

DOI: 10.32364/2587-6821-2024-8-*0

Герпесвирусные инфекции у взрослых — в фокусе лабиальный герпес

А.Е. Шульженко, Р.В. Щубелко, И.Н. Зуйкова

ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, Москва, Российская Федерация

РЕЗЮМЕ

В связи с широкой распространенностью лабиальный герпес является актуальной проблемой как для пациентов, которые не всегда обращаются за медицинской помощью, так и для врачей разных специальностей — дерматологов, иммунологов, стоматологов, которые, как правило, встречаются с тяжелой, часто рецидивирующей формой герпесвирусной инфекции. В представленной обзорной статье раскрыта проблематика лабиального герпеса — описаны современные данные о патогенезе и особенностях иммунного ответа при герпесвирусной инфекции, варианты клинического течения заболевания и возможные ошибки в диагностике. В статье обозначены основные стратегии терапии герпесвирусных инфекций, включающие применение как этиотропных, так и иммуномодулирующих препаратов. Использование иммуностропных средств должно базироваться на знании иммунопатогенеза заболеваний и возможностях современной иммунодиагностики и иммунофармакологии. Представлены клинические наблюдения пациентов с лабиальным герпесом, в лечении которых была использована топическая форма (гель) иммуномодулирующего препарата, содержащего сумму полисахаридов побегов растения *Solanum tuberosum*. Сделаны выводы, что данная лекарственная форма может с успехом применяться в качестве вспомогательной местной терапии для лечения рецидивов герпесвирусной инфекции, обусловленной вирусом простого герпеса 1-го типа.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вирусы простого герпеса, ВПГ-1, лабиальный герпес, иммуномодуляторы, местная терапия, полисахариды растения *Solanum tuberosum*.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Шульженко А.Е., Щубелко Р.В., Зуйкова И.Н. Герпесвирусные инфекции у взрослых — в фокусе лабиальный герпес. РМЖ. Медицинское обозрение. 2024;8(*):1–7. DOI: 10.32364/2587-6821-2024-8-*0

Herpesvirus infections in adults — labial herpes case study

A.E. Shulzhenko, R.V. Shchubelko, I.N. Zuikova

National Research Center Institute of Immunology of the Russian Federal Medical Biological Agency, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Due to the widespread prevalence of labial herpes, it constitutes a significant challenge not only for patients, who commonly do not seek medical assistance, but also for healthcare professionals across various specialties — including dermatologists, immunologists, and dentists. These practitioners frequently encounter severe, recurrent manifestations of herpesvirus infections. This review article addresses the issues associated with labial herpes, providing current insights into the pathogenesis and immune response patterns in herpesvirus infection. It also discusses different clinical presentations and potential diagnostic errors. The article delineates primary treatment tactics for herpesvirus infections, emphasizing both etiotropic and immunomodulatory therapeutic approaches. The administration of immunotropic agents should be informed by a detailed understanding of the disease's immunopathogenesis, as well as the capabilities offered by modern immunodiagnostics and immunopharmacology. Furthermore, the article presents case studies involving patients with labial herpes who were treated using a topical gel form of an immunomodulatory phytopharmaceutical. The findings suggest that this dosage form can be effectively utilized as an adjunctive topical therapy for managing recurrences of herpesvirus infections caused by herpes simplex virus type 1.

KEYWORDS: herpes simplex viruses, HSV-1, labial herpes, immunomodulators, topical therapy, polysaccharides of the plant *Solanum tuberosum*.

FOR CITATION: Shulzhenko A.E., Shchubelko R.V., Zuikova I.N. Herpesvirus infections in adults — labial herpes case study. Russian Medical Inquiry. 2024;8(*):1–7 (in Russ.). DOI: 10.32364/2587-6821-2024-8-*0

ВВЕДЕНИЕ

Лабиальный герпес — широко распространенное и высококонтагиозное инфекционное заболевание, вызываемое вирусами простого герпеса 1-го (ВПГ-1) и, реже, 2-го (ВПГ-2) типов. Клинически лабиальный герпес характеризуется везикулярными высыпаниями на слизистой оболочке ротовой полости, красной кайме губ, периоральной области.

