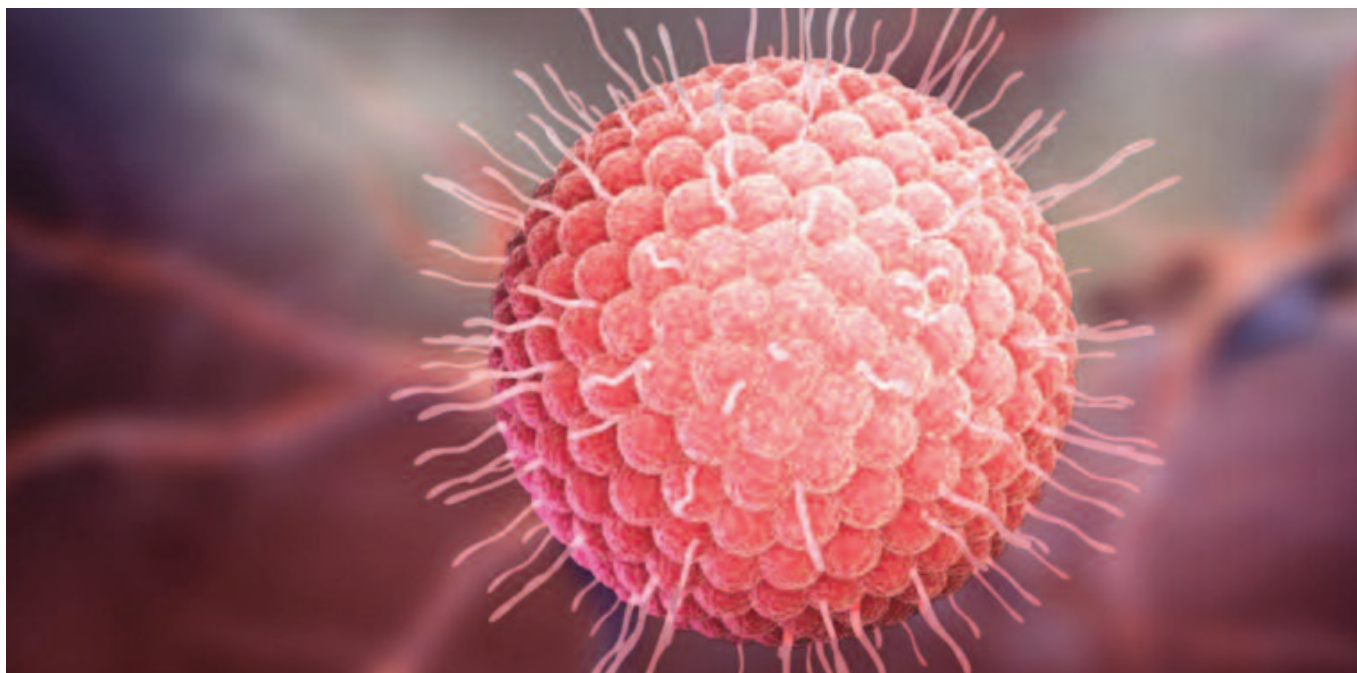


# Современные аспекты комплексной терапии рецидивирующего генитального герпеса



Вирусные инфекции репродуктивной системы связаны с определенными диагностическими и терапевтическими трудностями. Самыми часто встречающимся является генитальный герпес (ГГ). (код МКБ А60.0 «Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта»).

**В**озбудители герпетических заболеваний – вирус простого герпеса (ВПГ) – облигатный внутриклеточный паразит.

## Идентифицировано два его серотипа:

- **ВПГ-1** (поражает преимущественно кожу и слизистую оболочку губ, глаз, носа и др.).
- **ВПГ-2** (возбудитель ГГ). Этот вирус обладает пантропизмом, т. е. способностью присоединяться к клеткам кожи, слизистых оболочек, центральной и периферической нервной системы [1].

Входные ворота для ГГ - слизистые оболочки половых органов и поврежденные кожные покровы. Первичное заражение сопровождается репликацией (размножением) вируса в месте его проникновения с последующим распространением либо по нервному стволу, либо гематогенным путем. Возможен переход вируса герпеса в латентное состояние и в тканях центральной нервной системы, что подтверждается наличием вирусной ДНК в головном мозге [1].

Сегодня существует 2 альтернативные гипотезы для объяснения персистенции вируса и возникновения рецидива заболевания:

- **Статическая** (вирус находится в клетках паравертебральных сенсорных ганглиев в интегрированном или свободном непродуктивном состоянии. Под влиянием какого-либо провоцирующего фактора вирус из ганглия центробежно мигрирует по аксону периферического нерва и активно репродуцируется в эпителиальных клетках) [1].

