин обращений к гинекологу и дерматовенерологу. Такие пациентки часто меняют врачей, многократно обследуются и лечатся.

Нередко этиология белей остается неопределенной, поэтому весь комплекс заболеваний объединяют под понятием «синдром вагинальных выделений». Наиболее частой вагинальной инфекцией у женщин репродуктивного возраста, сопровождающейся вагинальными выделениями, считается бактериальный вагиноз. Бактериальный вагиноз – это инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, который характеризуется количественным снижением или полным исчезновением лактобактерий и резким увеличением облигатно- и факультативно ана-



XVI Всероссийский съезд дерматовенерологов и косметологов

эробных условно патогенных микроорганизмов. На сегодняшний день установлено 282 вида микроорганизмов, которые присутствуют в микробиоме влагалища, причем видовой состав различается у разных индивидуумов и этнических групп¹.

При бактериальном вагинозе видовое разнообразие микроорганизмов, как правило, в три раза больше, чем в норме².

Основная проблема бактериального вагиноза на сегодняшний день заключается в неэффективной диагностике и лечении.

В современной медицинской практике для диагностики бактериального вагиноза используют клинико-лабораторные критерии Р. Амсея. Диагноз считается подтвержденным при наличии трех или четырех критериев из предложенных: наличие специфических выделений, увеличение pH > 4,5, положительный тест с гидроксидом калия, наличие ключевых клеток при микроскопии.

«К сожалению, не все эти критерии оцениваются в клинической практике. В связи с этим их диагностическая чувствительность/специфичность может варьировать в пределах 37–74/94–99%», – отметил докладчик.

Невысокая чувствительность критериев Р. Амсея и наличие бессимптомных форм бактериального вагиноза побудили искать другие методы и критерии подтверждения диагноза. R.P. Nugent и соавт. предложили лабораторные критерии диагностики бактериального вагиноза по методу Г. Грама. Этот метод се-

годня также применяется в клинической практике.

В развитии бактериального вагиноза принимает участие несколько сотен видов микроорганизмов, однако главную его симптоматику определяет *Gardnerella vaginalis*³, факультативно анаэробная грамотрицательная палочка.

Доказано, что бактерии обладают уникальной способностью формировать на поверхности урогенитальной слизистой биопленку. Биопленка представляет собой конгломерат микроорганизмов, которые расположены на какой-либо поверхности и клетки которых прикреплены друг к другу. Биопленки на 60–90% состоят из *G. vaginalis*. На *Atopobium vaginae* приходится до 40% массы биопленки, другие бактерии – 1–15%. При этом содержание лактобактерий снижается до 0,1–0,001%.

Результаты исследований показали, что *G. vaginalis* формирует биопленку значительно более массивную, чем другие ассоциированные с бактериальным вагинозом анаэробы. Установлено также, что *G. vaginalis* обладает наибольшей способностью к адгезии и цитотоксичностью в отношении клеток вагинального эпителия⁴.

Следует отметить, что *G. vaginalis* выявляется у 30–60% женщин с нормальной микрофлорой. Нет ли здесь противоречия с ее этиологической ролью?

Недавно выделено две формы *G. vaginalis*: рассеянная среди другой флоры и сплоченная в виде биопленок. Рассеянная форма встречается у лиц без бактериального вагиноза, не живущих

половой жизнью, и является частью нормальной микрофлоры. Сплоченная форма наблюдается у лиц с бактериальным вагинозом и их половых партнеров с признаками уретрита, но не наблюдается у девственниц. При этом указанные формы не могут переходить одна в другую и представляют собой самостоятельные формы существования бактерий⁵.

Данное открытие помогает понять, почему в одних случаях *G. vaginalis* приводит к развитию бактериального вагиноза, в других нет.

Бактериальный вагиноз может ассоциироваться с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Метаанализ, включавший 23 исследования с участием 30 739 женщин, показал, что бактериальный вагиноз повышает риск инфицирования женщины ВИЧ примерно на 60%⁶.

Концентрация РНК ВИЧ-1 в цервиковагинальной жидкости у ВИЧ-инфицированных пациенток с бактериальным вагинозом значительно выше, чем таковая у ВИЧ-инфицированных женщин с нормомикробиоценозом влагалища. Бактериальный вагиноз у ВИЧ-инфицированной пациентки в три раза повышает риск заражения ВИЧ-инфекцией полового партнера⁷.