Эпидемиология

По разным оценкам, от 60 до 90% населения мира инфицированы ВПГ, однако в большинстве случаев ВПГ-инфекция протекает бессимптомно [1]. Инфицирование ВПГ-1, как правило, происходит в детском возрасте, пик заболеваемости достигается к 2–3 годам, и к 5 годам бывает поражено около 33% детей [2]. За последние два десятилетия заболеваемость лабиальным герпесом возросла — отме-

чается более 23 млн новых случаев в год, при этом рецидивирующими формами страдают от 15 до 40% инфицированных [3]. Количество рецидивов лабиального герпеса, как правило, невысоко — до двух эпизодов в год, и лишь в 5–10% случаев отмечается высокая частота обострений — 6 и более эпизодов в год [3].

Провоцирующими факторами развития рецидива являются экзогенные и эндогенные условия, способствующие локальной или системной иммуносупрессии: инфекции верхних дыхательных путей, включая COVID-19, лихорадка, локальная травматизация эпителия, менструация, беременность, переутомление, психологический стресс, стоматологические и косметологические процедуры, воздействие солнечного света или ультрафиолета, диета, богатая продуктами с содержанием аргинина (например, шоколад, орехи, семена) [3, 4].

ПЕРЕДАЧА

Вирусы простого герпеса, как и вся группа α -герпесвирусов, относятся к антропонозам, источником инфицирования является человек. Основные механизмы передачи — воздушно-капельный, контактный и контактно-бытовой. В большинстве случаев ВПГ-1 передается через слюну или травмированную кожу. Инфицирование разными типами ВПГ, как правило, происходит в разные возрастные периоды: ВПГ-1 — в детском возрасте контактно-бытовым путем, ВПГ-2 — с началом половой жизни при орально-генитальных контактах. Передача ВПГ-1 при орально-генитальном контакте также может привести к развитию генитального герпеса. ВПГ наиболее контагиозны в первые 24–48 ч от начала клинических проявлений [4, 5].

ПАТОГЕНЕЗ

Попадая на слизистые оболочки или поврежденную кожу, ВПГ проникают в эпителиоциты, где активно реплицируются и проникают в нервные окончания сенсорных нейронов, иннервирующих область инфицирования. Далее ретроградным аксональным потоком ВПГ транспортируются через сенсорные нейроны в нейронные ядра тройничного или спинального сенсорных ганглиев, где переходят в латентное состояние. При реактивации вирионы перемещаются с антероградным аксональным потоком от спинного нервного ганглия в нервные окончания, иннервирующие кожу или слизистые оболочки, где произошло первоначальное инфицирование (красная кайма губ, слизистая оболочка ротоглотки и т. д.). Здесь вирионы могут выделяться бессимптомно или провоцировать характерную клиническую картину вирус-индуцированного воспаления [4, 6].

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВПГ-ИНФЕКЦИИ

Иммунологическая защита против ВПГ-инфекции включает факторы врожденного и приобретенного иммунитета. При попадании вирусного патогена в эпителиоциты происходит активация эндосомальных Toll-подобных рецепторов, которые в свою очередь индуцируют интерфероновые регуляторные факторы, запуская противовирусный иммунный ответ. Интерфероны (ИФН) I типа инициируют экспрессию молекул адгезии, активируя хемотаксис нейтрофилов и макрофагов в очаг

воспаления, усиливают фагоцитарную и бактерицидную активность макрофагов. Активированные макрофаги в свою очередь секретируют широкий спектр цитокинов, привлекая дополнительные факторы врожденного иммунного ответа. Рекрутированные нейтрофилы способствуют апоптозу и фагоцитозу инфицированных клеток. Сигнализация ИФН I типа при вирусной инфекции необходима также для созревания дендритных клеток (ДК) и активации NK-клеток (natural killers, естественные киллеры). NK-клетки являются представителями врожденного иммунного ответа, они способны непосредственно уничтожать инфицированные вирусом клетки, не несущие маркеров МНС класса I (МНС-I) или экспрессирующие NK-активирующие молекулы, что указывает на инфицирование. Являясь ранними продуцентами ИФН- γ , NK-клетки активируют $CD4^+$ Т-лимфоциты и ограничивают репликацию и распространение вирусной инфекции [4].

Клетками, регулирующими врожденный и адаптивный иммунный ответ, выступают ДК, которые в большом количестве представлены в коже и слизистых оболочках. Это антигенпрезентирующие клетки (АПК): фагоцитоз вирионов запускает их созревание и дифференцировку, после чего зрелые ДК мигрируют в регионарные лимфатические узлы, где презентуют поглощенные антигены в составе комплексов МНС-I или МНС-II наивным Т-лимфоцитам, тем самым запуская адаптивный иммунный ответ.

