

Оценка эффективности и безопасности местного средства на основе аммония глицирризината при ветряной оспе у детей

Е.В.Мелехина, Е.Ю.Солдатова, О.О.Погорелова, А.Д.Музыка, Д.В.Усенко

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва, Российская Федерация

В лечении ветряной оспы у детей актуальным остается поиск новых эффективных и безопасных средств для наружной терапии.

Цель. Оценка эффективности и безопасности наружного средства на основе аммония глицирризината в терапии ветряной оспы у детей.

Пациенты и методы. В исследование включены 32 пациента с ветряной оспой в возрасте от 4 до 9 лет. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: в основной группе для местной обработки элементов ветряной оспы использовали средство на основе аммония глицирризината, в группе сравнения – средство на основе каламина и оксида цинка.

Результаты. В основной группе относительно группы сравнения были достигнуты следующие результаты: отмечено сокращение периода появления новых высыпаний и присутствия высыпаний на слизистых; произошло достоверное снижение на 4-й день лечения доли пациентов с местным отеком и гиперемией в области элементов; выявлено снижение симптома зуда на протяжении всего периода наблюдения, в то время как среди пациентов группы сравнения зуд, напротив, нарастал на 5–6-й дни болезни; выявлено сокращение на 2 дня периода вторичного бактериального инфицирования элементов. В основной группе отмечено уменьшение доли пациентов и продолжительности периода (до 4 дней) с симптомом вялости, а также более быстрое восстановление аппетита, чем в группе сравнения.

Заключение. Полученные данные позволяют рекомендовать средство на основе аммония глицирризината как эффективное местное средство в терапии ветряной оспы у детей.

Ключевые слова: аммония глицирризинат, ветряная оспа, глицирризиновая кислота, дети, наружная терапия

Для цитирования: Мелехина Е.В., Солдатова Е.Ю., Погорелова О.О., Музыка А.Д., Усенко Д.В. Оценка эффективности и безопасности местного средства на основе аммония глицирризината при ветряной оспе у детей. Вопросы практической педиатрии. 2021; 16(1): 86–93. DOI: 10.20953/1817-7646-2021-1-86-93

Efficacy and safety of a topical gel containing ammonium glycyrrhizinate for the treatment of varicella in children

E.V.Melekhina, E.Yu.Soldatova, O.O.Pogorelova, A.D.Muzyka, D.V.Usenko

Central Research Institute of Epidemiology, Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing, Moscow, Russian Federation

The search for new effective and safe medications for external therapy of varicella in children remains highly relevant.

Objective. To evaluate the efficacy and safety of a topical gel containing ammonium glycyrrhizinate for the treatment of varicella in children.

Patients and methods. This study included 32 patients with varicella aged between 4 and 9 years. Study participants were randomized into two groups: patients in the experimental group received topical therapy with ammonium glycyrrhizinate, whereas patients in the control group received topical therapy with a medicine containing calamine and zinc oxide.

Results. Patients in the experimental group demonstrated faster recovery than in control group: they had shorter period of new rash, shorter duration of rash on the mucous membranes; on day 4, there was a significant decrease in the proportion of patients with local edema and hyperemia in the area of rash; there was also a reduction in itching during the entire observation period, while patients in the control group had worsening of itching on days 5 and 6; we observed a 2-day reduction in the duration of secondary bacterial infection of rash. In the experimental group, there was a decrease in the proportion of patients with fatigue and its duration (to 4 days), as well as faster restoration of appetite compared to control group.

Conclusion. Our findings allow us to recommend the gel containing ammonium glycyrrhizinate for effective topical therapy of varicella in children.

Key words: ammonium glycyrrhizinate, varicella, glycyrrhizic acid, children, topical therapy

For citation: Melekhina E.V., Soldatova E.Yu., Pogorelova O.O., Muzyka A.D., Usenko D.V. Efficacy and safety of a topical gel containing ammonium glycyrrhizinate for the treatment of varicella in children. Vopr. prakt. pediatri. (Clinical Practice in Pediatrics). 2021; 16(1): 86–93. (In Russian). DOI: 10.20953/1817-7646-2021-1-86-93

Для корреспонденции:

Мелехина Елена Валериевна, доктор медицинских наук, доцент по специальности педиатрия, ведущий научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора

Адрес: 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а
Телефон: (495) 672-1158
E-mail: e.melekhina@mail.ru
ORCID: 0000-0002-9238-9302

Статья поступила 15.12.2020 г., принята к печати 26.02.2021 г.

For correspondence:

Elena V. Melekhina, MD, PhD, DSc, Associate Professor in Pediatrics, Senior Researcher, Clinical Department of Infectious Diseases, Central Research Institute of Epidemiology, Russian Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being

Address: 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russian Federation
Phone: (495) 672-1158
E-mail: e.melekhina@mail.ru
ORCID: 0000-0002-9238-9302

The article was received 15.12.2020, accepted for publication 26.02.2021

Ветряная оспа (B01.9 по МКБ-10) – острое антропонозное вирусное заболевание, вызываемое вирусом *Varicella Zoster Virus (VZV)* из семейства *Herpesviridae*, передающееся воздушно-капельным путем, сопровождающееся умеренной лихорадкой и симптомами интоксикации, поражением кожи и слизистых оболочек в виде макуло-папулезно-везикулезной сыпи. VZV является возбудителем двух заболеваний: ветряной оспы при первом контакте с вирусом и опоясывающего лишая при реактивации вируса. Ветряная оспа в большинстве случаев характеризуется доброкачественным течением с последующей длительной латентной персистенцией вируса в организме переболевшего человека [1–4].

Ветряная оспа – убиквитарная инфекция, является чрезвычайно контагиозным заболеванием со 100%-й восприимчивостью, относится к числу наиболее распространенных заболеваний детского возраста [2, 5, 6]. Принято считать, что ветряная оспа – преимущественно детская и благоприятно протекающая инфекция. В то же время известно, что даже у исходно здоровых людей возможно развитие тяжелых и осложненных форм болезни. В структуре осложнений преобладают поражения центральной нервной системы и вторичные бактериальные инфекции кожи [7–10]. Клинико-эпидемиологические закономерности ветряной оспы освещены достаточно, разработан стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи, поэтому в типичных случаях диагностика и лечение ветряной оспы не вызывают трудностей [9, 11–16].