- **Динамическая** (репродукция и выделение из ганглия вируса происходит постоянно, если количество размножающихся вирусных частиц превышает определенный порог, то они по периферическим нервам возвращаются из сакральных ганглиев к половым органам, где размножаются в эпидермисе, что и приводит к характерным рецидивам или бессимптомному выделению вируса) [1].

## Разделение ГГ по клинико-морфологическим проявлениям:

1. Первичный клинический эпизод ГГ (отсутствие в крови IgG АТ к ВПГ-1).
2. Первичный клинический эпизод ГГ при существующей инфекции (первичный эпизод вторичной инфекции, наличие IgG-антител к ВПГ-1).
3. Рецидивирующий ГГ.
4. Атипичный ГГ.
5. Бессимптомный ГГ [2].

## Клинические проявления.

### Первичный клинический эпизод.

Клинические проявления при первичном эпизоде ГГ наиболее выражены, инкубационный период - от 10 дней до 2–3 нед. (в среднем от 3 до 14 дней).

Когда возможно заражение? За 7 дней до появления типичных герпетических высыпаний и в течение 7 дней после заживления герпетического очага [1,2].

Типичная форма начинается с образования отечной эритемы, трансформирующейся в везикулы, переходящие в эрозии, самостоятельно эпителизирующиеся без образования рубцов. Высыпания чаще - на слизистой влагалища, шейки матки, половых губах, преддверии влагалища, на коже промежности, вокруг ануса и на ягодицах. Длительность высыпаний - 10–14 дней, но без лечения может длиться до 30 дней. Период вирусывыделения – 11–30 дней после заживления всех элементов [1].

Только 20% инфицированных ВПГ имеют диагностированный ГГ, 60% – атипичную форму и 20% – бессимптомную форму.

#### Бессимптомная форма.

Самая опасная, т. к. такие пациенты чаще всего становятся источниками инфицирования, а беременные – источником инфицирования ребенка. Характеризуется реактивацией ВПГ без каких-либо симптомов заболевания.

У 70% больных заражение происходит от бессимптомного полового партнера. Именно при бессимптомном вирусывыделении отмечается наибольший риск развития неонатального герпеса. Лабораторные критерии диагностики: обнаружение ДНК ВПГ методом ПЦР в реальном времени в слизи цервикального канала или в очаге поражения на слизистой и коже (высокая чувствительность и специфичность > 90%) [1].

#### Атипичная форма.

Клинические критерии диагностики атипичной формы:

- стойкие выделения из половых путей,
- упорная вульводиния,
- рецидивирующие фоновые заболевания шейки матки,
- тазовый ганглионеврит,
- кондиломы вульвы,
- эрозивно-язвенных элементов на слизистых и коже у больных нет [1].

Лечение [1].		
Форма	Препарат и дозировка	Курс
Первичный клинический эпизод ГГ	ацикловир 200 мг перорально 5 раз в сутки	7–10 дней
	ацикловир 400 мг перорально 3 раза в сутки	
	валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки	
	фамцикловир 250 мг перорально 3 раза в сутки	
Рецидив ГГ	ацикловир 200 мг перорально 5 раз в сутки	5 дней
	ацикловир 400 мг перорально 3 раза в сутки	
	валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки	
	фамцикловир 125 мг перорально 2 раза в сутки	2 дня
	ацикловир 800 мг перорально 3 раза в сутки	1 день
	валацикловир 1,0 г перорально 2 раза в сутки	
Супрессивная терапия индивидуально	фамцикловир 1,0 г перорально 2 раза в сутки	Длительность определяется
	валацикловир 500 мг 1 раз в сутки перорально;	
	фамцикловир 250 мг 2 раза в сутки перорально	
	ацикловир 400 мг 2 раза в сутки перорально	

При лечении показана так же иммуномодуляция. Сочетанное применение противовирусных и иммуномодулирующих средств в комплексной терапии больных с генитальной формой хронической рецидивирующей герпетической инфекции сокращает частоту и длительность рецидивов, способствует снижению частоты развития осложнений и более раннему выздоровлению [1].

#### Литература:

1. Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Тютюнник Н.В., Солдатова Е.Е. Современные аспекты комплексной терапии рецидивирующего генитального герпеса. Медицинский совет. 2021;(3):144-151. doi: 10.21518/2079-701X-2021-3-144-151.
2. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Манухина И.Б. (ред.) Гинекология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. Режим доступа: [https://www.cpkmed.ru/materials/El\\_Biblio/AktualDoc/akusherstvo-iginekologija/9.pdf](https://www.cpkmed.ru/materials/El_Biblio/AktualDoc/akusherstvo-iginekologija/9.pdf).

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено. Предназначено исключительно для специалистов здравоохранения.