Презентация вирусных антигенов в комплексе с молекулами МНС-I индуцирует дифференцировку Т-лимфоцитов в эффекторные $CD8^+$ Т-клетки, мигрирующие в пораженные ткани. Здесь они непосредственно уничтожают инфицированные клетки путем апоптоза с помощью внутриклеточных цитотоксических белков (гранзимов, перфоринов, гранулизинов), а также секретируют ИФН- γ . ИФН- γ — основной эффектор $CD8^+$ Т-лимфоцитов — способствует презентации вирусных пептидов, подавляет репликацию вируса и клеточный цикл, запускает дифференцировку наивных Т-лимфоцитов в $Th1$ -клетки. ИФН- γ также активирует презентацию антигена в составе МНС-II, что в свою очередь активирует $CD4^+$ Т-клетки, необходимые для полной активации цитотоксических $CD8^+$ Т-лимфоцитов и для продукции противовирусных антител В-лимфоцитами. $CD4^+$ Т-лимфоциты также секретируют ИФН- γ и интерлейкин 2 (ИЛ-2), что приводит к подавлению внутриклеточной репликации вируса, способствует пролиферации $CD8^+$ Т-лимфоцитов, стимуляции фагоцитоза макрофагами, активации NK-клеток. Кроме того, под влиянием ИФН- γ и ИЛ-2 происходит усиление экспрессии МНС-I и МНС-II вторичными АПК, включая эпителиоциты. И в дополнение активированные $CD4^+$ Т-клетки активируют В-лимфоциты, индуцируя синтез вирус-специфических антител [4].

Особенностью Т-клеточного иммунного ответа при инфицировании ВПГ является вовлечение в иммунные защитные реакции не только системного, но и местного пула Т-лимфоцитов, локализованных в коже и слизистых оболочках, нейронных ганглиях. $CD4^+$ Т-клетки инфильтрируют слизистые оболочки на ранних этапах и остаются преобладающим классом лимфоцитов в первые 12–48 ч после инфицирования, инфильтрация $CD8^+$ Т-лимфоцитами происходит на более поздних этапах. После первичной инфекции ВПГ-специфичные, активированные эффекторные Т-лимфоциты памяти $CD4^+$ и $CD8^+$, экспрессирующие ИФН- γ и фактор некроза опухоли α , инфильтрируют

нейрональные ганглии, контролируя герпесвирусную инфекцию. Таким образом, латентное присутствие ВПГ в нервных ганглиях сопровождается местным Т-клеточным контролем за счет клеток памяти. Под влиянием неблагоприятных факторов, описанных выше, ВПГ способен периодически реактивироваться, мигрировать из нервных ганглиев через сенсорные нейроны на поверхность кожи или слизистых оболочек и провоцировать развитие клинических проявлений ВПГ-инфекции [4].

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛАБИАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Первичное инфицирование ВПГ-1 может проявляться в виде герпетического гингивостоматита — множественных пузырьковых высыпаний на слизистой оболочке внутренней поверхности губ, щек, нижней поверхности языка и дна полости рта, сопровождающихся покалыванием, зудом, раздражением, онемением, болью и жжением (рис. 1) [4–6].

При типичной форме лабиального герпеса на красной кайме губ, периоральной области развиваются сгруппированные пузырьковые элементы на гиперемизированном фоне, которые разрешаются с образованием эрозий и корочек (рис. 2). Высыпания могут сопровождаться субъективными симптомами в виде покалывания, зуда, жжения или боли.

Клинические проявления возникают через 2–20 дней после инфицирования, пик вирусной нагрузки приходится на первые 24–48 ч после появления высыпаний и постепенно снижается по мере превращения высыпаний в эрозии и корочки [7].

Первичный эпизод характеризуется впервые возникшими клиническими проявлениями на фоне серонегативности, протекает, как правило, тяжело, с большой площадью поражения и симптомами общей интоксикации (лихорадкой, недомоганием, головной болью), регионарной лимфаденопатией и длится дольше, чем рецидив. Первичное инфицирование может протекать бессимптомно, переходя сразу в латентную фазу.

Первый эпизод непервичной ВПГ-инфекции характеризуется впервые возникшими клиническими проявлениями при наличии вирус-специфических антител. Симптоматика при этом менее интенсивна, чем при первичном эпизоде, но более выражена, чем при рецидивирующей форме заболевания [4–6].

