

исходя из вышеизложенного, следует, что меньшая выраженность реакций снижения САД и УПСС после введения ингибитора АПФ животным, позволяет считать сниженной активность ренин-ангиотензиновой системы в условиях экспериментальной гиперкальциемии (табл. 2).

Таблица 2

Относительные сдвиги показателей системной гемодинамики у экспериментальных животных после введения доксазозина и обзидана по сравнению с исходными данными

Условия опыта	САД (доксазозин)		УПСС (доксазозин)		САД (каптоприл)		УПСС (каптоприл)	
	1 минута	60 минута	1 минута	60 минута	1 минута	60 минута	1 минута	60 минута
Фон (Группа №1)	-41,1%	-12,8%	-43,4%	-11,2%	-40,1%	-24,8%	-46,7%	-25,6%
Гиперкальциемия (Группа №2)	-27,8%	-22,6%	-33,7%	-32,6%	-16,1%	-18%	-26,9%	-18,7%

Примечание: САД – среднее артериальное давление, УПСС – удельное периферическое сосудистое сопротивление

Таким образом, из вышеизложенного следует, что в условиях экспериментальной гиперкальциемии происходит повышение САД, обусловленное увеличением УПСС, относительно значений интактного контроля. Одновременно с этим происходит снижение α_1 -адренореактивности и снижение активности ренин-ангиотензиновой системы, что, видимо, носит компенсаторный характер.

Литература

1. Брин, В.Б. Физиология системного кровообращения / В.Б. Брин, Б.Я. Зонис. – Изд-во Ростовского университета, 1984
2. Алабовский, В.В. Вестник ВГУ, серия: химия, биология. Фармация / В.В. Алабовский, А.А. Винокуров, О.В. Маслов. – 2009. – № 2. – С. 83–88.
3. Долгих, В.Т. Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук / В.Т. Долгих. – 2005. – № 3. – С. 1–13.
4. Фидарова, А.М. Вестник новых медицинских технологий / А.М. Фидарова, Л.А. Акоева, И.Г. Джюев. – 2009. – Т. XVI, № 4. – С. 28–29.

CHANGES IN SYSTEMIC HEMODYNAMICS AND REACTIVITY OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM UNDER EXPERIMENTAL HYPERCALCAEMIA

V.B. BRIN, K.G. MITTSIEV, A.K. MITTSIEV, O.T. KABISOV

Northern Ossetia State Medical Academy, Vladikavkaz

Experimental hypercalcemia increases the level of arterial blood pressure, which is determined by the increase of specific peripheral vascular resistance. In animals with an experimental model of hypercalcemia reduction of cardiovascular α -adrenoreactivity and the activity of rennin angiotensin system takes place.

Key words: calcium, cardiovascular system, blood pressure.

УДК: 616.834-002.152:615.37

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ИММУНОМАКС И ФЕРРОВИР В ЛЕЧЕНИИ HERPES ZOSTER

Ю.А. РОГОВА, Л.В. СИЛИНА, В.Я. ПРОВОТОРОВ*

Острый Herpes Zoster устойчив к традиционным методам противоболевой терапии. В исследование включено 120 больных опоясывающим герпесом с различными вариантами лечения в остром периоде заболевания. Целью данной работы явились изучение терапевтической эффективности иммуномодуляторов ферровир и иммуномакс при лечении больных опоясывающим лишаем на основании клинического анализа болевого синдрома. Применение иммуномодуляторов приводит к укорочению общинфекционного синдрома, более короткому периоду везикулязации и формированию корок, эпителизации. В результате проведенной терапии показана высокая эффективность ферровира в лечении больных опоясывающим герпесом.

Ключевые слова: герпес опоясывающий, иммуномодуляторы, лечение, ферровир, иммуномакс.