При всех формах ветряной оспы широко востребована наружная терапия, направленная на облегчение симптомов заболевания и предотвращение вторичной инфекции (бактериальных осложнений). До 1990-х гг. в качестве наружной терапии активно использовались растворы анилиновых красителей: 1–2%-й водный или спиртовой растворы бриллиантового зеленого, генцианового фиолетового, метиленового синего, фукокорина, а также водные растворы перманганата калия в разведении 1:5000 или 2–3%-я йодная настойка. Для уменьшения зуда кожу обрабатывали глицерином, водой с уксусом или спиртом [17–20]. В то же время известно, что анилиновые красители существенно не снижают риск бактериальных осложнений ветряной оспы, а их применение вызывает дискомфорт у ребенка и усиливает зуд, тем самым ухудшая состояние пациента, в связи с чем их рекомендации не оправданы. В европейской практике раствор бриллиантового зеленого не использовался никогда, в том числе с эстетической точки зрения [16, 21, 22].

В связи с этим независимо от тяжести в дебюте заболевания в лечении ветряной оспы, наряду со строгим соблюдением гигиены кожи (гигиенический душ 2 раза в день, использование антибактериального мыла, частая смена постельного белья) [23–25], актуальным остается поиск новых лекарственных и косметических средств для наружной терапии, которые лишены недостатков анилиновых красителей и спиртовых антисептиков, но в то же время эффективны и безопасны, прежде всего для применения в педиатрии. Подобным средством, заслуживающим особого внимания, является средство на основе аммония глицирризината (АГ) – Реглисам Октагель (ООО «Миллор Фарма», Россия), так как

комплекс его компонентов обеспечивает уменьшение зуда в области элементов ветряной оспы, охлаждает, за счет чего успокаивает кожу, устраняет отечность, подсушивает, предотвращает инфицирование ранок и обеспечивает быстрое заживление поврежденных участков. Кроме того, входящая в состав Реглисам Октагеля глицирризиновая кислота в форме аммония глицирризината дополнительно обладает противовирусным действием в отношении возбудителя ветряной оспы.

Таким образом, целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности наружного средства Реглисам Октагель в терапии ветряной оспы у детей.

Пациенты и методы

В исследование были включены 32 пациента с ветряной оспой в возрасте от 4 до 9 лет, отвечающие критериям включения: не позднее 2-го дня с момента появления первого элемента, согласие и возможность родителей пациентов выполнять процедуры исследования (ежедневно фиксировать симптомы в дневнике). Пациенты наблюдались амбулаторно на базе филиалов ГАУЗ МО Химкинская областная больница (клиническая база клинического отдела инфекционной патологии ЦНИИЭ Роспотребнадзора).

Критерии невключения пациентов: наличие соматических заболеваний в стадии декомпенсации (например, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет и др.), декомпенсированных психоневрологических заболеваний, иммунодефицитные состояния (первичные и вторичные), атипичные формы ветряной оспы, вакцинация в анамнезе от вируса *Varicella Zoster*, системная иммуномодулирующая/иммуносупрессивная терапия в течение предыдущих 2-х месяцев до начала клинического наблюдения, индивидуальная непереносимость компонентов, входящих в состав применяемых наружных средств, одновременное участие пациента в других клинических исследованиях менее чем за 60 дней до начала участия в настоящем исследовании.

Все включенные в исследование пациенты были рандомизированы на 2 сопоставимые по полу, возрасту и заболеванию группы (табл. 1). Пациенты основной группы (16 детей: 8 (50%) мальчиков, 8 (50%) девочек) для местной обработки элементов ветряной оспы использовали Реглисам Октагель, каждые 8 ч – 3 раза в сутки, ежедневно. Пациенты группы сравнения (16 детей: 8 (50%) мальчиков, 8 (50%) девочек) для местной обработки элементов ветряной оспы использовали средство на основе каламина и оксида цинка – Каламин лосьон (Израиль), каждые 8 ч – 3 раза в сутки, ежедневно.

На момент включения в исследование сроки заболевания ветряной оспой составили 1–2 суток, а частота симптомов не имела статистически значимых различий у пациентов сравниваемых групп (табл. 2).

В ходе исследования осуществлялось динамическое наблюдение за пациентами, оценка выраженности местных клинических симптомов и субъективных жалоб. Критериями контроля служили оценки наличия общих и местных симптомов ветряной оспы. Для местных клинических симптомов оценивались следующие критерии: гиперемия и отек в об-

Таблица 1. Сопоставимость групп пациентов
 Table 1. Comparison of patient groups

| | Основная группа / Experimental group | | Группа сравнения / Control group | | p |
|--|--------------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|------|
| | M ± SD | 95% ДИ / 95% CI | M ± SD | 95% ДИ / 95% CI | |
| Возраст пациентов, лет / Patient age, years | 6,47 ± 0,47 | 5,47–7,47 | 5,94 ± 0,38 | 5,12–6,75 | 0,40 |
| ЧСС/мин / Heart rate, beats/min | 85,73 ± 2,93 | 79,45–92,02 | 92,88 ± 4,43 | 83,44–102,31 | 0,21 |
| ЧДД/мин / Respiratory rate, breaths/min | 19,47 ± 0,36 | 18,69–20,25 | 20,50 ± 0,796 | 18,80–22,20 | 0,26 |
| Температура, °C / Body temperature, °C | 37,55 ± 0,19 | 37,14–37,96 | 37,45 ± 0,12 | 37,19–37,71 | 0,67 |
| Сопутствующие заболевания / Concomitant diseases | абс. / abs. | % | абс. / abs. | % | p |
| Аллергические заболевания (пищевая аллергия, аллергический ринит, атопический дерматит) / Allergic diseases (food allergy, allergic rhinitis, atopic dermatitis) | 5 | 31 | 2 | 13 | 0,24 |
| СРК, запор / IBS, constipation | 2 | 13 | 2 | 13 | 1,0 |
| Желудочковая экстрасистолия / Ventricular extrasystole | 0 | 0 | 1 | 6 | 0,5 |
| Синдром дисхолии / Dyscholia | 1 | 6 | 0 | 0 | 0,5 |

СРК – синдром раздраженного кишечника.
 IBS – irritable bowel syndrome.