Рецидивы герпеса могут протекать бессимптомно или с неинтенсивной клинической симптоматикой — с небольшой площадью поражения и меньшей продолжительностью, чаще ограничиваясь локальным очагом воспаления без общих симптомов.

При атипичной форме простого герпеса изменяется последовательность развития элементов в очаге поражения и характер местных симптомов. Например, для зудящей формы свойственно периодическое появление зуда на фоне практически неизменной слизистой оболочки или кожи; местные симптомы отечной формы проявляются только гиперемией и отеком без формирования везикулярного элемента. Иногда атипичная форма заболевания протекает в виде рецидивирующих трещин слизистых оболочек или красной каймы губ, кожи, сопровождающихся резкой болезненностью.

Бессимптомная форма характеризуется репликацией вируса без развития классических симптомов заболевания [4–6].



Рис. 1. Герпетический стоматит (здесь и далее — фото из архива отделения аллергологии № 6 ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России)

Fig. 1. Herpetic stomatitis (here and further photos from the archive of the Department of Allergology No. 6 of the National Research Center Institute of Immunology of the Russian Federal Medical Biological Agency)



Рис. 2. ВПГ-1-инфекция периоральной области

Fig. 2. Perioral HSV-1 infection

ДИАГНОСТИКА

Типичную форму лабиального герпеса легко установить при объективном осмотре по характерным сгруппированным поверхностным округлым везикулам на гиперемизированном фоне. У взрослых с атипичным течением заболевания диагностика затруднена. Визуальное определение герпетического стоматита, гингивита также часто приводит к диагностическим ошибкам. Дифференциальную диагностику следует проводить с бактериальными инфекциями красной каймы губ и кожи периоральной области (стрепто- и стафилодермией), хейлитами, стоматитами другой этиологии (грибковой, аутоиммунной) (рис. 3).

Также следует помнить, что герпесвирусная инфекция может осложняться сопутствующей бактериальной инфекцией, что также затрудняет правильную постановку диагноза (рис. 4).

В настоящее время ПЦР-исследование является «золотым стандартом» лабораторной диагностики ВПГ-инфекции. Исследованию подлежат биологические образ-



Рис. 3. Стрептококковый хейлит

Fig. 3. Streptococcal cheilitis



Рис. 4. Лабиальный герпес, осложненный бактериальной инфекцией

Fig. 4. Labial herpes complicated by bacterial infection

цы в зависимости от клинических проявлений (соскобы/мазки с везикул или эрозий, слизистых оболочек, слюна). Благодаря высокой чувствительности метод позволяет выявить возбудителя даже при его минимальном содержании в биологическом образце, а также типировать ВПГ-1 и ВПГ-2. ПЦР-исследование дает возможность не только установить этиологию заболевания, но и контролировать течение инфекционного процесса, оценивать эффективность проводимой терапии. Особенно актуален этот метод для диагностики атипичной или бессимптомной формы ВПГ-инфекции [4, 8].

Вирус-специфические IgM определяются на 4–6-й день после инфицирования и достигают максимального значения на 15–20-е сутки. Выявление IgM не всегда является достоверным признаком первичной инфекции, они могут формироваться и при реинфекции другим штаммом или типом вируса, а также в случае перекрестных реакций. С 10–14-х суток появляются вирус-специфические IgG, которые сохраняются пожизненно.

Серологическое исследование применяют для определения стадии герпесвирусной инфекции при атипичном течении, отрицательном ПЦР-тесте, первичном эпизоде простого герпеса, когда необходима дифференциальная диагностика между первичной инфекцией и рецидивом для выбора тактики терапии [4, 8].

Лечение

Согласно международным и отечественным стандартам препаратами выбора для лечения ВПГ-инфекции являются ациклические нуклеозиды — ацикловир, валацикловир, фамцикловир [4, 9, 10]. Системные противовирусные препараты не направлены на элиминацию вируса, однако позволяют контролировать симптомы ВПГ-инфекции. Противовирусные препараты применяют либо эпизодически (при возникновении рецидива), либо пролонгированно (независимо от наличия рецидива). Эпизодическая терапия предпочтительна для пациентов, имеющих редкие и неотягительные обострения. В этом случае противовирусный препарат назначают коротким курсом в течение 5–10 дней. Для пациентов с высокой частотой рецидивов (более 6 раз в год) рекомендована пролонгированная схема лечения — ежедневный прием в течение нескольких месяцев или лет [4, 9, 10].

