

В.Н.КУЗЬМИН, д.м.н., профессор, МГМСУ, Москва

Клиническое течение, диагностика и современная адекватная терапия генитального герпеса у женщин

Инфекция, обусловленная вирусами простого герпеса (ВПГ), занимает одно из ведущих мест среди вирусных заболеваний, что обусловлено повсеместным распространением вируса — им инфицировано 90% человеческой популяции. Генитальный герпес, являясь частным случаем ВПГ-инфекции, представляет собой одно из наиболее распространенных заболеваний, передаваемых половым путем, и отличается от других болезней этой группы пожизненным носительством возбудителя в организме человека (латенцией), что обуславливает высокий процент формирования рецидивирующих форм. Заболеваемость генитальным герпесом постоянно растет, что связано с распространением бессимптомных и недиагностированных проявлений патологии, но этот объективный процесс, к сожалению, не сопровождается радикальным изменением отношения к этому заболеванию врачей и населения.

Ключевые слова: вирус простого герпеса, генитальный герпес, рецидивирующий генитальный герпес, женщины, ациклотические нуклеозиды

ЭТИОЛОГИЯ. ПАТОГЕНЕЗ

Различают две основные антигенные группы ВПГ: I и II типа. 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 определяет особенности клинических проявлений болезни. Штаммы ВПГ-I чаще удается выделить при поражении кожи лица, верхних конечностей, штаммы ВПГ-II — при генитальной локализации очагов, хотя прямой связи между антигенной специфичностью и локализацией клинических проявлений герпеса не обнаружено.

Источником ВПГ-инфекции является больной или вирусоноситель. Вирус передается воздушно-капельным, контактным, трансфузионным путями и при трансплантации органов. Во время беременности инфицирование плода может происходить трансплацентарным и трансцервикальным (восходящим) путями.

В 40% случаев первичное инфицирование ВПГ происходит воздушно-капельным путем в раннем детском возрасте, при этом источником инфекции, как правило, являются члены семьи, имеющие активные признаки герпетической инфекции (ГИ).

Основными звенями патогенеза герпетической инфекции являются:

- инфицирование сенсорных ганглиев вегетативной нервной системы и пожизненная персистенция ВПГ в них;
- поражение иммунокомпетентных клеток, ведущее к вторичному иммунодефициту;

■ тропизм ВПГ к эпителиальным и нервным клеткам, обуславливающий полиморфизм клинических проявлений герпетической инфекции.

Вирус начинает размножаться в месте инокуляции — входных ворот инфекции (кожа, красная кайма губ, слизистые оболочки полости рта, половых органов, конъюнктива), где появляются

типичные пузырьковые высыпания, после чего проникает в кровяное русло и лимфатическую систему. На ранних этапах герпетической инфекции вирусные частицы также внедряются в нервные окончания кожи или слизистой оболочки. Продвигаясь центростремительно по аксонам, они достигают периферических, а затем сегментарных и регионарных чувствительных ганглиев центральной нервной системы, где пожизненно сохраняются в латентном состоянии в нервных клетках.

Инфицирование сенсорных ганглиев является одним из важных этапов в патогенезе ГИ. При герпесе лица — это чувствительные ганглии тройничного нерва, при герпесе гениталий — ганглии люмбосакрального отдела позвоночника, служащие резервуаром вируса для его половой передачи. Распространение ВПГ в центробежном направлении во время рецидива определяет анатомическую фиксацию очагов поражения при рецидивах простого герпеса. У 30—50% населения, инфицированного ВПГ, наблюдается рецидивирующее течение инфекции. Рецидивирующим герпесом страдают представители всех возрастных групп.

■ К настоящему времени получены доказательства, что вирус простого герпеса является этиологическим фактором воспалительных заболеваний центральной нервной системы, ЛОР-органов, легких, сердечно-сосудистой системы (возможно, и ишемической болезни сердца), желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы.