Таблица 2. Характеристика пациентов сравниваемых групп
 Table 2. Patient characteristics

| | Основная группа / Experimental group | | Группа сравнения / Control group | | p |
|---|--------------------------------------|-----|----------------------------------|-----|------|
| | абс. / abs. | % | абс. / abs. | % | |
| 1-е сутки заболевания / Day 1 of the disease | 6 | 38 | 8 | 50 | 1,00 |
| 2-е сутки заболевания / Day 2 of the disease | 10 | 62 | 8 | 50 | 0,20 |
| Экзантема / Exanthema | 16 | 100 | 16 | 100 | 1,00 |
| Зуд / Itching | 12 | 75 | 12 | 75 | 1,00 |
| Высыпания на слизистых / Rash on the mucous membranes | 9 | 56 | 10 | 63 | 0,74 |
| Катаральные явления в зеве / Catarrhal symptoms in the throat | 8 | 50 | 8 | 50 | 1,00 |
| Поражение нервной системы / Neural lesions | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,00 |

ласти элемента; оценка стадии элемента (папула-пузырек-эрозия-корочка), наличие высыпаний на слизистых, признаки вторичного инфицирования. Для общих симптомов оценивались лихорадка, снижение аппетита, вялость, зуд. Также оценивалась гиперемия глотки. Оценка степени выраженности каждого симптома осуществлялась по 4-балльной шкале: 0 – отсутствие симптома, 1 – слабое проявление, 2 – средняя степень, 3 – выраженное проявление симптома. Субъективная оценка эффективности проводимой терапии осуществлялась на завершающем этапе лечения: 1 – хороший эффект, 2 – удовлетворительный, 3 – неудовлетворительный.

Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов были выполнены в электронных таблицах Microsoft Office Excel. Статистический анализ проведен с использованием программы IBM SPSS Statistics 26 (Statsoft Inc., USA). Для сравнения количественных показателей при подтвержденном нормальном распределении совокупностей использовались методы параметрической статистики. Сравнение показате-

лей, измеренных в номинальной шкале, проводилось при помощи критерия χ^2 Пирсона, точного критерия Фишера. Для представления нормально распределенных количественных показателей использовали средние значения и стандартные отклонения, сравнение показателей проводилось с помощью t-критерия Стьюдента. Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования проводилась ежедневная балльная оценка наличия общих и местных симптомов ветряной оспы у обследованных детей обеих групп (табл. 3, 4).

К 6-м суткам наблюдения в основной группе отмечалась более выраженная тенденция снижения среднего балла местных симптомов относительно группы сравнения (табл. 3).

К 5-м суткам наблюдения в основной группе отмечена более выраженная тенденция снижения среднего балла

Таблица 3. Оценка выраженности местных симптомов у пациентов сравниваемых групп (средний балл)
 Table 3. Severity of local symptoms in patients from the groups compared (mean score)

| Дни болезни / Days of the disease | Основная группа / Experimental group | | Группа сравнения / Control group | | p |
|---|--------------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|------|
| | M ± SD | 95% ДИ / 95% CI | M ± SD | 95% ДИ / 95% CI | |
| 1-е сутки заболевания / Day 1 of the disease | 1,5 ± 1,13 | 1,22–1,78 | 1,31 ± 0,12 | 1,06–1,57 | 0,3 |
| 2-е сутки заболевания / Day 2 of the disease | 1,38 ± 0,18 | 0,99–1,76 | 1,31 ± 0,12 | 1,06–1,57 | 0,77 |
| 3-е сутки заболевания / Day 3 of the disease | 1,38 ± 0,22 | 0,9–1,85 | 1,63 ± 0,18 | 1,24–2,01 | 0,39 |
| 4-е сутки заболевания / Day 4 of the disease | 1,19 ± 0,23 | 0,7–1,67 | 1,5 ± 0,18 | 1,11–1,89 | 0,29 |
| 5-е сутки заболевания / Day 5 of the disease | 0,63 ± 0,2 | 0,2–1,05 | 0,38 ± 0,18 | -0,01–0,76 | 0,36 |
| 6-е сутки заболевания / Day 6 of the disease | 0,13 ± 0,09 | -0,06–0,31 | 0,31 ± 0,15 | -0,01–0,63 | 0,29 |
| 7–10-е сутки заболевания / Days 7–10 of the disease | 0,0 | | 0,0 | | |

Таблица 4. Оценка выраженности общих симптомов у пациентов сравниваемых групп (средний балл) Table 4. Severity of general symptoms in patients from the groups compared (mean score)

| Дни болезни / Days of the disease | Основная группа / Experimental group | | Группа сравнения / Control group | | p |
|---|--------------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|-------|
| | M ± SD | 95% ДИ / 95% CI | M ± SD | 95% ДИ / 95% CI | |
| 1-е сутки заболевания / Day 1 of the disease | 3,63 ± 0,18 | 3,24–4,01 | 3,44 ± 0,26 | 2,89–3,99 | 0,55 |
| 2-е сутки заболевания / Day 2 of the disease | 3,06 ± 0,34 | 2,35–3,78 | 2,88 ± 0,38 | 2,08–3,67 | 0,71 |
| 3-е сутки заболевания / Day 3 of the disease | 2,19 ± 0,31 | 1,54–2,84 | 1,88 ± 0,4 | 1,03–2,72 | 0,54 |
| 4-е сутки заболевания / Day 4 of the disease | 1,13 ± 0,41 | 0,26–1,99 | 1 ± 0,39 | 0,17–1,83 | 0,83 |
| 5-е сутки заболевания / Day 5 of the disease | 0,19 ± 0,1 | -0,03–0,4 | 0,94 ± 0,37 | 0,15–1,73 | 0,06 |
| 6-е сутки заболевания / Day 6 of the disease | 0,13 ± 0,09 | -0,06–0,31 | 0,63 ± 0,18 | 0,24–1,01 | 0,02* |
| 7–10-е сутки заболевания / Days 7–10 of the disease | 0,0 | | 0,0 | | |

*статистически значимая разница (p < 0,05).
 *significant difference (p < 0.05).