Иммуномодулирующая терапия является вспомогательным методом лечения и применяется с целью сокращения сроков выздоровления, снижения рисков развития осложнений, уменьшения частоты, продолжительности и выраженности обострений хронической рецидивирующей инфекции. Как правило, иммуномодуляторы применяют в комбинации с противовирусными препаратами на разных этапах воспалительного процесса, а также в период медикаментозной ремиссии. В период ремиссии возможно применение иммуномодуляторов в виде монотерапии с целью иммунореабилитации и профилактики развития обострений [4, 11]. Одним из препаратов, сочетающих индукцию ИФН, а также противовирусную активность, является оригинальный отечественный иммуномодулирующий препарат растительного происхождения Панавир®, который успешно применяется в клинической практике в течение 25 лет. Основным его компонент — высокомолекулярный гексозный гликозид, полученный из меристемы побегов растения *Solanum tuberosum* (паслен клубненосный).

По данным исследования Р.Р. Климовой и соавт. [12], Панавир® обладает противовирусными эффектами против ВПГ, которые основаны на предотвращении цитопатогенного вирус-индуцированного действия и нарушении экспрессии вирусных белков. Эффективность применения Панавира у пациенток с рецидивирующим генитальным герпесом показана для комбинированной терапии, включающей гель для наружного применения 0,002% и внутривенные инъекции (0,04 мг/мл раствор 5 мл 1 р/день) в течение 5 дней [13].

Иммуномодулирующие эффекты Панавира основаны на способности индуцировать синтез собственных ИФН. По данным исследования, проведенного в НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского РАМН [14], однократное системное введение Панавира повышает уровень сывороточных ИФН в 2–3 раза. Помимо иммуномодулирующих свойств, индукторы интерферонотеза обладают опосредованными противовирусными, противоопухолевыми и другими эффектами, характерными для ИФН. Комбинированное использование препаратов индукторов ИФН с другими иммуномодулирующими или противовирусными средствами в ряде случаев дает аддитивный и даже синергический эффект [11]. Недавно показано, что активность Панавира на клеточном уровне также

опосредуется фагоцитозом его наночастиц с последующим активным выбросом во внеклеточное пространство АТФ и фактора ингибирования миграции макрофагов. Посредством такого механизма активируются все виды иммунных клеток, в том числе зрелые нейтрофилы, и усиливается фагоцитоз [15].

Исследования по применению препарата Панавир® показали его хорошую переносимость, отсутствие тератогенного, мутагенного, эмбриотоксического, канцерогенного и аллергизирующего действия. Препарат представлен широкой линейкой лекарственных форм, как системных (раствор для внутривенного введения 0,04 мг/мл 5 мл, суппозитории ректальные 200 мкг), так и топических (суппозитории вагинальные 200 мкг, гель 0,002% и капли глазные 0,04 мг/мл для лечения офтальмогерпеса и аденовирусной инфекции), что позволяет эффективно и с удобством использовать его в условиях реальной клинической практики, а также дает возможность подобрать оптимальную терапию в сложных случаях.

Для вспомогательного лечения инфекционно-воспалительных заболеваний кожи и/или слизистых оболочек, обусловленных ВПГ-1 и ВПГ-2, а также папилломавирусной инфекции кожи и/или слизистой оболочки гениталий и перианальной области в комбинации с лазерной деструкцией остроконечных кондилом с успехом применяется Панавир® гель 0,002%.

Представляем клинические наблюдения пациенток с рецидивом лабиального герпеса, демонстрирующие эффективность использования топической формы (гель) Панавира.



Рис. 5. Пациентка П., 46 лет: лабиальный герпес в стадии обострения (А) и затихающего обострения (В)

Fig. 5. Patient P., female, 46 years old: labial herpes in the stage of exacerbation (A) and subcompensation (B)

Клиническое наблюдение 1

Пациентка П., 46 лет, обратилась с жалобами на пузырьковые высыпания на коже под нижней губой, выраженный зуд, болезненность, жжение в области высыпаний; такие высыпания появляются до 5 раз в год.

Диагноз: хроническая рецидивирующая герпесвирусная инфекция, *Herpes simplex*; лабиальная форма, обострение (В00.1).

Анамнез жизни. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, новая коронавирусная инфекция без осложнений. Оперативные вмешательства: в 18 лет проведена тонзиллэктомия. Аллергоанамнез не отягощен. Гемотрансфузии отрицает. Онкологический анамнез: отрицает. Хронические заболевания: простой хронический бронхит (J41.0), левосторонняя смешанная тугоухость (H90), артериальная гипертензия (I10).