Прогредиентное течение ВПГ-инфекции заключается в появлении более тяжелых клинических симптомов с увеличением длительности заболевания, а также вовлечении в инфекционный процесс органов и систем. Причинами обострения герпетической инфекции могут быть переохлаждение, инсоляция, физическая или психическая травма, прием алкоголя, гормональные циклы. Частота и интенсивность обострений при рецидивирующем герпесе варьируют в широких пределах и зависят от вирулентности и патогенности возбудителя, а также сопротивляемости организма человека. Заболевание чаще протекает как локальный процесс, а высыпания обычно носят ограниченный, реже — распространенный характер.

Таким образом, пожизненное носительство ВПГ в организме, рецидивирующий характер и прогредиентное течение заболевания являются особенностями герпетической инфекции.

Простой герпес может протекать в локальной и распространенной формах. Распространенная форма рецидивирующего герпеса встречается несколько реже локальной и характеризуется одновременным появлением нескольких очагов поражения на отдаленных участках кожно-слизистого покрова или вовлечением в патологический процесс прилежащих к очагу поражения тканей.

У больных во время рецидивов, наряду с герпетическими высыпаниями, могут появляться симптомы интоксикации, обусловленные вирусемией: общая слабость, недомогание, субфебрильная температура тела, увеличение и болезненность периферических лимфатических узлов. Это обстоятельство свидетельствует о диссеминации инфекционного процесса, неспособности иммунной системы локализовать процесс, что может встречаться как при локальной, так и при распространенной формах рецидивирующего герпеса.

Рецидивирующие формы герпеса оказывают негативное воздействие на иммунную систему больного. ВПГ, развивающийся в иммунокомpetентных клетках крови, ведет к вторичному иммунодефициту, что клинически проявляется в частых простудных заболеваниях, снижении работоспособности, появлении субфебрильной температуры тела, лимфаденопатии, психастении. Рецидивирующий генитальный герпес, нарушая нормальную половую жизнь пациентов, нередко является причиной нервно-психических расстройств, приводит к семейным неурядицам.

У женщин во время беременности вирусемия может привести к гибели плода, мертворождению: герпесвирусы вызывают до 30% спонтанных абортов на ранних сроках беременности, свыше 50% поздних выкидышей и занимают 2-е место после вируса краснухи по тератогенности.

К настоящему времени получены доказательства, что ВПГ нередко является этиологическим фактором воспалительных заболеваний центральной нервной системы (менингозэнцефалит, ганглионеврит), ЛОР-органов, легких (хронический бронхит), сердечно-сосудистой системы (peri- и миокардит, возможно, ишемическая болезнь сердца), желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы. Поражение кожи и слизистых оболочек — самое распространенное клиническое проявление герпетической инфекции, а поражение ВПГ гениталий — одно из наиболее частых заболеваний, передающихся половым путем (ЗППТ).

КЛИНИКА ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Для ВПГ характерна пожизненная персистенция в организме инфицированных, значительный полиморфизм клинических проявлений, торpidность к существующим методам лечения.

Согласно существующей международной классификации различают первичный и рецидивирующий генитальный герпес; последний, в свою очередь, подразделяют на типичную и атипичную клинические формы и бессимптомное вирусовыделение.

Термин «генитальный герпес» предполагает наличие очага поражения на коже и слизистых оболочках наружных половых органов. С развитием вирусологических методов исследований стали появляться сведения о «бессимптомных» и «атипичных» формах болезни. Диагноз «бессимптомная форма генитального герпеса» ставят на основании результатов вирусологического обследования при выделении ВПГ из отделяемого уrogenitalного тракта, при этом симптомы поражения кожи и видимых слизистых оболочек гениталий отсутствуют.

Диагноз «атипичная форма генитального герпеса» ставят гинекологи для обозначения хронического воспалительного процесса внутренних гениталий (кольпит, вульвовагинит, эндочервицит и т.д.) при наличии лабораторно подтвержденной герпетической природы заболевания в отличие от типичной картины болезни, при которой на слизистой оболочке этих органов имеются очаги поражения с везикулезно-эррозивными элементами. Однако в эту группу не входят герпетические поражения уретры, анальной области и ампулы прямой кишки, хотя эти органы анатомически и функционально тесно связаны с половой сферой.