Опоясывающий лишай (Herpes Zoster) – это острая нейрoлимфодерматотропная инфекция вирусной этиологии, которая характеризуется болью и везикулезными высыпаниями по ходу иннервируемых дерматомов. В последние годы отмечается тенденция к увеличению как общей заболеваемости опоясывающим лишаем, так и его тяжелых и осложненных форм, что нередко приводит к значительному снижению качества жизни, а подчас и к ранней инвалидизации больных. В большинстве случаев опоясывающий лишай не угрожает жизни больных, тем не менее, он является причиной серьезных психологических проблем и социальной дезадаптации [7,10].

Преимущественно заболевают лица пожилого и старческого возраста, но в последнее время отмечается «омоложение» болезни, у 2% больных с нормальным иммунитетом заболевание возникает повторно. Риск реактивации вируса опоясывающего герпеса возрастает до 10% у лиц, имеющих иммунодефициты различного генеза. Чаще всего болезнь развивается у людей после (или на фоне) травм, интоксикации, других инфекций, лечения кортикостероидами и иммунодепрессантами, рентгенотерапии, у больных лейкозами, лимфогранулематозом, злокачественными новообразованиями. Вирус, находящийся в латентном состоянии, активизируется и обуславливает возникновение клинически манифестных форм болезни [5,10].

Известно, что болевой синдром, как правило, носит длительный, упорный характер, устойчив к традиционной противоболевой терапии и имеет тенденцию к хронизации в виде постгерпетической невралгии. Следует отметить, что наличие кожных высыпаний, парестезий и нарушение чувствительности отмечается практически у каждого больного [7,8,11].

Лечение пациентов, страдающих опоясывающим герпесом, продолжает оставаться актуальной проблемой медицины, несмотря на постоянно пополняющийся арсенал специфических и неспецифических противогерпетических препаратов. В современной медицине выделяют три основных аспекта терапии герпетической инфекции: применение противовирусных химиопрепаратов, иммунотерапия или комбинация этих методов [3,4,6]. В связи с этим поиск и клиническая оценка эффективности иммуномодуляторов для лечения больных опоясывающим герпесом являются актуальными и перспективными.

Цель исследования – изучение терапевтической эффективности иммуномодуляторов иммуномакс и ферровира в комплексной терапии опоясывающего герпеса на основании клинического анализа болевого синдрома и очага поражения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 120 пациентов, страдающих опоясывающим герпесом различной локализации. Клиническое обследование и лечение больных опоясывающим лишаем осуществлялось на базе ОГУЗ «Курская областная клиническая инфекционная больница им. Н.А.Семашко» и в отделении платных услуг ОГУЗ «Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер» в период 2006-2010 гг.

Критерии включения пациентов в исследование.

1. Мужчины и женщины в возрасте от 41 до 60 лет.
2. Отсутствие обострений соматических заболеваний на момент обследования.
3. Отсутствие онкологических заболеваний, заболеваний крови, сахарного диабета.
4. Наличие эритематозных, эрозивных, эрозивно-язвенных поражений кожи.
5. Среднетяжелое течение заболевания.

В ходе исследования пациенты были рандомизированы на три группы методом случайной выборки. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, площади поражения кожи и срокам обращения за медицинской помощью. Мужчин было 56, женщин – 64. Нами были исключены лица старше 60 лет по причине не сопоставимости у них показателей состояния иммунной системы с лицами более молодого возраста и абсолютного преобладания в этой популяции хронических соматических заболеваний, длительно протекающих, требующих постоянного фармакологического лечения и искажающих необходимые нам результаты. Лица молодого возраста также не входили в группу исследования по причине высокой активности иммунитета.

1 группу составили 40 больных, получавших стандартную терапию – ацикловир в дозе 400мг 5 раз в сутки внутрь. Ацикловир является синтетическим аналогом пуриновых нуклеозидов. Обладает противовирусным, противогерпетическим действием.

* Курский государственный медицинский университет, Курск, ул. Карла Маркса, 3, E-mail: rogovayu@yandex.ru, тел: 8(4712) 32-54-20.

Во 2 группе были 40 больных, получавших стандартную терапию (ацикловир) и иммуномакс курсом из 6 инъекций, по 200 ЕД внутримышечно, один раз в день.