Таблица 5. Средняя продолжительность симптомов, дни Table 5. Mean duration of symptoms, days

| | Основная группа / Experimental group | | Группа сравнения / Control group | | p |
|--|--------------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|------|
| | M ± SD | 95% ДИ / 95% CI | M ± SD | 95% ДИ / 95% CI | |
| Местные симптомы / Local symptoms | | | | | |
| Новые высыпания / New rash | 4,6 ± 0,31 | 3,94–5,26 | 5,25 ± 0,17 | 4,89–5,61 | 0,07 |
| Папулы, везикулы / Papules, vesicles | 4,4 ± 0,27 | 3,82–4,98 | 4,5 ± 0,29 | 3,88–5,12 | 0,75 |
| Эрозия / Erosion | 3,4 ± 0,41 | 2,52–4,28 | 3,31 ± 0,24 | 2,81–3,82 | 0,89 |
| Корочка / Crust | 5,6 ± 0,13 | 5,32–5,88 | 5,5 ± 0,13 | 5,22–5,78 | 0,49 |
| Местные отек, гиперемия / Local edema, hyperemia | 3,27 ± 0,32 | 2,59–3,94 | 3,88 ± 0,09 | 3,69–4,06 | 0,14 |
| Высыпания на слизистых / Rash on the mucous membranes | 2,44 ± 0,56 | 0,98–3,42 | 1,69 ± 0,56 | 0,61–2,77 | 0,33 |
| Вторичное инфицирование элементов сыпи / Secondary infection of rash | 0,38 ± 0,2 | -0,05–0,8 | 0,88 ± 0,4 | 0,38–1,72 | 0,27 |
| Общие симптомы / General symptoms | | | | | |
| Температура 37,0°C и выше / Body temperature ≥ 37,0°C | 2,4 ± 0,27 | 1,82–2,98 | 2,56 ± 0,46 | 1,59–3,53 | 0,91 |
| Снижение аппетита / Decreased appetite | 2,5 ± 0,34 | 1,77–3,23 | 2,00 ± 0,39 | 1,17–2,83 | 0,34 |
| Вялость / Fatigue | 2,00 ± 0,32 | 1,33–2,67 | 2,5 ± 0,47 | 1,51–3,49 | 0,38 |
| Зуд / Itching | 2,93 ± 0,37 | 2,14–3,73 | 3,56 ± 0,44 | 2,63–4,5 | 0,47 |
| Гиперемия ротоглотки / Hyperemia of the pharynx | 0,63 ± 0,29 | 0,01–1,24 | 0,31 ± 0,22 | -0,15–0,78 | 0,39 |

общих симптомов относительно группы сравнения, статистической достоверности эти различия достигли на 6-е сутки заболевания, когда выраженность симптомов в основной группе составила 0,13 ± 0,09 балла, а у пациентов группы сравнения – 0,63 ± 0,18 балла (p = 0,02, табл. 4).

В ходе оценки средней продолжительности (дни) общих и местных симптомов (табл. 5), достоверных различий получено не было, однако у пациентов группы сравнения период появления новых элементов сыпи и зуда был более длительным.

Кроме средней продолжительности, оценивалось также количество (доля) пациентов, у которых сохранялся симптом к определенному дню наблюдения. Максимальный срок появления новых высыпаний в сравниваемых группах составил 6 дней, при этом доля пациентов с данным симптомом на 3–6-й дни наблюдения была выше у пациентов группы сравнения (рис. 1). Максимальная продолжительность высыпаний на слизистых также несколько различалась и составила 5 дней в основной группе и 6 дней в группе сравнения.

Для оценки динамики местных клинических симптомов был выбран ограниченный участок на теле пациента, на котором были отмечены 5–7 элементов в стадии папулы, и в дальнейшем осуществлялось их ежедневное динамическое наблюдение (рис. 2).

Доля пациентов с папулами, везикулами волнообразно менялась в течение всего периода наблюдения, с 4-го дня отмечалась тенденция к снижению в основной группе, при этом доля пациентов с папулами, везикулами в группе сравнения на 4–6-й дни наблюдения была несколько выше.

С 7-го дня лечения папулы и везикулы отсутствовали у пациентов обеих групп (рис. 3а).

Местные отек и гиперемия наблюдались у всех пациентов сравниваемых групп в начале лечения (рис. 3б). В течение 2–3 суток отмечалось снижение доли пациентов с данным симптомом в основной группе, в то время как среди паци-

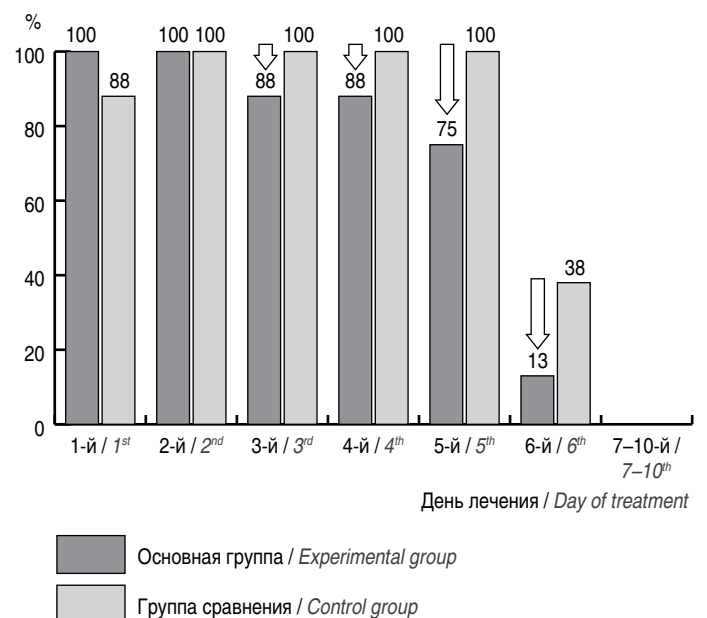


Рис. 1. Доля пациентов в группах с новыми высыпаниями, %. Fig. 1. Proportion of patients with new rash in the groups, %.