Далее докладчик рассмотрел различные подходы к лечению вагинальных инфекций, применяемые в России. Он отметил, что для лечения инфекций влагалища широко применяется метронидазол. Сегодня системная терапия вагинальных инфекций метронидазолом рекомендуется каждой 16-й па-

¹ Ravel J., Gajer P., Abdo Z. et al. Vaginal microbiome of reproductive-age women // Proc. Natl. Acad. Sci USA. 2011. Vol. 108. Suppl. 1. P. 4680–4687.

² Oakley B.B., Fiedler T.L., Marrazzo J.M., Fredricks D.N. Diversity of human vaginal bacterial communities and associations with clinically defined bacterial vaginosis // Appl. Environ. Microbiol. 2008. Vol. 74. № 15. P. 4898–4909.

³ Muzny C.A., Schwabke J.R. Gardnerella vaginalis: still a prime suspect in the pathogenesis of bacterial vaginosis // Curr. Infect. Dis. Rep. 2013. Vol. 15. № 2. P. 130–135.

⁴ Patterson J.L., Stull-Lane A., Girerd P.H., Jefferson K.K. Analysis of adherence, biofilm formation and cytotoxicity suggests a greater virulence potential of Gardnerella vaginalis relative to other bacterial-vaginosis-associated anaerobes // Microbiology. 2010. Vol. 156. Pt. 2. P. 392–399.

⁵ Swidsinski A., Doerffel Y., Loening-Baucke V. et al. Gardnerella biofilm involves females and males and is transmitted sexually // Gynecol. Obstet. Invest. 2010. Vol. 70. № 4. P. 256–263.

⁶ Atashili J., Poole C., Ndumbe P.M. et al. Bacterial vaginosis and HIV acquisition: a meta-analysis of published studies // AIDS. 2008. Vol. 22. № 12. P. 1493–1501.

⁷ Cohen C.R., Lingappa J.R., Baeten J. et al. Bacterial vaginosis associated with increased risk of female-to-male HIV-1 transmission: a prospective cohort analysis among African couples // PLoS Med. 2012. Vol. 9. № 6. ID e1001251.



XVI Всероссийский съезд дерматовенерологов и косметологов

циентке, страдающей вагинальной инфекцией. При этом часто назначается лечение, не соответствующее рекомендованным схемам.

Применение препарата нередко вызывает побочные эффекты, в том числе аллергические реакции. При его длительном использовании может развиваться так называемый нейропатический синдром. Поэтому, несмотря на широкое назначение системных antimicrobных препаратов при вагинальных инфекциях, предпочтение следует отдавать местнодействующим лекарственным средствам, обладающим минимальным риском развития побочных эффектов.

Основными факторами, негативно влияющими на комплаентность лечения местными препаратами, являются длительный курс лечения, введение более одного раза в сутки, нахождение длительное время в покое после введения, перерыв в лечении во время менструации, вытекание препарата, пачканье белья.

На сегодняшний день к препарату выбора для лечения вагинальных инфекций предъявляются следующие требования:

- ✓ не должен подавлять локальную лактобациллярную флору;
- ✓ отсутствие системного действия;
- ✓ быстрое попадание в очаг инфекции;
- ✓ минимальные побочные реакции;
- ✓ удобство применения;
- ✓ адекватная стоимость.

Среди зарегистрированных в РФ лекарственных средств для интравагинального использования особое место занимает оригинальный комбинированный препарат последнего поколения – Эльжина (компания «Вертекс»). Это новый препарат с антибактериальным, противопротозойным, противогрибковым и противовоспалительным действием для местного при-

менения в гинекологии. Показан для лечения бактериальных вагинитов различной этиологии, в том числе вызванных смешанной инфекцией. В его состав входят орнидазол 500 мг, неомицин (в форме сульфата) 65 000 ЕД, преднизолон (в форме натрия фосфата) 3 мг, эконазол (в форме нитрата) 100 мг.