Иммуномакс (ООО «Иммафарма», Москва) является иммуномодулирующим препаратом растительного происхождения для парентерального введения. Иммуномакс усиливает механизмы иммунной защиты при вирусных и бактериальных инфекциях.

3 группу составили 40 пациентов, получавший стандартную терапию (ацикловир) и ферровир в течение 5 дней по 5 мл препарата 1 раз в сутки внутримышечно.

Ферровир (ЗАО ФП «Техномедсервис», Россия) – противовирусный и иммуностимулирующий препарат для применения в комплексной и монотерапии острых и хронических инфекционных заболеваний, вызываемых различными РНК- и ДНК-содержащими вирусами.

Ацикловир назначался с момента первичного обращения, иммуномакс и ферровир – после нормализации температуры тела (через 5-7 дней с момента клинических проявлений и кожных высыпаний).

Пациенты обращались за медицинской помощью в первые 3-4 дня от начала заболевания. Диагноз устанавливался на основании жалоб пациентов на возникшие высыпания на коже, анамнеза заболевания, объективных данных – появление на коже и слизистых единичных или сгруппированных везикул на гиперемизованном отечном фоне. В дальнейшем диагноз подтверждался положительными реакциями ИФА и ПЦР сыворотки крови. Все пациенты проходили полное клинико-физиологическое обследование, которое включало жалобы, анамнез жизни и заболевания, данные клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Все пациенты давали письменное информированное согласие на участие в исследовании и публикацию результатов диагностики и лечения при сохранении конфиденциальной информации о самом пациенте.

Лечение больных опоясывающим лишаем проводили в соответствии со стандартом № 383 от 31 мая 2007 года. Пациенты получали противовирусную терапию (ацикловир), нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак), дезинтоксикационную терапию. Также 8 больным с целью купирования выраженного болевого синдрома назначался лидокаин 5% местно – до 3 пластырей в день (в соответствии с рекомендациями по лечению постгерпетической невралгии, принятыми на 9 конгрессе Европейской федерации неврологических обществ в 2005 году).

Местное лечение проводилось нами поэтапно: мазь «Ацикловир» – в первые часы появления высыпаний, растворы анилиновых красителей (растворы Кастеллиани, бриллиантовой зелени) – при везикулезной сыпи, паста Лассара – в стадии корок. В среднем, длительность применения наружных лекарственных форм составляла от 10 до 12 дней (в зависимости от возраста больных, площади высыпаний). Глубокие эрозивно-язвенные поражения (с вовлечением в процесс дермы) эволюционировали дольше и требовали применения эпителизирующих мазей (солкосерил, актовегин). Для оценки трансформации локального статуса нами был использован *дерматологический индекс шкалы симптомов* (ДИШС) [1]. ДИШС является субъективным индексом оценки степени негативного влияния Herpes Zoster на различные аспекты жизни больного, характеризующие в целом качество его жизни. Подсчет производился простым подсчетом баллов. Максимальное значение индекса – 30 баллов, минимальное – 0 баллов. Чем больше баллов, тем большее влияние оказывает заболевание на качество жизни.

Наиболее частая локализация герпетических высыпаний наблюдалась по ходу межреберных нервов – у 46 пациентов (38,33%), у 35 по ходу плечевого сплетения (29,16%), в проекции лицевого и тройничного нерва – у 30 человек (25,0 %), поражение в области поясничного сплетения отмечалось у 9 пациентов (7,5%). У 8 пациентов (6,66%) отмечалось эрозивно-язвенное поражение кожи, эритематозное – у 23 (19,16%), эрозивное – у 89 пациентов (74,16%).

Интерпретация тяжести заболевания проводилась по модифицированной нами схеме, ранее предложенной Л.К. Борисенко «Стандартизованная оценка жалоб и клинических симптомов у больных рецидивирующим генитальным герпесом» (1998). Суть модификации: вместо предложенного автором измерения площади поражения кожи в см², мы измеряли ее числом пораженных дерматомов. Выраженность жалоб пациентов, симптомов интоксикации, очага поражения (площадь и характер высыпания, нали-

чие некроза, отека, регионального лимфаденита, геморрагий) определялась в баллах [2].