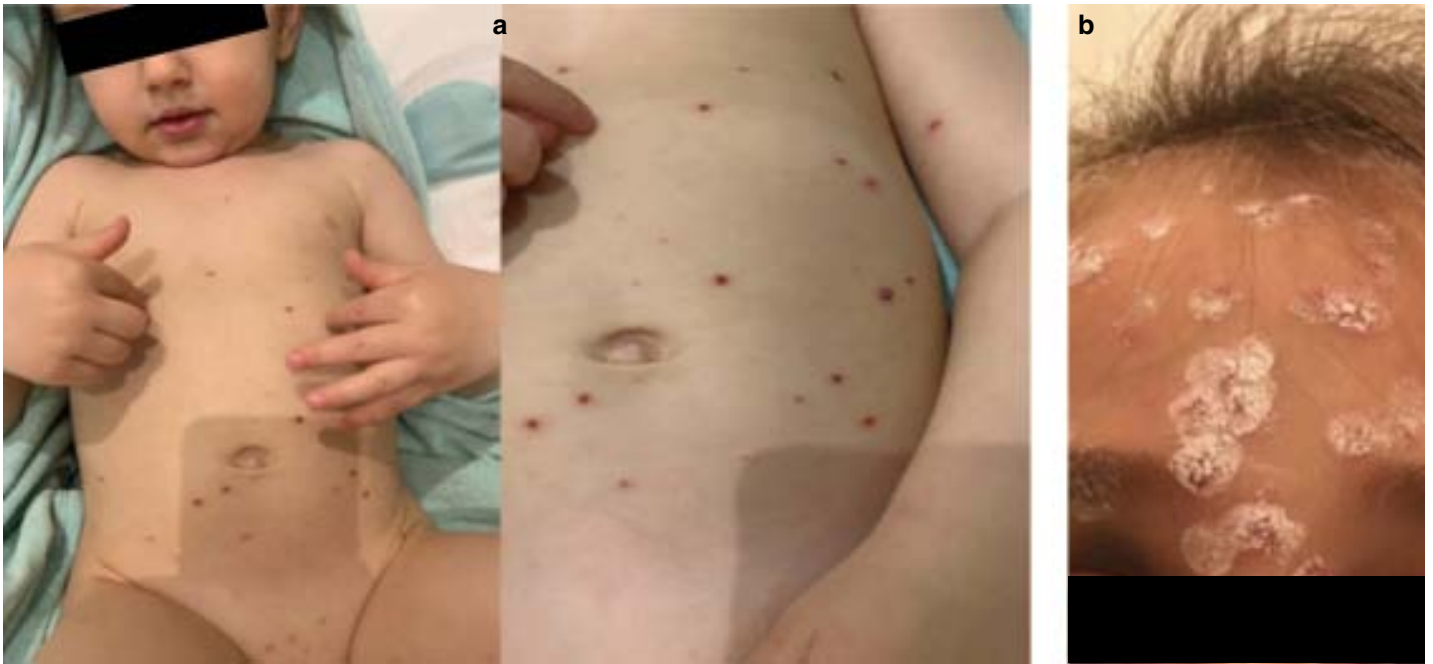


Рис. 2. Фотодокументирование элементов в динамике в группах: а – ребенок 2 года, 6–7-й день болезни, наружная терапия средством Реглисам Октагель, б – ребенок 5 лет, 5–6-й день болезни, наружная терапия средством на основе каламина и оксида цинка.
 Fig. 2. Photos of rash in dynamics: а – 2-year-old child; days 6–7 of the disease; topical therapy with Reglisam Oktagel; б – 5-year-old child; days 5–6 of the disease; topical therapy with product containing calamine and zinc oxide.

ентов группы сравнения отек и гиперемия сохранялись. На 4-й день проводимого лечения доля пациентов с местным отеком и гиперемией в основной группе была достоверно ниже, чем в группе сравнения: 50 и 88% соответственно ($p < 0,001$). При этом в группе сравнения после 4-го дня наблюдения данный симптом был полностью купирован, а в основной группе сохранялся в течение 5–6 суток у 13%. Доля пациентов с эрозиями в динамике наблюдения в группах несколько колебалась, при этом максимальная продолжительность эрозивных изменений составила 6 дней вне

зависимости от проводимого местного лечения. Назначение местной терапии в группах не оказывало влияния на динамику формирования корочек.

При оценке бактериальных осложнений элементов ветряной оспы, вторичное инфицирование наблюдалось у 25% пациентов группы сравнения и было более длительным (в течение 4-х дней) в сравнении с основной группой, где доля таких пациентов составила 19%, а продолжительность – 2 дня.

В ходе исследования проводилась оценка жалоб пациентов на зуд. В первые сутки лечения зуд имел место

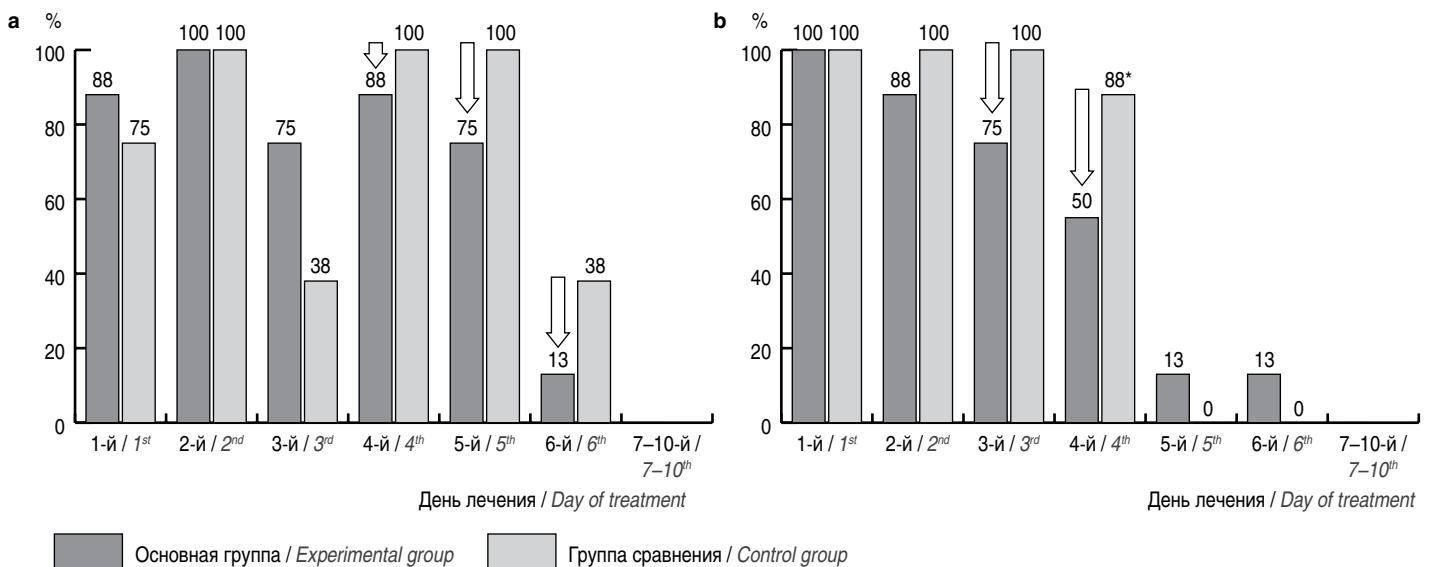


Рис. 3. Доля пациентов (%), у которых наблюдались папулы и везикулы (а), отек и гиперемия (б). *статистически значимая разница ($p < 0,05$).

Fig. 3. Proportion (%) of patients with papules and vesicles (a), edema and hyperemia (b). *significant difference ($p < 0.05$).