Инфицирование гениталий у взрослых обычно происходит в результате половых контактов. Самая высокая заболеваемость генитальным герпесом зарегистрирована в возрастной группе 20–29 лет. Повышенному риску развития генитального герпеса подвергаются лица, начинающие половую жизнь в раннем возрасте и имеющие много половых партнеров.

Клинические проявления генитального герпеса более выражены у серонегативных лиц, чем у серопозитивных, что свидетельствует о влиянии иммунного ответа, сформировавшегося на герпетическую инфекцию ВПГ-I в детском возрасте и на тяжесть клинических проявлений герпеса при инфицировании гениталий ВПГ-II.

Первичное инфицирование гениталий в большинстве случаев протекает бессимптомно, впоследствии превращаясь в латентное носительство герпесвируса или в рецидивирующую форму генитального герпеса. Однако в случаях клинически выраженного дебюта первичный генитальный герпес обычно проявляется в течение 1–10 дней инкубационного периода и отличается от последующих рецидивов более тяжелым и продолжительным течением.

Типичная клиническая картина первичного генитального герпеса характеризуется появлением на слизистых оболочках половых органов и прилежащих участках кожи сгруппированных везикулезных элементов, возникающих на эритематозном

фоне. Через 2–4 дня везикулы вскрываются, образуя мокнущие эрозии, реже — язвочки, эпителизирующиеся под коркой или без ее образования. Субъективно больных беспокоит зуд, жжение, болезненность в области очага поражения. У некоторых больных отмечается повышение температуры тела до 38°C, болезненное увеличение паховых лимфоузлов. При первичном генитальном герпесе длительность острого периода может достигать 3–5 недель.

Рецидивирующий генитальный герпес (РГГ) является одним из самых распространенных инфекционных заболеваний мочеполовой системы. Болезнь трудно поддается терапии, характеризуется хроническим течением, нарушением половой функции пациента, что нередко приводит к развитию неврастении. У женщин герпетические высыпания могут появляться на больших и малых половых губах, слизистой оболочке влагалища, шейки матки, в промежности и анальной области, нередко поражается кожа ягодиц и бедер. Заболевание сопровождается появлением и развитием симптомов интоксикации (субфебрильная температура, общая слабость и недомогание), увеличением и болезненностью паховых лимфатических узлов (чаще с одной стороны).

Для РГГ характерно раннее вскрытие везикул с образованием эрозивных поверхностей, выраженной субъективной симптоматикой (боль, зуд, жжение в очаге). Для РГГ характерно тяжелое течение. У 50–75% пациентов часто встречаются рецидивирующие формы болезни.

Типичная форма рецидивирующего герпеса наружных гениталий характеризуется ярко выраженным симптомами болезни, классическим развитием очага поражения (эрите́ма, обра́зование везикул, развитие эрозивно-язвенных элементов, эпителизация) и субъективными ощущениями, проявляется повторяющимися пузырьковыми высыпаниями. Очаги поражения обычно носят ограниченный, реже — распространенный характер и локализуются на одном и том же участке кожи или слизистой оболочки. Частые обострения РГГ нередко сопровождаются нарушением общего состояния больных. За 12–48 часов могут появляться местные и общие продромальные явления: зуд, чувство жжения, болезненность в местах будущих высыпаний, региональный лимфаденит, симптомы интоксикации, обусловленные вирусемией (головная боль, озноб, недомогание, субфебрильная температура).

Наличие везикулярных или эрозивных высыпаний на коже и слизистой гениталий, выраженная субъективная симптоматика (зуд, жжение) позволяет врачам визуально поставить диагноз РГГ, своевременно назначить лечение и информировать больного об инфекционном характере заболевания и опасности заражения полового партнера.

