
вичной профилактики ИПППП и расширение медицинских мероприятий по активному выявлению больных с ИПППП, в том числе военнослужащих. Учитывая изменения финансирования медицинских учреждений всех уровней, которые касаются и дерматовенерологических учреждений, следует выделять дополнительное финансирование для проведения профилактических мероприятий. Мы предлагаем разработать долгосрочные целевые комплексные программы по профилактике ИПППП, которые должны быть направлены как на активное выявление ИПППП, так и на гигиеническое воспитание разных групп населения, в том числе и военнослужащих.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аравийская Е.Р. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2001. – № 6. – С. 50-53.
2. Баев М.В. Распространенность, факторы риска и пути совершенствования профилактики инфекций, передаваемых, половым путем / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2001.
3. Галлямова Ю.А. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2005. – № 1. – С. 56-59.
4. Галлямова Ю.А., Яковлева Т.В. // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. – 2003. – С. 22-26.
5. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С. Кож. и вен. болезни. – М., 2002.
6. Капитонов В.Ф. // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. – 2003. – № 1. – С. 8-12.
7. Кубанова А.А., Кунцевич Л.Д., Аковбян В.А. и др. // Вест. дерматол. и венерол. – 1998. – № 3. – С. 74-76.
8. Молочков В.А. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2001. – № 2. – С. 48-56.
9. Скрипкин Ю.К., Делекторский В.В., Борисенко К.К. и др. Урогенитальные хламидиоз, уреаплазмоз, гарднереллез (диагностика, лечение, профилактика): Методические рекомендации. – М., 1988.
10. Тихонова Л.И. // ИППП. – 1999. – № 1. – С. 15-17.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗЫВАЕМЫХ ВИРУСАМИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

Е.И. Третьякова, И.В. Гостева
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Среди всех вирусных заболеваний человека инфекция, вызываемая вирусом простого герпеса (ВПГ), занимает одно из ведущих мест. Это обусловлено повсеместным распространением вируса, почти 90%-ным инфицированием им человеческой популяции, пожизненной персистенцией ВПГ в организме инфицированных, значительным полиморфизмом клинических проявлений, торпидностью к существующим методам лечения [7, 8].

ВПГ способен вызывать иммунодефицитные состояния, у значительного (37-78%) числа больных приводить к хроническим воспали-

тельным заболеваниями органов малого таза, мочеполовой системы, что оказывает негативное влияние на половую и репродуктивную функцию мужчин и женщин, приводя к бесплодию, патологии беременности, плода и новорожденного [4, 11]. В группу риска по герпетической инфекции входят пациенты с аутоиммунными, онкологическими заболеваниями, получающие системную иммуносупрессивную и лучевую терапию, после радикальных оперативных вмешательств, с atopическими заболеваниями и др. [10].

Различают две основные группы: ВПГ I и II типов (ВПГ-1, ВПГ-2). При этом штаммы, относящиеся к одному и тому же антигенному типу, могут отличаться по иммуногенности, вирулентности, устойчивости к воздействию различных химических и физических факторов, что в конечном итоге определяет особенности клинических проявлений болезни. Штаммы ВПГ-1 чаще выделяют при поражении кожи лица, верхних конечностей, ВПГ-2 – при генитальной локализации очагов, причем ВПГ-1 выявляется у 14%, ВПГ-2 у 73,2%, ассоциированное поражение ВПГ-1 и ВПГ-2 у 12,6% больных [1, 6].