Анамнез заболевания. Лабиальная форма герпесвирусной инфекции беспокоит с подросткового возраста. Ранее редкие (1–2 раза в год) высыпания купировались в течение 3–5 дней. Провоцирующие факторы: переохлаждение, ОРВИ. В последние 3 года стала отмечать учащение высыпаний до 4–5 раз в год, в основном в осенне-зимний период на фоне ОРВИ. Отмечает увеличение длительности рецидива до 7–10 дней, иногда с присоединением мокнутия. По назначению дерматолога применяет валацикловир 500 мг 2 р/сут в течение 5 дней, местно — крем ацикловир 5%.

Данные осмотра. На коже под нижней губой очаг сгруппированных пузырьковых высыпаний размером 2,0 см в диаметре (рис. 5А).

Данные лабораторных методов обследования: мазок с области высыпаний на ПЦР-исследование — обнаружена ДНК ВПГ-1 и ВПГ-2.

Терапия. Противовирусная терапия: валацикловир 500 мг перорально 2 р/сут в течение 5 дней, Панавир® гель 0,002% для наружного и местного применения тонким слоем на пораженные участки кожи 5 р/сут до полного заживления высыпаний.

Повторный осмотр. Через 5 дней проведен повторный осмотр. На фоне лечения пациентка отмечает более быстрое купирование местных симптомов: зуда, болезненности, жжения на 3-и сутки лечения (в сравнении с предыдущим рецидивом, когда длительность местных симптомов достигала 5–6 дней). Пациентка отмечает более быстрое заживление высыпаний, отсутствие мокнутия, быстрое отпадение корочек к 5-м суткам лечения (ранее на 7–10-е сутки). Пациентка отмечает хорошую переносимость препарата и удобство применения, поскольку гель прозрачный, не оставляет следов на коже, не имеет запаха (рис. 5В).

Клиническое наблюдение 2

Пациентка П., 26 лет, обратилась с жалобами на пузырьковые высыпания на красной кайме губ, сопровождающиеся зудом, болезненностью, жжением.

Диагноз: хроническая рецидивирующая герпесвирусная инфекция, *Herpes simplex*; лабиальная форма, обострение (B00.1).

Анамнез жизни. Росла и развивалась соответственно возрастной норме. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Оперативные вмешательства отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Гемотрансфузии отрицает. Онкологический анамнез: отрицает. Хронические заболевания: хронический тонзиллит (J35.0), хронический гастрит (K29).

Анамнез заболевания. Лабиальная форма герпесвирусной инфекции беспокоит с детского возраста, высыпания редкие (1–2 раза в год), купируются в течение 3–5 дней. Провоцирующие факторы: переохлаждение, ОРВИ, смена климата. В последний год отмечает учащение высыпаний до 3 раз в год, в основном в осенне-зимний период, увеличение длительности рецидива до 7 дней. Системные противовирусные препараты для купирования рецидива принимать отказывается в связи с плохой переносимостью из-за сопутствующего хронического гастрита.

Данные осмотра. На красной кайме нижней губы очаг сгруппированных пузырьковых высыпаний размером 0,5 см.

Данные лабораторных методов обследования: мазок с области высыпаний на ПЦР-исследование — обнаружена ДНК ВПГ-1 и ВПГ-2.

Терапия. Учитывая невысокую частоту обострений, нетяжелое течение рецидива, а также в связи с отказом принимать системную противовирусную терапию, рекомендована местная терапия: Панавир® гель 0,002% для наружного местного применения тонким слоем на пораженные участки кожи 5 р/сут до полного заживления высыпаний.

Повторный осмотр. Через 5 дней проведен повторный осмотр. На фоне лечения пациентка отмечает более быстрое купирование местных симптомов: зуда, болезненности, жжения на 2–3-и сутки лечения, быстрое заживление очага воспаления и отпадение корочек к 5-м суткам лечения (ранее на 7–10-е сутки). Как и в предыдущем случае, отмечается хорошая переносимость препарата и удобство применения, связанное с прозрачностью и тонкой структурой геля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время разработаны и с успехом применяются стандартизованные схемы лечения герпесвирусной инфекции классическими противовирусными химиопрепаратами. Кроме того, существуют и продолжают исследоваться разнообразные методы лечения с применением иммуномодулирующей терапии. Выбор тактики лечения определяется клинической формой, тяжестью течения заболевания и эффективностью предшествующей терапии.