Необходимо отметить, что типично протекающий РГГ под воздействием проводимой терапии может значительно видоизменяться и приобретать abortивное течение. При этом эле-

менты в очаге поражения минуют отдельные стадии развития. В этих случаях очаг поражения может быть представлен папулезным элементом, микроэрозией, отечным пятном на эритематозном фоне. Помощь в постановке диагноза при обращении больного с abortивно протекающим РГГ может оказать правильно собранный анамнез, в котором имеется указание на наличие у пациента в прошлом типичных для герпеса высыпаний.

Атипичные формы РГГ, в значительной мере осложняющие постановку диагноза, обусловлены рядом факторов:

- изменением цикла развития герпетических элементов в очаге поражения;
- необычной локализацией очага и анатомическими особенностями подлежащих тканей;
- преобладанием субъективных ощущений в очаге.

При атипичных формах РГГ преобладает одна из стадий развития воспалительного процесса в очаге (эрите́ма, образование пузырей), либо один из компонентов воспаления (отек, геморрагия, некроз), либо субъективная симптоматика (зуд), которые и дают соответствующее название атипичной форме РГГ (эрите́матозная, буллезная, геморрагическая, некротическая, зудящая). По интенсивности клинических проявлений атипичные формы могут протекать бурно как манифестные (буллезная, язвенно-некротическая) или как субклинические (микротрещины). Если при атипичных формах РГГ, проявляющихся образованием везикул и эрозий, в которые могут трансформироваться пузыри и язвы с присоединением, например, некротического компонента, можно заподозрить генитальный герпес, то при клинических формах, которые не сопровождаются нарушением кожно-слизистого покрова и где очаг поражения имеет не-привычную форму, диагноз устанавливается с большим трудом. У женщин чаще, чем у мужчин, встречаются атипичные формы герпеса наружных гениталий.

При отечной форме РГГ очаг поражения на слизистой оболочке вульвы представлен гиперемией и диффузным отеком.

Для зудящей формы РГГ характерно периодическое локальное появление выраженного зуда и (или) жжения в области наружных гениталий при не-значительной гиперемии слизистой оболочки вульвы в очаге.

К атипичным формам РГГ относится ВПГ-инфекция, проявляющаяся единичными глубокими рецидивирующими трещинами слизистой оболочки и подлежащих тканей малых и больших половых губ, сопровождающимися резкой болезненностью.

Для субклинической (малосимптомной) формы РГГ характерна микросимптоматика — кратковременное (менее суток) появление одной или нескольких микротрещин, сопровождающихся незначительным зудом. Иногда субъективные ощущения отсутствуют, что снижает обращаемость больных в лечебные учреждения и затрудняет диагностику.

Субклиническая форма выявляется обычно при вирусологическом обследовании половых партнеров пациентов с каким-либо |

заболеванием, передаваемым половым путем, или при обследовании супружеских пар с нарушением fertильности.

При abortивном течении, атипичной и субклинических формах ВПГ клинический диагноз затруднен и может быть поставлен только при использовании вирусологических методов исследования.

Именно эти клинические формы герпеса гениталий в эпидемиологическом аспекте являются наиболее опасными для распространения герпетической инфекции, т.к. на фоне минимальных клинических проявлений болезни происходит выделение ВПГ в окружающую среду, а отсутствие выраженной симптоматики позволяет больным вести активную половую жизнь и инфицировать половых партнеров.

Особенностью генитального герпеса женских половых органов является многоочаговость. В патологический процесс нередко вовлекаются: нижний отдел мочеиспускательного канала, слизистая оболочка ануса и прямой кишки. Вовлечение в инфекционный процесс этих органов может происходить вторично, вслед за возникновением герпеса наружных гениталий, но может протекать и как изолированное поражение.

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

По особенностям клинических проявлений герпетические поражения органов малого таза целесообразно разделить на:

- герпес нижнего отдела урогенитального тракта, анальной области и ампулы прямой кишки;
- герпес верхнего отдела полового тракта.