Вирус передается от больного или вирусоносителя контактным, воздушно-капельным, трансфузионным путями. Во время беременности инфицирование плода может происходить трансплацентарным и трансцервикальным (восходящим) путями. Наиболее заразной является латентная форма болезни, самый высокий риск инфицирования отмечается при развитии рецидива с местными проявлениями или же в продромальный период. Размножаясь в месте инокуляции (кожа, красная кайма губ, слизистые оболочки полости рта, половых органов, конъюнктивы), ВПГ приводит к появлению типичных пузырьковых высыпаний в месте «входных ворот» инфекции, затем проникает в кровяное русло и лимфатическую систему. Достигая сегментарных и регионарных чувствительных ганглиев ЦНС, ВПГ пожизненно сохраняется в латентном состоянии в нервных клетках (при герпесе в области лица это ганглии тройничного нерва, гениталий – люмбо-сакрального отдела позвоночника), что может привести к распространению заболевания даже при отсутствии клинических проявлений. Распространение ВПГ в центробежном направлении во время рецидива определяет анатомическую фиксацию очагов поражения при рецидивах простого герпеса. Реактивация ВПГ может происходить многократно (реинфекции), причем и как моноинфекция, и на фоне других инфекций.

Рецидивирующее течение инфекции наблюдается у 30-50% населения, инфицированного ВПГ [1, 6]. Частота и интенсивность обострений зависят от вирулентности и патогенности возбудителя и сопротивляемости организма. Чаще заболевание протекает как локальный процесс, реже высыпания носят распространенный характер. Обострения герпетической инфекции могут быть спровоцированы переохлаждением, инсоляцией, травмой, нервным стрессом, приемом алкоголя, гормональными циклами, резкой сменой климатических

поясов, недосыпанием и др. Появление у больных во время рецидивов ВПГ симптомов интоксикации, увеличения и болезненности периферических лимфоузлов указывает на диссеминацию инфекционного процесса. Рецидивирующая, герпетическая инфекция ведет к вторичному иммунодефициту, что клинически проявляется в снижении работоспособности, склонности к частым простудным заболеваниям, субфебрилитету, лимфоаденопатии, психастении.

Согласно международной классификации простого герпеса различают: 1) первичный эпизод простого герпеса; 2) рецидивирующий простой герпес: а) типичная форма; б) атипичная форма; в) бессимптомная форма [2].

Типичная форма рецидивирующего генитального герпеса характеризуется ярко выраженными симптомами заболевания, классическим развитием очага поражения (эритема, образование везикул, эрозивно-язвенных элементов, эпителизация) и субъективными ощущениями. Появлению высыпаний могут предшествовать продромальные явления (зуд, жжение), частые обострения могут сопровождаться симптомами интоксикации, обусловленными вирусемией, и региональным полиаденитом. При атипичных формах могут преобладать либо субъективная симптоматика (зуд, боль), либо одна из стадий воспаления в очаге (эритема, везикулы), либо один из компонентов воспаления (отек, геморрагии, некроз). У части (17-25%) больных при отсутствии воспалительных изменений уrogenитального тракта происходит активное выделение ВПГ – бессимптомная форма генитальной герпетической инфекции, играющая важную роль в инфицировании [7, 10].

Особенностью генитального герпеса является многоочаговость, когда в патологический процесс нередко вовлекаются нижний отдел мочеиспускательного канала, слизистая оболочка ануса и прямой кишки, причем распространение может происходить вторично, вслед за возникновением герпеса наружных гениталий, а может протекать как изолированное поражение.

Установлено, что в 70-83% случаев у пациентов с герпетической инфекцией выявляется микробная ассоциация с хламидиями, микоплазмами, уреоплазмами, стрепто- и стафилококками, грибковой флорой, другими вирусами, передающимися половым путем (ВИЧ, вирусы гепатитов В, С, цитомегало- и папилломавирусная инфекция), что необходимо учитывать при обследовании и подборе тактики лечения больных с генитальным герпесом [1, 4, 7].

Терапия генитального герпеса продолжает оставаться актуальной проблемой медицины, несмотря на постоянно пополняющийся арсенал специфических и неспецифических препаратов. В настоящее время не существует лекарственных средств, способных элиминировать возбудителя болезни и предупредить рецидивы герпеса.