Результаты и их обсуждение. Статистический анализ проведен с использованием параметрического критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали различия с $p < 0,05$.

В результате исследования нами установлено, что у больных опоясывающим лишаем субъективные ощущения в prodromальном периоде возникали в 93,1% случаев за 24-48 часов до появления первых высыпаний. Пациенты отмечали боль, чувство жжения, покалывания в области поражения кожи. При первичном обращении у всех пациентов чувство боли и жжения были умеренно или значительно выражены, отмечались симптомы общей интоксикации. У обследуемых пациентов не всегда прослеживалась взаимосвязь интенсивности болевого синдрома от площади поражения кожи (у некоторых пациентов боли были умеренными при наличии высыпаний в нескольких дерматомах и, наоборот, у части пациентов при минимальных кожных проявлениях наблюдался длительный, интенсивный болевой синдром). Однако статистическая обработка материала выявила взаимосвязь боли от числа пораженных дерматомов (коэффициент корреляции по Пирсону: $r = 0,71$). Наиболее часто пациенты болевые ощущения описывали как жгучие, стреляющие, дергающие, саднящие.

Статистически достоверных различий в выраженности болевых ощущений на 3-4 день заболевания в группах больных не выявлено ($p > 0,05$). После проведенного лечения (14-15 день от начала болезни) менее выраженные болевые ощущения отмечались в группе пациентов, получавших в составе комплексной терапии иммуномодулятор ферровир ($p < 0,05$). Однако и в группе больных, получавших иммуномакс, выраженность болевых ощущений в те же сроки была у меньшего числа больных, и интенсивность болевых ощущений у них была меньше, чем в группу пациентов с традиционной терапией ($p < 0,05$).

До начала терапии показатели индекса ДИШС у больных во всех исследуемых группах имели приблизительно равные значения. К концу курса терапии в группе пациентов, получавших ферровир и иммуномакс, ДИШС уменьшился и показатели его были достоверно ниже, чем в группе больных со стандартной терапией (табл. 1).

Таблица 1

Изменение индекса ДИШС у больных Herpes Zoster при стандартной терапии (1 группа) и комплексном лечении с применением иммуномодуляторов иммуномакс (2 группа) и ферровир (3 группа) (в баллах, $M \pm m$)

Группа	Показатель ДИШС	
	До лечения	После лечения
1 (n=40)	18,54 ± 1,12	7,63 ± 0,70*
2 (n=40)	19,61 ± 1,27	3,82 ± 0,53* ¹
3 (n=40)	19,11 ± 1,25**	2,38 ± 0,64**

Примечание: * – $p < 0,05-0,001$ в сравнении с показателями до лечения; ¹ – $p < 0,05-0,001$ в сравнении с показателями больных, получавших стандартное лечение; ** – достоверность различий – $p > 0,001$.

После проведенного лечения между группами отмечались существенные различия в регрессе местного воспалительного очага. У больных, получавших ферровир, отмечалась более быстрая эпителизация, уменьшение отечности, болезненности, инфильтрации, размеров ранее увеличенных лимфатических узлов ($p < 0,05$).

Таким образом, клиническая эффективность применения ферровира и иммуномакса при лечении больных опоясывающим герпесом проявлялась не только более низкими показателями ДИШС после проведенного курса лечения по сравнению с группой со стандартной терапией, но и более быстрым исчезновением болевого синдрома и регрессом воспалительного процесса в пораженных дерматомах. Более быстрая трансформация локального статуса у больных, получавших ферровир, на наш взгляд, объясняется способностью препарата тормозить репликацию вируса в инфицированных клетках.

Литература

1. Адаскевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адаскевич. – М.: Медицинская книга, 2004. – 165с.
2. Борисенко, Л.К. Сравнительная терапевтическая и профилактическая эффективность алпизарина и ацикловира у боль-

ных рецидивирующим генитальным герпесом: дис. ... канд. мед. наук / Л.К. Борисенко – М., 1998. – 185с.