Панавир® гель 0,002% обладает иммуномодулирующим, противовирусным свойствами, а также способностью ускорять регенерацию тканей, в связи с чем успешно применяется в комплексной терапии лабиального герпеса. Как видно из описанных клинических наблюдений, применение препарата способствует ускорению заживления пораженных участков кожи, красной каймы губ, сокращению выраженности и длительности рецидива. Кроме того, при нетяжелом течении герпесвирусной инфекции и/или отсутствии приверженности системной противовирус-

ной терапии можно рекомендовать применение местного лечения лабиального герпеса топическими противовирусными и иммуномодулирующими препаратами, что позволит уменьшить дискомфорт для пациента и сократить период восстановления. ▲

Литература / References

1. Crimi S., Fiorillo L., Bianchi A. et al. Herpes Virus, Oral Clinical Signs and QoL: Systematic Review of Recent Data. *Viruses*. 2019;11(5):463. DOI: 10.3390/v11050463
2. Gittler J.K., Mu E.W., Orlov S.J. Characterization of Herpes Simplex Virus Infections Seen in the Pediatric Dermatology Office. *Pediatr Dermatol*. 2017;34(4):446–449. DOI: 10.1111/pde.13190
3. Ocampo J.V., França F.A., Santana R.S. et al. Clinical guidelines for herpes labialis: recommendations and quality evaluation according to AGREE II. *Acta Odontol Latinoam*. 2024;37(1):13–24. DOI: 10.54589/aol.37/1/13
4. Шульженко А.Е., Щубелко Р.В., Зуйкова И.Н. Герпесвирусные инфекции: современный взгляд на проблему. М: ГЭОТАР-Медиа; 2022. Shulzhenko A.E., Shchubelko R.V., Zuykova I.N. Herpesvirus infections: a modern view of the problem. Moscow: GEOTAR-Media; 2022 (in Russ.).
5. Leung A.K.C., Barankin B. Herpes Labialis: An Update. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 2017;11(2):107–113. DOI: 10.2174/1872213X11666171003151717
6. Fatahzadeh M., Schwartz R.A. Human herpes simplex labialis. *Clin Exp Dermatol*. 2007;32(6):625–630. DOI: 10.1111/j.1365-2230.2007.02473.x
7. Usatine R.P., Tinitigan R. Nongenital herpes simplex virus. *Am Fam Physician*. 2010;82(9):1075–1082.
8. Rosen T. Recurrent Herpes Labialis in Adults: New Tricks for an Old Dog. *J Drugs Dermatol*. 2017;16(3):49–53.
9. Cunningham A., Griffiths P., Leone P. et al. Current management and recommendations for access to antiviral therapy of herpes labialis. *J Clin Virol*. 2012;53(1):6–11. DOI: 10.1016/j.jcv.2011.08.003
10. Шульженко А.Е., Зуйкова И.Н., Щубелко Р.В. Рецидивирующая герпесвирусная инфекция: стратегия противовирусной терапии. *Клиническая дерматология и венерология*. 2015;14(3):29–36. DOI: 10.17116/klinderma201514329-36
11. Shulzhenko A.E., Zuykova I.N., Shchubelko R.V. Recurrent herpes virus infection: the strategy of antiviral therapy. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology*. 2015;14(3):29–36 (in Russ.). DOI: 10.17116/klinderma201514329-36
12. Иммуноterapia: руководство для врачей. Второе издание, переработанное и дополненное. Под ред. Хайтова Р.М., Атауллеханова Р.И., Шульженко А.Е. М: ГЭОТАР-Медиа; 2020. Immunotherapy: a guide for doctors. 2nd ed., revised and expanded. Khaitov R.M., Ataullakhanov R.I., Shulzhenko A.E., eds. M.: GEOTAR-Media; 2020 (in Russ.).
13. Климова Р.Р., Куш А.А., Федорова Н.Е., Литвин А.А. Действие препарата Панавир на синтез белков ВПГ 1 и 2 типа в культуре клеток. *Антибиотики и Химиотерапия*. 2009;54(3–4):18–20. Klimova R.R., Kushch A.A., Fedorova N.E., Litvin A.A. Effect of Panavir on Herpes simplex Virus Types 1 and 2 Proteins Synthesis in Cell Culture. *Antibiotics and Chemotherapy*. 2009;54(3–4):18–20 (in Russ.).
14. Kalinina T.S., Zlenko D.V., Kiselev A.V. et al. Antiviral activity of the high-molecular-weight plant polysaccharides (Panavir®). *Int J Biol Macromol*. 2020;161:936–938. DOI: 10.1016/j.ijbiomac.2020.06.031
15. Колобухина Л.В., Носик Н.Н., Меркулова Л.Н. и др. Динамика индукции лейкоцитарного интерферона при однократном и повторном применении панавира. *Цитокины и воспаление*. 2009;8(2):49–52.
16. Kolobukhina L.V., Nosik N.N., Merkulova L.N. et al. Time course of leukocyte interferon induction after single and repeated application of panavir. *Cytokines and Inflammation*. 2009;8(2):49–52 (in Russ.).
17. Stovbun S.V., Kalinina T.S., Zlenko D.V. et al. Antiviral potential of plant polysaccharide nanoparticles actuating non-specific immunity. *Int J Biol Macromol*. 2021;182:743–749. DOI: 10.1016/j.ijbiomac.2021.03.135