Этиопатогенетическая терапия основывается на способности химиотерапевтических препаратов избирательно нарушать процесс

взаимодействия ВПГ и клетки, включаться в цикл развития только ВПГ на стадиях вирусной ДНК и сборки вирусных частиц, тормозя их репродукцию, что приводит, в конечном итоге, к противовирусному эффекту. Основными средствами для купирования рецидивов простого герпеса являются противовирусные препараты, которые в момент рецидива назначаются в терапевтических дозах с соблюдением кратности и длительности приема препарата, указанных в инструкции. Для предотвращения нового обострения инфекции нередко используют длительный постоянный прием ацикловира или его аналогов вне рецидива в более низких дозах. Эффективность этиотропной терапии будет максимальной при назначении лечения в продромальный период или в первые 48 часов реактивации вирусов.

Зовиракс (ацикловир), валтрекс (валацикловир), фамвир (фамцикловир) являются средствами «скорой помощи» при любых формах герпеса. Необходимо учитывать, что эти препараты оказывают свой противовирусный эффект, взаимодействуя с тимидинкиназой герпесвирусов, что в определенной степени ограничивает универсальность их действия на штаммы ВПГ с генетически измененной активностью вирусной тимидинкиназы. Кроме того, ацикловир и другие ациклические нуклеозиды по своему предназначению и механизму действия подавляют только активно реплицирующиеся герпесвирусы, поэтому не предотвращают перехода вирусов в латентное состояние, что может обуславливать персистирующую герпетическую инфекцию [2, 3, 8]. Фоскарнет (аналог пирофосфата) угнетает ДНК-полимеразу герпесвирусов, являясь конкурентным ингибитором пирофосфата, однако, являясь фосфорсодержащим препаратом, обладает большей токсичностью, чем ацикловир, подавляет гомеостаз и приводит к мутациям человеческой ДНК, что ограничивает его применение [10]. Известен целый ряд препаратов с различными механизмами противовирусного действия, которые применяют при герпесе: бривурин, рибамидил, метисазон и т.д. Однако они значительно уступают ацикловиру по терапевтической эффективности [3, 10].

В ответ на инфицирование ВПГ организм включает ряд механизмов гуморального и клеточного иммунитета, используя также факты неспецифической защиты. Герпесвирусная инфекция приводит к нарушениям в макрофагальном звене иммунитета, в системе интерферона, снижению общего количества Т- и В-лимфоцитов, нарушению их функциональной активности [9]. Нарушение Т-системы клеточного иммунитета способствует переходу от вирусоносительства к рецидиву заболевания. Значительные нарушения со стороны специфического и неспецифического клеточного иммунитета могут приводить к тяжелому течению генитального герпеса и малой эффективности противовирусной терапии. На всех этапах лечения пациентов с ВПГ подбирать и проводить иммунотерапию необходимо, учитывая индивидуальные показатели интерферонового статуса и субпопуляций Т- и В-лимфоцитов.

Коррекция нарушений неспецифического и специфического звеньев иммунитета в сочетании с противовирусной терапией позволяет достигать максимального терапевтического эффекта и способствует подавлению репродукции ВПГ в период обострения, формированию адекватного иммунного ответа и его длительное сохранение с целью блокирования реактивации ВПГ в очагах персистенции, предотвращает развитие или восстановление тех нарушений, которые вызывает активация ВПГ в организме.

Неспецифическая иммунотерапия включает в себя использование иммуноглобулинов (иммуноглобулин человеческий, сандоглобулин), интерферонов (человеческий лейкоцитарный интерферон, лейкоинтерферон, интерлок, реаферон, виферон, кипферон и др) и индукторов интерферона (полиоксидоний, галавит, ликопид, полудан, амиксин, арбидол, алпизарин, циклоферон и др), препаратов, стимулирующих Т- и В-звенья клеточного иммунитета и фагоцитоз (тимоген, тактивин, миелопид, иммунофан, иммунал, витамины, адаптогены и др). Неспецифическую иммунотерапию назначают как во время появления герпетических высыпаний на коже и слизистых, так и в межрецидивный период, по ее окончании только в межрецидивный период возможно назначение противогерпетической вакцины.