3. Волкова, Л.В. Современные аспекты лечения и профилактики постгерпетической невралгии / Л.И. Волкова // Вестник фармации. – 2009. – №6. – С.34–37.

4. Исаков, В.А. Современная терапия герпесвирусных инфекций: руководство для врачей / В.А. Исаков, С.А. Сельков, Л.К. Моштова. – М.: Тактик-Студио, 2004. – 176с.

5. Лобзин, Ю.В. Избранные вопросы терапии инфекционных больных: руководство для врачей / Ю.В. Лобзин. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2005. – 912с.

6. Носик, Д.Н. Ферровир: опыт применения в экспериментальной и лечебной практике / Д.Н. Носик, Э.Н. Каплина. – М.: Научная книга, 2005. – 79с.

7. Скрипкин, Ю.К. Новые подходы в лечении герпесвирусной инфекции / Скрипкин Ю.К., Матушевская Е.В., Сабирова Л.М. – М., 2006. – 43с.

8. VZV-инфекция: лечение и профилактика постгерпетической невралгии / Скрипкин Ю.К., Матушевская Е.В., Негматов Б.И., Литвин А.А. // Современные проблемы дерматологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2009. Т. 45, №1. – С.16–20.

9. Jackson, J.L. The effect of treating Herpes zoster with oral acyclovir in preventing postherpetic neuralgia. A meta-analysis / J.L. Jackson, R. Gibbons, G. Meyer et al. // Arch. Intern. Med. – 2007. – Vol. 157. – P.909–912.

10. John, W. Varicella-Zoster Virus: Atypical Presentations and Unusual Complications / W. John, Jr Gnnan // Journ. of Infectious Diseases. – 2006. – Vol.186. – P.91 – 98.

11. Whitley, R. J. Herpes Zoster: Risk Categories for Persistent Pain /R. J. Whitley et al.// Journ. of Infectious Diseases. – 2007. – Vol.179. – P.9 – 15.

USE OF IMMUNOMODULATORS: IMMUNOMAX AND FERROVIR IN THERAPY OF HERPES ZOSTER

Y.A. ROGOVA, L.V. SILINA, V.Y. PROVOTOROV

Kursk State Medical University

Acute herpes zoster infection is resistant to traditional methods of analgetic therapy. In the course of this research 120 patients with herpes zoster, who had undergone different variants of management in acute period of disease were examined. This work considers the therapeutic efficacy of immunomodulators ferrovir and immunomax for treating herpes zoster using pain syndrome as clinical estimate. Immunomodulators application induced shorter infection syndrome and reduced the time of vesicle and crust formation, better epithelization. Ferrovir appeared to be highly effective in the treatment of herpes zoster infection.

Key words: herpes zoster, immunomodulators, treatment, ferrovir, immunomax.

УДК 611.66

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ

Е.А. РЕМЕЗ*, Л.Р. ФАЙЗРАХМАНОВА*, С.В. НАГОВИЦИНА*, К.А. ХАДАРЦЕВА**

Доказана эффективность общесистемной магнитотерапии в комплексном лечении хронического сальпингоофорита, заключающаяся в уменьшении субъективной симптоматики, обсемененности микрофлорой, улучшении показателей гуморального и клеточного иммунитета, нормализации данных бимануального исследования.

Ключевые слова: спаечный процесс, хронический сальпингоофорит, восстановительная терапия, общесистемная магнитотерапия.

Несмотря на обилие современных методов лечения, распространенность *хронического сальпингоофорита* (ХСО) занимает ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости, составляя по данным различных авторов от 65 до 72%, среди которых преимущественный процент составляют нерожавшие женщины. Спаечный процесс в малом тазу в большинстве случаев развивается в результате различных оперативных вмеша-

тельств и воспалительных заболеваний, которые зачастую сменяют друг друга. Среди перенесенных операций наибольший процент занимают искусственные аборты – 30,0%, аппендэктомия – 21,3%, внематочная беременность – 15,0% и другие факторы, вызывающие спаячно-воспалительные процессы в органах малого таза [1-3].