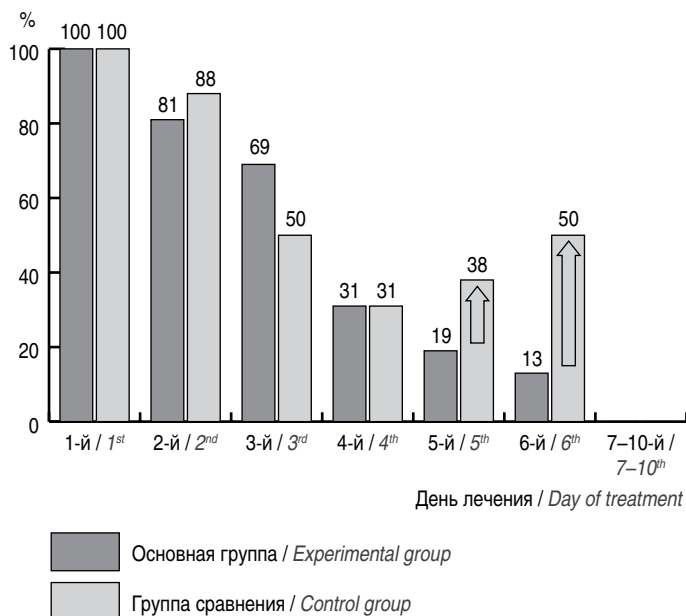


Рис. 4. Доля пациентов, предъявлявших жалобы на зуд, %.
 Fig. 4. Proportion of patients with itching, %.

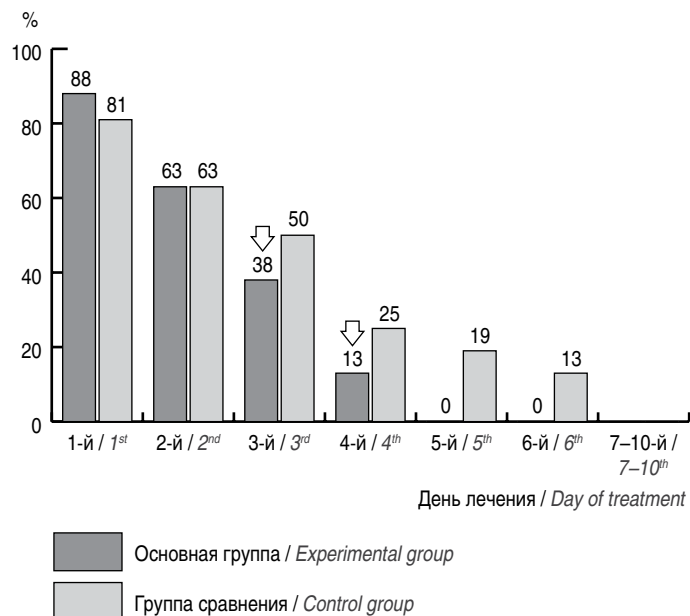


Рис. 5. Доля пациентов с вялостью в сравниваемых группах, %.
 Fig. 5. Proportion of patients with fatigue in the groups compared, %.

у всех пациентов сравниваемых групп. В течение последующих 2-4-х дней наблюдалось снижение частоты данных жалоб в обеих группах, которая на 4-е сутки составляла 31% как в основной группе, так и в группе сравнения. На 5–6-е сутки доля пациентов с зудом в основной группе продолжала снижаться. В группе сравнения, напротив, число пациентов с данным симптомом увеличилось до 50%. С 7-го дня наблюдения зуд отсутствовал у пациентов обеих групп (рис. 4).

При балльной оценке степени выраженности общих симптомов в динамике, в первые сутки терапии на снижение аппетита жаловались 75% пациентов обеих групп. Данный симптом у пациентов основной группы сохранялся в течение 4-х дней, у пациентов группы сравнения – 5 дней. Вялость имела место у 88% пациентов основной группы и 81% пациентов группы сравнения в первые сутки лечения, на вторые сутки терапии доля пациентов с данным симптомом снизилась в обеих группах и составила 63%. В дальнейшем, на 3–4-й день лечения, продолжалось снижение числа пациентов с вялостью, однако снижение было более выраженным в основной группе. Максимальная продолжительность жалоб на вялость в основной группе составила 4 дня, в группе сравнения – 6 дней (рис. 5).

Субъективная оценка эффективности лечения как «хорошая» отмечена у 13 (81%) пациентов основной группы, 12 (75%) пациентов группы сравнения, как «удовлетворительная» – у 3 (19%) и 4 (25%) пациентов соответственно, пациентов с неудовлетворительным эффектом терапии не было.

При исследовании уровней аланиновой аминотрансферазы и аспарагиновой аминотрансферазы в крови повышения показателей зафиксировано не было ни у одного пациента как основной группы, так и группы сравнения. Побочные и нежелательные явления за весь период наблюдения зафиксированы не были.

Заключение

В ходе проведенного исследования были получены данные об эффективности и безопасности средства Реглисам Октагель у пациентов с ветряной оспой. В отличие от группы сравнения, было продемонстрировано более выраженное влияние Реглисам Октагеля на такие местные симптомы заболевания, как отек и гиперемия в области элементов, сокращение длительности периода появления новых высыпаний и присутствия высыпаний на слизистых. Интенсивный зуд является одним из наиболее выраженных местных симптомов ветряной оспы, значительно беспокоящих пациентов, особенно младшего возраста. Нередко этот симптом является предпосылкой для повреждения элементов и присоединения бактериальной инфекции. В свою очередь, динамика зуда на фоне терапии Реглисам Октагелем характеризовалась его снижением на протяжении всего периода наблюдения, в то время как среди пациентов группы сравнения зуд напротив нарастал на 5-6-й дни болезни. Кроме того, применение средства Реглисам Октагель сокращало длительность вторичного бактериального инфицирования элементов сыпи, что крайне важно с точки зрения профилактики бактериальных осложнений.

В ходе настоящего исследования было также показано положительное влияние Реглисам Октагеля на выраженность общих интоксикационных проявлений заболевания. Обращало на себя внимание сокращение максимальной продолжительности периода (до 4-х дней) и доли пациентов с симптомом вялости, а также более быстрое восстановление аппетита, чем в группе сравнения.

Таким образом, по результатам проведенного сравнительного исследования нами зафиксировано достоверно более быстрое купирование не только местных, но и общих симптомов ветряной оспы у детей на фоне применения средства Реглисам Октагель по сравнению с группой, использовавшей средство на основе каламина и оксида цинка. Это связано

с широким спектром эффектов компонентов Реглисам Октагеля, включая противовирусное действие, несомненно облегчающее течение заболевания в целом. Полученные данные позволяют рекомендовать Реглисам Октагель как эффективное местное средство в терапии ветряной оспы у детей.