Герпес нижнего отдела урогенитального тракта, анальной области и ампулы прямой кишки представлен поражением слизистых оболочек входа во влагалище, влагалища, влагалищной части шейки матки, цервикального канала, уретры, мочевого пузыря, анальной области и ампулы прямой кишки. Герпетическая инфекция в данном случае проявляется в двух клинических формах: очаговой, характеризующейся появлением типичных для простого герпеса слизистых оболочек везикулезно-эррозивных элементов, и диффузной, при которой патологический процесс протекает по типу неспецифического воспаления.

Герпес уретры и мочевого пузыря. Герпетический уретрит субъективно проявляется болями и резями в начале мочеиспускания, дизурическими явлениями. При осмотре наблюдается гиперемия наружного отверстия уретры, наличие скучных слизистых выделений. При уретроскопии в передней части уретры иногда удается обнаружить мелкие поверхностные эрозии, катаральное воспаление. Ведущими симптомами герпетического цистита являются цисталгия, появление болей в конце мочеиспускания, дизурические явления.

Герпес анальной области и прямой кишки. Очаг поражения в анальной области обычно представляет собой рецидивирующую трещину, что нередко является поводом для диагностических ошибок. Такие больные с ошибочным диагнозом «трещина заднего прохода» попадают к хирургам. Диагностика зудящей формы герпеса ануса и герпетического поражения геморроидальных узлов также затруднена.

Первично поражение анальной области может возникнуть как самостоятельное заболевание, вторично — в результате затека-

ния отделяемого влагалища и мацерации слизистой оболочки ануса при наличии у пациентки герпетического колпита, сопровождающегося обильной экссудацией.

При поражении сфинктера и слизистой оболочки ампулы прямой кишки (герпетический проктит) возникают мелкие эрозии в виде поверхностных трещин с фиксированной локализацией, кровоточащие при дефекации, больных беспокоит зуд, чувство жжения и болезненность в очаге поражения. При ректоскопии определяется катаральное воспаление, иногда — эрозии.

Диагностировать герпетический проктит бывает особенно трудно. Мы наблюдали больных с рецидивирующим герпесом анальной области, у которых начало заболевания было связано с периодическим появлением скучных слизистых, иногда суховатых выделений из прямой кишки, которые по времени совпадали с метеоризмом и резкими распирающими болями в области сигмы, сопровождавшимися сильным зудом в анальной области. В дальнейшем у этих пациенток стали появляться кровоточащие трещины в анальной области. На основании данных ректо- и колоноскопии (в ряде случаев с биопсией) и результатов вирусологического обследования этим больным был поставлен диагноз «герпетический проктит, рецидивирующий герпес анальной области».

Герпес верхнего отдела полового тракта (поражение матки, маточных труб). Для типичной клинической картины герпетических поражений органов верхнего отдела мочеполового тракта характерны симптомы неспецифического воспаления. Обычно больные предъявляют жалобы на выделения из влагалища, периодически появляющиеся боли в малом тазу, области проекции матки, яичников. Эти пациентки длительное время без эффекта лечатся у гинекологов антибактериальными и противогрибковыми препаратами. При этом значительное число женщин, у которых отсутствуют выделения и субъективная симптоматика, вообще не обращаются к врачу и длительное время остаются источником распространения инфекции.

Такие диагнозы, как «ВПГ-эндометрит», «ВПГ-салпингоофрит», врачи практически не ставят. В то же время восходящие формы герпетического поражения внутренних половых органов у женщин подтверждаются обнаружением ВПГ в эндометрии, маточных трубах и крестцово-маточных связках. Установить реальную частоту поражения внутренних половых органов очень сложно, т. к. у 25—40% (а по некоторым данным — у 60%) женщин заболевание протекает бессимптомно. Таким образом, можно предположить, что эта патология встречается значительно чаще, чем диагностируется.