Цель исследования – изучение эффективности лечения ХСО с использованием *общесистемной магнитотерапии* (ОМТ).

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и лечение 80 женщин в возрасте 26-39 лет (средний возраст 31,2±1,2), 60 из которых составили основную и 20 – контрольную группу. По данным анамнеза выяснено, что у большинства женщин (90%) основной жалобой были боли ноющего и тянущего характера в нижних отделах живота и в пояснично-крестцовой области, не связанные с фазами менструального цикла. Медикаментозную терапию проводили по показаниям при наличии урогенитальных инфекций. Всем больным как основной, так и контрольной группы назначалась физиотерапия в виде электрофореза с *лидазой* и *сульфатом цинка*, а также специальный гинекологический массаж. В работе использовалась магнитотерапевтическая установка УМТвп-«МАДИН» (ЭОЛ – Магнитотурботрон), зарегистрированной в Государственном реестре товарных знаков и знаков обслуживания РФ 14.05.2005 (Свидетельство № 288881). Процедуры осуществлялись следующим образом: больную на специальном ложементе помещали в положении «лежа на спине» в лечебную камеру, в которой создавалось электромагнитное, переменное, равномерно вращающееся вокруг продольной оси пациентки поле с максимальной индукцией 3 мТл и частотой 50 Гц. Процедуры длительностью 20 мин проводились в утренние часы, в физиотерапевтическом отделении. Курс ОМТ использовался как компонент комплексной терапии женщин основной группы с учетом показаний и противопоказаний и состоял из 10 ежедневных процедур на фоне стандартного медикаментозного лечения (обезболивание, антибактериальная, инфузионная, трансфузионная, витаминотерапия).

Эффективность комплексной терапии определяли после лечения по объективным и субъективным признакам: по противовоспалительному эффекту и срокам купирования патологического процесса; по степени антимикробного эффекта; по степени коррекции ряда иммунологических показателей и жалобам пациенток. Проведено исследование по взаимосвязи показателей неспецифической реактивности организма с показателями бактериальной обсемененности нижних отделов гениталий (отделяемое из цервикального канала и влагалища).

Результаты и их обсуждение. У 27 пациенток обнаружены бактерии, передаваемые половым путем (*Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis*, генитальный герпес). В 12 случаях выявлен 1 вид микроба, в 15 случаях – микст-инфекция в виде 2-3 возбудителей одновременно. Среди других представителей микрофлоры, выявленных у пациенток, определялись грибы рода Кандида, кишечная палочка, фузобактерии и актиномицеты и бактерии стрепто-стафилококковой группы. После комплексной терапии у пациенток основной группы существенно снизилась (как в количественном, так и в качественном отношении) обсемененность микрофлорой, взятой из нижних отделов гениталий. Известно, что характер воспалительных процессов во многом зависит от иммунного статуса организма в целом, и реактивности тканей данного локально воспаленного участка. По данным ряда авторов в результате воспалительного процесса отмечается резкое угнетение функций некоторых показателей местной реактивности организма, в частности, функции Т- и В-системы иммунитета [4-5]. В наших исследованиях выявлено уменьшение процентного и абсолютного содержания Т-клеточного звена иммунитета (CD4, CD3, CD25 и клеток, экспрессирующих поздние маркеры активации HLA-DR. При этом отмечено повышение количества NK-клеток (CD16), цитотоксических лимфоцитов (CD8) и клеток-индукторов фракции CD95 фактора апоптоза. Из показателей, характеризующих В-систему иммунитета, наблюдалось уменьшение процентного и абсолютного содержания CD22-лимфоцитов, повышение в сыворотке крови концентрации IgM и IgA, однако, содержание IgG практически не изменилось. Комплексная терапия способствовала нормализации ряда показателей иммунитета у пациенток основной группы. При анализе результатов клинического обследования больных со спаечно-воспалительными процессами в малом тазу до и после комплекс-

* «СМ-Клиника», г.Москва, Республиканская клиническая больница № 3, г.Казань

** медицинский институт Тульского государственного университета