Широкий спектр действия препарата Эльжина обусловлен фармакологическими свойствами его компонентов. Орнидазол действует на анаэробную флору, в том числе возбудителей бактериального вагиноза, простейшие. Неомицин эффективен в отношении банальной, неспецифической флоры, эконазол – грибковой флоры. Глюкокортикостероид преднизолон в низкой дозе быстро устраняет неприятные симптомы заболевания – зуд, жжение, отек, а также снижает местную реакцию на азолы.

Орнидазол является альтернативой метронидазолу. Он обладает лучшими фармакокинетическими свойствами среди 5-нитроимидазолов. Биодоступность орнидазола при пероральном применении достигает 90–100%.

В отечественном сравнительном исследовании изучалась эффективность метронидазола и орнидазола в лечении урогенитального трихомониаза у мужчин. Результаты исследования продемонстрировали важное преимущество применения орнидазола – низкую частоту побочных явлений, что делает орнидазол более предпочтительным в лечении урогенитального трихомониаза, чем метронидазол⁸.

Таким образом, преимуществами препарата Эльжина являются:

- ✓ минимальный риск развития резистентности – действующие вещества последнего поколения;
- ✓ максимально широкий спектр действия;
- ✓ возможность применения в день обращения к врачу;

- ✓ одновременное лечение и профилактика грибковой суперинфекции;
- ✓ быстрое устранение зуда и воспаления;
- ✓ высокая комплаентность лечению.

Следует отметить, что наличие бактериального вагиноза связано с эндометриозом, повышенным риском заражения и передачи ИППП, в том числе хламидийной и гонококковой.

Азитромицин – антибиотик группы макролидов относится к азилидам. Он синтезирован из молекулы эритромицина А путем введения метилированного азота в лактонное кольцо. В результате изменения структуры молекула приобрела лучшие характеристики (сохранение стабильности в кислой среде желудка, расширение antimicrobного спектра, внутриклеточный тропизм и др.). Азитромицин подавляет РНК-зависимый синтез белка чувствительных микроорганизмов. Он не обладает гепато-, кардиотоксичностью, не влияет на вагинальную и кишечную флору. Азитромицин – самый безопасный антибиотик в отношении риска развития аллергических реакций. Это единственный макролид нового поколения, который фагоцитами транспортируется в очаг воспаления. В очаге воспаления препарат высвобождается в ответ на присутствие бактерий. Уровень его концентрации в очагах инфекции на 24–34% выше, чем в здоровых тканях.

Азитромицин применяют в терапии бактериального вагиноза при сочетании с ИППП у беременных. Метаанализ восьми рандомизированных исследований показал, что однократный прием азитромицина в дозе 1 г по эффективности не уступает семидневному курсу лечения препаратами сравнения (амоксциллин, эритромицин). По сравнению с лечением эритро-

⁸ Хрянин А.А., Решетников О.В. Клиническая и микробиологическая эффективность метронидазола и орнидазола в лечении урогенитального трихомониаза у мужчин // Антибиотики и химиотерапия. 2006. Т. 51. № 1. С. 18–21.

Эльжина®

таблетки вагинальные №6 и №9



Эльжина® – уникальная* комбинация активных веществ: эконазола, неомидина, орнидазола и преднизолона



Эльжина® – препарат для местного применения в гинекологии с антибактериальным, противогрибковым и противовоспалительным действием



Эльжина® – вагинальные таблетки для лечения бактериальных вагинитов, вульвовагинитов, вызванных грибами рода *Candida*, и вагинитов, вызванных смешанной инфекцией

НОВОЕ СЛОВО В ЛЕЧЕНИИ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ



XVI Всероссийский съезд дерматовенерологов
и косметологов

мицином лечение азитромицином сопровождается достоверно меньшей частотой нежелательных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта, лучшей комплаентностью⁹. Антибактериальная терапия бактериального вагиноза снижает риск позднего выкидыша, преждевременных родов.

По данным исследований, бактериальный вагиноз увеличивает риск развития рака шейки матки.

При pH влагалища около 7 создается оптимальная электронно-зарядная форма вируса, которая проникает в клетку на разнице потенциалов. Таким образом, бактериальный вагиноз способствует лучшей адгезии вируса папилломы человека. В метаанализе, включившем 329 статей (более 10 000 пациенток), доказана связь между бактериальным вагинозом и предраковыми состояниями, а именно

цервикальной интраэпителиальной неоплазией/дисплазией¹⁰.