Информация о финансировании

Финансирование данной работы не проводилось.

Financial support

No financial support has been provided for this work.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests

The authors declare that there is no conflict of interest.

Информированное согласие

При проведении исследования было получено информированное согласие пациентов или их родителей либо законных представителей.

Informed consent

In carrying out the study, written informed consent was obtained from all patients or their parents or legal representatives.

Литература

1. Боковой АГ. Герпесвирусные инфекции у детей – актуальная проблема современной клинической практики. Детские инфекции. 2010;9(2):3-7.
2. Викулов ГХ. Герпесвирусные инфекции человека в новом тысячелетии: классификация, эпидемиология и медико-социальное значение. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2014;3:35-40.
3. Железникова ГФ, Скрипченко НВ, Скрипченко ЕЮ. Вирус ветряной оспы – опоясывающего герпеса и иммунный ответ. Российский иммунологический журнал. 2013;1(7-16):35-48.
4. Инфекционные болезни: национальное руководство. Под ред. Ющука НД, Венгерова ЮЯ. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
5. Ветряная оспа у детей в современных условиях (эпидемиология, клиника, диагностика, терапия, профилактика): лечебное пособие для врачей. Под ред. Лобзина ЮВ. СПб., 2011.
6. Мартынова ГП, Кутищева ИА, Евреимова СВ, Карасев АВ, Алыева ЛП, Григорьева НИ. Клинико-эпидемиологические особенности ветряной оспы на современном этапе. Инфекционные болезни. 2012;10(4):18-22.
7. Лебедева ТМ, Егорова НЮ, Колтунов ИЕ, Каражас НВ, Рыбалкина ТН, Калугина МЮ, и др. Вирусы семейства герпесов и длительный субфебрилитет. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2014;3:20-24.
8. Тимченко ВН, Сергеева СА, Булина ОВ, Павлова ЕБ, Чернова ТМ, Дугина ЮЛ, и др. Лечение и профилактика ветряной оспы у детей в современных условиях: методические рекомендации. СПб.; 2008.
9. Karadag Oncel E, Kara A, Celik M, Karahan S, Cengiz AB, Ceyhan M. Determination and clinical correlation of markers of inflammation in unvaccinated patients with varicella-zoster infection. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2013;17(15):2032-9
10. Tan MG, Veecker J. Chickenpox in an elderly man. Can Fam Physician. 2020 Aug;66(8):e213-e215.
11. Зыкова ОА, Воробьева ЕА. Клиника ветряной оспы у взрослых и детей. Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2016;3(16):64-68.
12. Стандарт специализированной медицинской помощи детям при ветряной оспе средней степени тяжести. Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9.11.2012 №743н.

13. Стандарт специализированной медицинской помощи детям при ветряной оспе тяжелой степени тяжести. Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9.11.2012 №828н.
14. Lo Presti C, Curti C, Montana M, Bornet C, Vanelle P. Chickenpox: An update. Med Mal Infect. 2019 Feb;49(1):1-8. DOI: 10.1016/j.medmal.2018.04.395
15. Cameron JC, Allan G, Johnston F, Finn A, Heath PT, Booy R. Severe complications of chickenpox in hospitalised children in the UK and Ireland. Arch Dis Child. 2007 Dec;92(12):1062-6. DOI: 10.1136/adc.2007.123232
16. Freer G, Pistello M. Varicella-zoster virus infection: natural history, clinical manifestations, immunity and current and future vaccination strategies. New Microbiol. 2018 Apr;41(2):95-105.
17. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Под ред. Беренбейна БА, Студницина АА. М.; 1989.
18. Соринсон СН. Неотложные состояния у инфекционных больных. Л.: Медицина;1990.
19. Кускова ТК, Белова ЕГ, Мигманов ТЭ. Ветряная оспа. Лечащий врач. 2004;1:23.
20. Детские инфекционные болезни. Под ред. Фомина ВВ. Екатеринбург. 1992.
21. Ziebold C, von Kries R, Lang R, Weigl J, Schmitt HJ. Severe complications of varicella in previously healthy children in Germany: a 1-year survey. Pediatrics. 2001 Nov;108(5):E79. Erratum in: Pediatrics. 2004 May 5;113(5):1470.
22. Newman AM, Jhaveri R. Myths and Misconceptions: Varicella-Zoster Virus Exposure, Infection Risks, Complications, and Treatments. Clin Ther. 2019 Sep; 41(9):1816-1822. DOI: 10.1016/j.clinthera.2019.06.009
23. Мазанкова ЛН. Ветряная оспа у детей: особенности течения и лечения. Педиатрия. Consilium medicum. 2006;1:27-30.
24. Patterson JW. Weedon's skin pathology. 4th ed. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone Elsevier Publ. 2015.
25. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatology. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Publ. 2017.

References

1. Bokovoy AG. Herpesvirus infections in children – a vital problem of contemporary clinical practice. Children Infections (Detskie Infektsii). 2010;9(2):3-7. (In Russian).
2. Vikulov GKh. Human herpesvirus infections in the new millennium: classification, epidemiology, and sociomedical importance. Epidemiology and infectious diseases. Current items. 2014;3:35-40. (In Russian).
3. Zheleznikova GF, Skripchenko NV, Skripchenko EY. Varicella-zoster virus and immune response. Russian Journal of Immunology (RJI). 2013;1(7-16):35-48. (In Russian).
4. Infektsionnye bolezni: natsional'noe rukovodstvo. Pod red. Yushchuka ND, Vengerova YuYa. M.: GEOTAR-Media Publ; 2009. (In Russian).
5. Vetryanaya ospa u detei v sovremennykh usloviyakh (epidemiologiya, klinika, diagnostika, terapiya, profilaktika): lechebnoe posobie dlya vrachei. Pod red. Lobzina YuV. SPb., 2011. (In Russian).
6. Martynova GP, Kutishcheva IA, Evreimova SV, Karasev AV, Alyeva LP, Grigor'eva NI, et al. Clinico-epidemiological specificities of chicken pox at the modern stage. Infekc. bolezni (Infectious diseases). 2012;10(4):18-22. (In Russian).
7. Lebedeva TM, Egorova NYu, Koltunov IE, Karazhas NV, Rybalkina TN, Kalugina MYu, et al. Herpesviridae and long-term subfebrility. Epidemiology and infectious diseases. Current items. 2014;3:20-24. (In Russian).
8. Timchenko VN, Sergeeva SA, Bulina OV, Pavlova EB, Chernova TM, Dugina YuL, i dr. Lechenie i profilaktika vetryanoi ospy u detei v sovremennykh usloviyakh: metodicheskie rekomendatsii. SPb.; 2008. (In Russian).
9. Karadag Oncel E, Kara A, Celik M, Karahan S, Cengiz AB, Ceyhan M. Determination and clinical correlation of markers of inflammation in unvaccinated patients with varicella-zoster infection. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2013;17(15):2032-9