Для субклинической формы герпеса внутренних гениталий типично отсутствие у пациентки жалоб. Иногда имеются указания на периодически появляющиеся необильные слизистые выделения из влагалища. При гинекологическом осмотре симптомы воспаления не выявляются. При динамическом лабораторном исследовании мазков отделяемого канала шейки матки, влагалища и уретры периодически выявляется повышенное количество лейкоцитов (до 200—250 и выше в поле зрения), свидетельствующее о наличии воспалительного процесса. При вирусологическом исследовании мазков методом иммунофлюоресценции в лейкоцитах определяется антиген ВПГ.

Бессимптомная форма герпеса внутренних гениталий характеризуется отсутствием у больных каких-либо жалоб на половую сферу, объективных клинических данных, подтверждающих воспаление. При лабораторном исследовании отделяемого уrogenитального тракта выделяется ВПГ, в то время как в мазках признаков воспаления (лейкоцитоза) нет. Бессимптомная форма герпеса внутренних гениталий выявляется у 20–40% женщин, страдающих рецидивирующими генитальными герпесом ягодицы и бедра, что необходимо учитывать при планировании беременности в связи с существующей вероятностью развития во время беременности осложнений ВПГ-инфекции.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

У каждой четвертой пациентки, страдающей РГГ, развиваются осложненные формы болезни. Осложнения могут быть локальные и системные.

К локальным осложнениям генитального герпеса относится комплекс симптомов: повышенный травматизм, сухость и образование болезненных кровоточащих трещин на слизистых оболочках наружных половых органов, возникающих при механическом раздражении. Эти симптомы появляются через несколько лет после начала заболевания и затрудняют половую жизнь пациенток. Наиболее часто поражается область задней спайки и слизистая оболочка входа во влагалище.

У каждой третьей пациентки, страдающей генитальным герпесом, встречается вовлечение в инфекционный процесс нервной системы, что обусловлено нейротропизмом ВПГ и тем, что именно ганглии вегетативной нервной системы являются депо ВПГ в организме человека. Необходимо отметить, что болевой синдром при РГГ занимает особое место. Обращает на себя внимание частое отсутствие объективных данных при гинекологическом обследовании, свидетельствующих о воспалении внутренних половых органов. При этом пациентки предъявляют жалобы на периодически возникающие тянущие боли внизу живота, в области проекции яичников, иррадиирующие в поясничную область и прямую кишку, боли в промежности. В ряде случаев болевой синдром может имитировать клинику «острого живота». Длительно существующий болевой синдром вызывает у пациентов снижение половой потенции и либидо.

Этот феномен, как правило, связан с имеющейся у больных специфической герпетической невралгией тазового нервного сплетения.

Особенности болевого синдрома при РГГ обусловлены свойствами нервных образований, вовлеченных в инфекционный процесс. Раздражение парасимпатических волокон вызывает у больных субъективные ощущения в виде жжения, являющегося патогномоничным симптомом при рецидивах генитального герпеса. При герпесе бедер и ягодиц нередко наблюдается повышение поверхностной болевой чувствительности кожи (гиперестезия), субъективно воспринимаемое больным как покалывания, ощущение «ползания мурашек». Клинические проявления ганглиорадикулита проявляются тянущими болями по задней поверхности бедра, что обусловлено вовлечением в патологический процесс седалищного нерва.

ДИАГНОСТИКА

Достоверно поставить диагноз ВПГ-инфекции позволяет только вирусологическое исследование.

Существующие методы лабораторной диагностики простого герпеса принципиально делятся на две группы:

- выделение и идентификация ВПГ или выявление антитела к возбудителю из инфицированного материала;
- выявление вирусоспецифических антител в сыворотке крови.

Материалом для лабораторного анализа может служить содержимое везикул, соскоб со дна эрозии, слизистой уретры, стенок влагалища, канала шейки матки, ануса, отделяемое уrogenитального тракта, ампулы прямой кишки.

Частота выявления ВПГ в материалах из различных отделов уrogenитального тракта у женщин варьирует. Чаще вирус удается выделить из отделяемого канала шейки матки, реже — из влагалища и уретры. Вирус редко определяется одновременно во всех образцах, полученных от больной, поэтому для уменьшения диагностических ошибок необходимо исследовать максимальное число образцов от одной пациентки.