Специфическая иммунотерапия состоит в применении отечественной герпетической поливалентной вакцины [2, 10].

Целью назначения иммуномодуляторов является изменение (чаще усиление) специфического, то есть противогерпетического иммунного ответа. Однако такие препараты еще не разработаны, поэтому для лечения применяются универсальные иммуномодуляторы. Их назначение более целесообразно больным, которые находятся в пролиферативной фазе противогерпетического иммунного ответа, то есть не раньше 21-го дня при остром и 14-го дня при рецидивирующем процессе. В других фазах инфекционного процесса влияние иммуномодуляторов на специфический иммунный ответ несопоставимо мало по сравнению с прямым иммуномодулирующим эффектом самих герпес-вирусов и сопутствующим любой вирусной инфекции выбросом в гемоциркуляцию естественных киллеров [10].

В комплексную терапию больных рецидивирующим генитальным герпесом целесообразно включать местное лечение противовирусными, стимулирующими местный иммунитет и эпителизацию препаратами, а при наличии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза и сочетании ВПГ с другими ИППП традиционные местные манипуляции (инстилляции с линиментом циклоферона и эпигена-интим, массаж простаты, бужирование уретры), физиотерапевтическое лечение. При психосоматических расстройствах и выраженных субъективных ощущениях (боль, жжение, зуд) возможно назначение психокорректирующих методик: антидепрессантов (паксил), транквилизаторов (феназепам, ксанакс), нейролептиков (сонапакс, эглонил) [5].

Длительность и интенсивность лечения больных зависит от тяжести герпетической инфекции, которая определяется частотой рецидивов, наличием или отсутствием продромального периода, явлений интоксикации, болевого синдрома, клиническими проявлениями и вовлечения в инфекционный процесс различных систем и органов.

Таким образом, максимальный клинический эффект при лечении рецидивирующих инфекций, вызываемых ВПГ, может быть получен только при рациональной комплексной терапии лекарственными средствами с различным механизмом действия. При назначении препаратов этиотропного и неспецифического действия необходимо строго соблюдать сроки назначения, дозы препаратов и последовательность их применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубенский В.В. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2002. – № 3. – С. 53-57.
2. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем / Под ред К. Рэдклиф. – М., 2003.
3. Ершов Ф.И., Касьянова Н.В. // Инфекции и антимикроб. тер. – 2002. – Т 4. – № 4. – С. 4-27.
4. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий: Руководство для врачей – 6-е изд. – М., 2003.
5. Львов А.Н., Халдин А.А., Федякова Е.В. // Рос. журн. кож. и вен. болезней, прил.: Герпес. – 2006. – С. 36-40.
6. Самгин М.А., Халдин А.А. Простой герпес (дерматологические аспекты) – М., 2002
7. Семенова Т.Б. Простой герпес. Клиника, диагностика, лечение, профилактика (Клинико-экспериментальное исследование). / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – 200. – М. – 32 с.
8. Третьякова Е.И. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 1998. – № 3. – С. 39-41.
9. Хаитов, Р.М., Игнатъева Г.А., Сидорович И.Г. // Иммунология. – М., 2000.
10. Шульженко А.Е. // Рос. журн. кож. и вен. болезней, прил.: Герпес.– 2006.– С. 51-58.
11. Manuel A.R.G., Matthews R.S., Veerahu M. / Brit. J. Sex. Med. – 1989. – V. 16, № 4. – P 157-158.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА МУЛЬТИПЛЕКСНОЙ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

И.В. Хамаганова, А.Э. Карамова, А.В. Поляков, Н.В. Комарова

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава

ГУ МГНЦ РАМН, Москва

В многочисленных исследованиях было показано значительное преобладание бессимптомного и малосимптомного течения заболеваний, передаваемых половым путем, распространение сочетанных инфекций [1, 2, 3, 4, 5, 6].