10. Tan MG, Beecker J. Chickenpox in an elderly man. *Can Fam Physician*. 2020 Aug; 66(8):e213-e215.
11. Zykova OA, Vorobyova EA. Clinic of the varicella zoster virus infection in adults and children. *Infectious Diseases: News, Views, Education*. 2016;3(16): 64-68.
12. Standart spetsializirovannoi meditsinskoj pomoshchi detyam pri vetryanoi ospe srednei stepeni tyazhesti. Prilozhenie k prikazu Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj Federatsii ot 9.11.2012 No 743n. (In Russian).
13. Standart spetsializirovannoi meditsinskoj pomoshchi detyam pri vetryanoi ospe tyazheloi stepeni tyazhesti. Prilozhenie k prikazu Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj Federatsii ot 9.11.2012 No 828n. (In Russian).
14. Lo Presti C, Curti C, Montana M, Bornet C, Vanelle P. Chickenpox: An update. *Med Mal Infect*. 2019 Feb;49(1):1-8. DOI: 10.1016/j.medmal.2018.04.395
15. Cameron JC, Allan G, Johnston F, Finn A, Heath PT, Booy R. Severe complications of chickenpox in hospitalised children in the UK and Ireland. *Arch Dis Child*. 2007 Dec;92(12):1062-6. DOI: 10.1136/adc.2007.123232
16. Freer G, Pistello M. Varicella-zoster virus infection: natural history, clinical manifestations, immunity and current and future vaccination strategies. *New Microbiol*. 2018 Apr;41(2):95-105.
17. Differentsial'naya diagnostika kozhnykh boleznei. Pod red. Berenbeina BA, Studnitsina AA. M.; 1989. (In Russian).
18. Sorinson SN. Neotlozhnye sostoyaniya u infektsionnykh bol'nykh. L.: Meditsina Publ; 1990. (In Russian).
19. Kuskova TK, Belova EG, Migmanov TE. Vetryanaya ospa. *Lechashchii vrach*. 2004;1:23. (In Russian).
20. Detskie infektsionnye bolezni. Pod red. VV Fomina. Ekaterinburg. 1992. (In Russian).
21. Ziebold C, von Kries R, Lang R, Weigl J, Schmitt HJ. Severe complications of varicella in previously healthy children in Germany: a 1-year survey. *Pediatrics*. 2001 Nov;108(5):E79. Erratum in: *Pediatrics*. 2004 May 5;113(5):1470.
22. Newman AM, Jhaveri R. Myths and Misconceptions: Varicella-Zoster Virus Exposure, Infection Risks, Complications, and Treatments. *Clin Ther*. 2019 Sep; 41(9):1816-1822. DOI: 10.1016/j.clinthera.2019.06.009
23. Mazankova LN. Vetryanaya ospa u detei: osobennosti techeniya i lecheniya. *Pediatrics. Consilium medicum*. 2006;1:27-30. (In Russian).
24. Patterson JW. Weedon's skin pathology. 4th ed. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone Elsevier Publ. 2015.
25. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. *Dermatology*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Publ; 2017.

Информация о соавторах:

Солдатова Евгения Юрьевна, младший научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
Адрес: 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а
Телефон: (495) 672-1158
E-mail: soldatova-e@bk.ru

Погорелова Ольга Олеговна, кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
Адрес: 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а
E-mail: vickdok@rambler.ru

Музыка Анна Драгиевна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
Адрес: 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а
E-mail: nikolitch-anna@yandex.ru

Усенко Денис Валерьевич, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
Адрес: 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а
E-mail: dusenko@rambler.ru

Information about co-authors:

Evgeniya Yu. Soldatova, Researcher, Clinical Department of Infectious Diseases, Central Research Institute of Epidemiology, Russian Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being
Address: 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russian Federation
Phone: (495) 672-1158
E-mail: soldatova-e@bk.ru

Olga O. Pogorelova, MD, PhD, Researcher, Clinical Department of Infectious Diseases, Central Research Institute of Epidemiology, Russian Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being
Address: 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russian Federation
Phone: (495) 672-1158
E-mail: vickdok@rambler.ru

Anna D. Muzyka, MD, PhD, DSc, Researcher, Clinical Department of Infectious Diseases, Central Research Institute of Epidemiology, Russian Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being
Address: 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russian Federation
Phone: (495) 672-1158
E-mail: nikolitch-anna@yandex.ru

Denis V. Usenko, MD, PhD, DSc, Professor in Pediatrics, leading researcher, clinical department of infectious diseases, Central Research Institute of Epidemiology, Russian Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being
Address: 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russian Federation
Phone: (495) 672-1158
E-mail: dusenko@rambler.ru



Благодаря входящим в состав компонентам:

- ✓ Облегчает местные клинические проявления ветряной оспы: навязчивый зуд, отёк, болезненность¹⁻⁴
- ✓ Оказывает прямое противовирусное действие в отношении HERPES SIMPLEX 1 и 2 типов и VARICELLA ZOSTER¹⁻⁴
- ✓ Предупреждает развитие осложнений: возникновение рубчиков и присоединение вторичной инфекции¹⁻⁴

1. За счет входящих в состав компонентов Реглисам Октагель. 2. Мелехина Е.В., Солдатова Е.Ю., Погорелова О.О. и др. Оценка эффективности и безопасности местного средства на основе аммония глицирризината при ветряной оспе у детей. Вопросы практической педиатрии. 2021;16(1). 3. Инструкция Реглисам Октагель. М., Баскова Н.В. Ветряная оспа: современные возможности местной терапии. Вопросы практической педиатрии. 2018;13(5):58-61. 5. Сертификат соответствия Реглисам Октагель одобрен в системе добровольной сертификации «МАРКА ГОДА». Информация для работников сферы здравоохранения. Не является лекарственным средством. Имеются ограничения по применению при индивидуальной непереносимости компонентов.