Частота выделения ВПГ у женщин в значительной мере зависит от фазы менструального цикла. В начале лuteиновой фазы ВПГ выделяется более чем у 70% пациенток, страдающих простым герпесом. В то же время у основного числа больных отмечается усиление клинических проявлений ВПГ-инфекции. Реже ВПГ выделяется в пред- и постменструальном периодах (у 12–30% больных). В остальные дни менструального цикла частота выявления ВПГ у больных снижается до 5–8%. Значительный разброс в выявлении антигена ВПГ у женщин в различные дни менструального цикла показывает, что отрицательный результат однократного вирусологического исследования не может полностью исключить диагноз генитального герпеса. При подозрении на ВПГ-инфекцию необходимо проводить повторное (1 раз в 7 дней, 2–4 раза в течение месяца) вирусологическое исследование отделяемого мочеполовой системы у пациенток.

Выделение ВПГ на культуре клеток. При выделении вируса в культуре клеток диагноз ставят на основании характерного цитопатического действия, которое ВПГ оказывает на клетки. Для выделения ВПГ *in vivo* можно использовать 12–13-дневные куриные эмбрионы и лабораторных животных, у которых развиваются типичные для ВПГ симптомы инфекции.

Серологические методы. Диагностическая ценность серологических методов при простом герпесе различна и зависит от формы инфекции (первичная, рецидивирующая), состояния реактивности организма больного, длительности заболевания и ряда других факторов.

В ответ на внедрение ВПГ в организме начинают продуцироваться специфические иммуноглобулины класса M (IgM), которые определяются на 4–6 день после инфицирования и достигают максимального значения на 15–20 сутки. С 10–14 дня начинается продукция специфических IgG, сохраняющихся в течение всей жизни (серопозитивность), несколько позднее — IgA. В организме человека IgM и IgA сохраняются недолго (1–2 месяца).

Диагностическое значение при первичной герпетической инфекции имеет выявление IgM и/или четырехкратное увеличе-

ние титров специфических иммуноглобулинов G (IgG) в парных сыворотках крови, полученных от больной с интервалом 10–12 дней.

Рецидивирующий герпес обычно протекает на фоне высоких показателей IgG, свидетельствующих о постоянной антигенной стимуляции организма больного. Появление IgM у такой пациентки говорит об обострении болезни.

Для установления ВПГ-инфекции в диагностически сложных случаях необходимо комплексное вирусологическое обследование больных, включающее обнаружение антигена и анализ серологических показателей в динамике. Постановка диагноза ВПГ-инфекций только на основании серологического исследования может быть ошибочной, т.к. низкие титры противогерпетических IgG не всегда доказывают отсутствие активной герпетической инфекции. Выявление титров IgG выше средних является показанием к дополнительному обследованию пациентки с целью подтверждения или исключения диагноза ВПГ-инфекции.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Современная медицина не располагает методами лечения, позволяющими эlimинировать ВПГ из организма человека. В связи с этим методы лечения простого герпеса направлены на предотвращение или восстановление нарушений, которые вызывает активация ВПГ в организме.

Методы лечения простого герпеса направлены на предотвращение или восстановление нарушений, которые вызывает активация ВПГ в организме, что достигается применением препаратов с доказанным противогерпетическим эффектом – ацикллических нуклеозидов.

Современная тактика лечения генитального герпеса – это применение ацикллических нуклеозидов (ацикловира и его производных) – препаратов с доказанным противогерпетическим эффектом. Этиопатогенетическая терапия основывается на способности лекарственных средств избирательно нарушать процесс взаимодействия ВПГ и клетки-мишени, включаясь в цикл развития ВПГ на стадиях синтеза вирусной ДНК и сборки вирусных частиц, тормозя их репродукцию, что приводит к вирусостатическому эффекту.

Ведущее место в терапии острой герпетической инфекции, протекающей с поражением ЦНС и других систем и органов, а также при герпесе новорожденных занимает химиотерапия. Велико значение противовирусных средств при лечении рецидивирующих форм простого герпеса с поражением кожи, слизистых оболочек.