Подводя итог, профессор А.А. Хрянин отметил, что значительная часть инфекций влагалища являются микст-инфекциями. Возбудители микст-инфекций усугубляют общее течение заболевания и осложняют процесс лечения. В связи с этим диагностика и терапия должны носить комплексный характер.

Заключение

Российская фармацевтическая компания «Вертекс» в течение многих лет выпускает различные категории лекарственных, косметических средств и изделий медицинского назначения. На сегодняшний день компанией «Вертекс» на фармацевтическом рынке России и СНГ широко представлена линейка инновационных препаратов как для коммерческого, так и госпитального сектора рынка.

Противовирусный препарат для наружного применения Девирс содержит 7,5 г рибавирина. Рибавирин – синтетический аналог нуклеозидов с выраженным противовирусным действием. Он обладает широким спектром активности против различных ДНК- и РНК-вирусов. По данным исследований, рибавирин встраивается в вирусный геном, вызывая летальные мутации, с последующим снижением патогенности вируса. Рибавирин ингибирует репликацию новых вирионов, что обеспечивает снижение вирусной нагрузки.

Препарат Девирс применяют в виде монотерапии или комбинированной терапии с другими лекарственными средствами для перорального и парентерального введения при инфекции кожи и слизистых оболочек, вызванной

вирусами ВПГ 1-го и 2-го типов, различной локализации, для лечения опоясывающего герпеса в составе комплексной терапии. Противопоказаниями для применения препарата являются беременность, период лактации и возраст до 18 лет.

Действующим веществом противовирусного препарата Валцикон является валацикловир – нуклеозидный ингибитор ДНК-полимеразы вирусов герпеса. Он блокирует синтез вирусной ДНК и репликацию вирусов. В организме человека валацикловир превращается в ацикловир и L-валин. Препарат выпускается в таблетированной форме и показан для лечения опоясывающего герпеса, инфекций кожи и слизистых оболочек, вызванных ВПГ 1-го и 2-го типов, включая впервые выявленный и рецидивирующий генитальный герпес, а также лабиальный герпес. Препарат способствует купированию болевого синдрома, уменьшает его продолжительность. Его применение приводит к сокращению процента пациентов с болями, вызванными опоясывающим лишаем, включая острую и постгерпетическую невралгию. Валцикон успешно применяется в профилактике рецидивов инфекций кожи и слизистых оболочек, вызванных ВПГ 1-го и 2-го типов.

Препарат Эльжина представляет собой противомикробное комбинированное средство, выпускается в форме вагинальных таблеток. В состав препарата Эльжина входят антибиотик аминогликозид неомицин, противомикробное и противопротозойное средство орнидазол, противогрибковое средство эконазол, глюкокортикостероид преднизолон. Препарат оказывает противовоспалительное, противозудное и антиэкссудативное действие. Такая комбинация компонентов обуславливает уменьшение образования, высвобождения и активности медиаторов воспаления (гистамина, кинина, простагландинов, лизосомальных ферментов). Препарат подавляет миграцию клеток к месту воспаления, уменьшает вазодилатацию и повышенную проницаемость сосудов в очаге воспаления. Показаниями к его применению являются бактериальный вагинит, вызванный банальной пиогенной флорой, вульвовагинальные микозы, вызванные грибами рода *Candida*, вагиниты, вызванные смешанной инфекцией. Благодаря антибактериальному, противопротозойному, противогрибковому и противовоспалительному эффектам препарата Эльжина достигается быстрое купирование симптомов вагинальных инфекций. Препарат имеет высокий профиль безопасности. ●

⁹ Miller J.M., Martin D.H. Treatment of Chlamydia trachomatis infections in pregnant women // Drugs. 2000. Vol. 60. № 3. P. 597–605.

¹⁰ Gillet E., Meys J.F., Verstraelen H. et al. Association between bacterial vaginosis and cervical intraepithelial neoplasia: systematic review and meta-analysis // PLoS One. 2012. Vol. 7. № 10. ID e45201.