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Шульженко Андрей Евгеньевич — д.м.н., профессор, заведующий отделением аллергологии № 6 ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России; 115522, Россия, г. Москва, Каширское ш., д. 24; ORCID iD 0000-0003-0268-9350

Щубелко Розалия Васильевна — к.м.н., врач аллерголог-иммунолог, старший научный сотрудник отделения аллергологии, № 6 ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России; 115522, Россия, г. Москва, Каширское ш., д. 24; ORCID iD 0000-0001-6993-9831

Зуйкова Ирина Николаевна — к.м.н., врач аллерголог-иммунолог, старший научный сотрудник отделения аллергологии № 6 ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России; 115522, Россия, г. Москва, Каширское ш., д. 24; ORCID iD 0000-0002-9373-4681

Контактная информация: Зуйкова Ирина Николаевна, e-mail: zuikova_i@mail.ru

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Конфликт интересов отсутствует.

Статья поступила 16.09.2024.

Поступила после рецензирования 09.10.2024.

Принята в печать 30.10.2024.

ABOUT THE AUTHORS:

Andrey E. Shulzhenko — Dr. Sc. (Med.), Professor, Head of the Department of Allergology No. 6, National Research Center Institute of Immunology of the Russian Federal Medical Biological Agency; 24, Kashirskoye road, Moscow, 115522, Russian Federation; ORCID iD 0000-0003-0268-9350

Rosalia V. Shchubelko — C. Sc. (Med.), allergologist-immunologist, Senior Researcher at the Department of Allergology No. 6, National Research Center Institute of Immunology of the Russian Federal Medical Biological Agency; 24, Kashirskoye road, Moscow, 115522, Russian Federation; ORCID iD 0000-0001-6993-9831

Irina N. Zuikova — C. Sc. (Med.), allergologist-immunologist, Senior Researcher at the Department of Allergology No. 6, National Research Center Institute of Immunology of the Russian Federal Medical Biological Agency; 24, Kashirskoye road, Moscow, 115522, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-9373-4681

Contact information: Irina N. Zuikova, e-mail: zuikova_i@mail.ru

Financial Disclosure: no authors have a financial or property interest in any material or method mentioned.

There is no conflict of interest.

Received 16.09.2024.

Revised 09.10.2024.

Accepted 30.10.2024.

ПАНАВИР®

- Механизм позволяет напрямую воздействовать на вирус¹
- Хорошая переносимость²
- Широкий спектр действия

Комплексный подход в лечении герпеса: местные и системные формы препарата Панавир®

- В 1,2–2 раза уменьшилась продолжительность проявления герпеса (рецидивов) по сравнению с данным до лечения³
- У 82,8% пациентов увеличилась длительность периода без симптомов герпеса в 1,5–2 раза⁴



Противовирусный препарат растительного происхождения



¹ «Совершенствование терапии цитомегаловирусной инфекции у мужчин», Н.И. Чернова, Ю.Н. Перламуртов, С.В. Стовбун, «Клиническая дерматология и венерология», №3, 2016 г.
² Инструкция по применению лекарственного препарата Панавир® раствор для внутривенного введения 0,04 мг/мл, рег. номер Р N000299/02.
³ «Современный подход к терапии рецидивирующей генитальной герпетической инфекции», Ю.Н. Перламуртов, Н.И. Чернова, «Врач», 2010 г.
⁴ «Противовирусная терапия при рецидивирующем генитальном герпесе», П.А. Абакарова, Э.Р. Довлетханова, «Гинекология», 2014 г.