Применяют следующие препараты:

- ацикловир по 0,2 г внутрь 5 раз в день в течение 5 дней;
 - валацикловир (Валтрекс) по 0,5 г внутрь 2 раза в день в течение 5 дней;
 - фамцикловир по 0,25 г внутрь 2 раза в день в течение 5 дней.
- Ацикловир применяется для лечения всех форм герпетической инфекции. Наличие разных лекарственных форм (мазь, таблетки, крем, супспензия, раствор для внутривенного введения) позволяют широко и эффективно использовать препарат в медицинской практике.

На основе ацикловира был разработан противогерпетический препарат валацикловир (Валтрекс) с улучшенными фармакокинетическими свойствами, что позволяет уменьшить число таблеток до одной в дозировке 500 мг и прием препарата до 2 раз в день при первичном эпизоде и рецидиве генитального герпеса и назначать одну таблетку Валтрекса 500 мг всего 1 раз в день для супрессивной терапии. Длительное (от нескольких месяцев до года и более) применение Валтрекса в режиме супрессивной терапии уменьшает число рецидивов генитального герпеса и вероятность передачи вируса неинфицированному партнеру.

Из практики известно, что большую часть «герпетического» приема у гинеколога составляют пациентки с рецидивирующим генитальным герпесом. Применение аналогов нуклеозидов по схеме супрессивной терапии значительно снижает риск развития рецидивов генитального герпеса, что помимо клинического эффекта – уменьшения числа, продолжительности и тяжести рецидивов также улучшает качество жизни пациенток, в т. ч. за счет позитивного влияния на психоэмоциональное самочувствие.

Таким образом, тактика врача акушера-гинеколога и смежных специалистов, основанная на применении комплекса лечебно-профилактических мероприятий по диагностике и лечению герпетической инфекции, позволяет снизить частоту осложнений, улучшить репродуктивную функцию у женщин и обеспечить рождение здоровых детей.



ЛИТЕРАТУРА

1. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. – М., 1997. – 515 с.
2. Кузьмин В.Н., Музыкантова В.С., Семенова Т.Б., Ильенко Л.Н. Герпетическая инфекция в акушерстве и перинатологии. – М., 1999. – 27 с.
3. Семенова Т.Б., Кузьмин В.Н. Генитальный герпес у женщин. Клиника, диагностика, профилактика, лечение. – М., 1999. – 72 с.
4. Сухих Г.Г., Ванько Л.В., Кулаков В.И. Иммунитет и генитальный герпес. – М., 1997. – 221 с.
5. Abbott M., Poiesz B.J., Byrne B.C. et al. Enzymatic gyné amplification. Qualitative and quantitative methods for detecting proviral DNA amplified in vitro // J. of Inf. Dis. – 2001 – p. 12–18.
6. Adams E, Dreesman G.E, Kaufman R.H. Asymptomatic virus shedding after herpes genitalis // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2005 – vol. 137, N6. – p. 827–830.
7. Grossman J.H. Herpes simplex virus (HSV infection) // Clin. Obstet. and Gyn. – 2002 – vol. 25, N3 – p. 552–562.
8. Henderson J.L., Weiner C.P. Congenital infection. // Curr. Opin. Obstet., Gynecol. – 2005, vol. 7, N2, p. 130–134.
9. Mertz G.J. Epidemiology of genital herpes infections. // Infect Dis Clin North Am 2003; 7, p. 825–839.
10. Randolph A.G., Hartshorn R.M., Washington A.E. Acyclovir prophylaxis in late pregnancy to prevent neonatal herpes: a cost effectiveness analysis // Obstetrics and Gynecology – 2006 Oct. , 88 (4 Pt 1), p. 603–610.
11. Wood M.J., Conant M. Management Strategies in Herpes: HIV and herpesvirus infections. Worthing: PPS Europe / Ltd, 2005 – p. 25–37.