

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2013 • Том 7 • № 2

**Методы исследования
шейки матки
у беременных женщин**

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ГЕНИТАЛЬНОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Макаров И.О., Овсянникова Т.В., Куликов И.А.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Резюме: в статье отражены современные представления по вопросам терапии генитальной герпетической инфекции. Рассмотрены актуальные схемы терапии вируса простого герпеса (ВПГ).

Ключевые слова: ВПГ 1 и 2, генитальный герпес.

Генитальный герпес – одна из наиболее распространенных инфекций в гинекологической клинике, которая поражает преимущественно область гениталий.

Генитальный герпес вызывается двумя серотипами: ВПГ 1-го типа и ВПГ 2-го типа. Геном вируса состоит из единственной молекулы линейной ДНК, состоящей из двух цепочек. Она окружена нуклеокапсидом, который, в свою очередь, свободно располагается внутри оболочки, состоящей из двух слоев липидов. Между нуклеокапсидом и оболочкой располагается аморфный слой. При серологическом исследовании вирусы могут различаться между собой при помощи специфических моноклональных антител против различных антигенов нуклеокапсида и, в особенности, антигенов оболочки [3,12]. Человеческий организм является единственным естественным резервуаром для этих вирусов. ВПЧ-1 считается оральным типом вируса, который обнаруживается практически исключительно за пределами области гениталий, а ВПЧ-2 – генитальным типом вируса [2,11]. Однако в настоящее время такое различие по локализации и клиническим проявлениям заболевания является относительно условным.

Первичное инфицирование вирусом простого герпеса (ВПГ) происходит половым путем, и при отсутствии у женщины иммунитета к данному виду возбудителя заболевание протекает крайне тяжело [2,13]. При рецидивах заболевания симптомы ВПГ менее выражены, но частые обострения, несвоевременная диагностика и лечение заболевания доставляют пациенткам много проблем [7,10].

Вирус передается контактным путем (прямая контактная инфекция). Передача инфекции через предметы (непрямая контактная инфекция) происходит редко, что объясняется низкой устойчивостью

вируса во внешней среде. Входными воротами для ВПГ является слизистая оболочка или небольшие повреждения кожи. Количество проникших вирусов, локализация входных ворот инфекции и состояние иммунной системы пациентки определяют длительность инкубационного периода и тяжесть заболевания. Выделение вирусов может происходить и при отсутствии видимых изменений в области шейки матки, уретры или полости рта, что нередко приводит к инфицированию половых партнеров или новорожденных [3-4].

Клиническая картина заболевания варьирует от бессимптомного течения до состояния, сопровождающегося высыпаниями, жгучей болью, а затем развитием вульвита, вагинита и цервицита, сопровождающихся выраженным болевым синдромом. Эти клинические проявления ВПГ могут сопровождаться появлением боли внизу живота, аналогично клинике острых воспалительных заболеваний органов малого таза [4, 9]. Частота и клиническая симптоматика рецидивов ВПГ отличается крайней вариабельностью и нередко многие эпизоды обострения герпетической инфекции своевременно не диагностируются [2, 8].

Независимо от того, каким путем ВПГ попадает в организм, размножение вируса происходит у входных ворот, и далее он проникает в лимфоузлы, затем в кровь и гематогенным путем – во внутренние органы. ВПГ в активной фазе заболевания проникает в дорзальные ганглии сакроспинальных корешков, где вирусы персистируют в латентной форме после санации крупных очагов инфекции или после первичного инфицирования. В этой фазе молекулярно-биологические методы не позволяют обнаружить в нейронах никаких структурных протеинов вируса и определяют лишь геном и регуляторные протеины латентного состояния [9,13]. При различных стрессовых ситуациях, как правило, происходит реактивация латентной инфекции с активной продукцией вируса. К значимым стрессовым факторам, вызывающим обострение ВПГ, относятся гормональные изменения, стресс, переутомление, травмы, УФ-облучение, инфекции и др.

Лишь 30% генитального герпеса имеют четкую клиническую картину заболевания, что позволяет

точно поставить диагноз, и около 20% случаев сопровождаются не типичной для герпеса клинической симптоматикой. У каждой второй пациентки, инфицированной ВПГ, заболевание протекает практически бессимптомно. Таким образом, считается, что фактическое количество лиц, инфицированных ВПГ, значительно больше, чем можно было бы предположить на основании только клинической картины заболевания [4,10-11].

Таким образом, понятно, почему при наличии первичной клинической картины постановка диагноза не представляет затруднений, а при стертой картине заболевания – возможны диагностические ошибки.

Лабораторная диагностика ВПГ обоих типов крайне необходима, но приобретает особое значение при атипической картине заболевания и при проведении дифференциальной диагностики с другими инфекционными заболеваниями женских половых органов.

Антитела ВПГ-1 выявляются у 70-80% взрослых пациентов, а антитела ВПГ-2 не чаще, чем у 20-30%. Часть антител против ВПГ-1 перекрестно активны и против ВПЧ-2, что препятствует его активному распространению. Соответственно инфицирование ВПГ обоих типов встречается практически в одинаковом проценте случаев [8-9].

Основными методами лечения ВПГ является применение высоко специфических противовирусных препаратов – ациклических нуклеозидов, которые блокируют репликацию ВПГ. К таким препаратам

относятся Ацикловир, Валацикловир, Фамцикловир и другие препараты этой группы. Все эти препараты обладают практически одинаковым клиническим эффектом и не имеют преимуществ друг перед другом. Специфическое лечение рекомендуется начинать как можно раньше, непосредственно после появления первых симптомов заболевания [4,9].

Беременным с высокой частотой рецидивов и при возникновении первичной инфекции во время беременности Ацикловир рекомендуется применять в последние 4 недели беременности. Кесарево сечение выполняется беременным, у которых первый эпизод заболевания был зарегистрирован после 34 недель беременности, с целью предотвращения заражения ребенка при прохождении через родовые пути и развития неонатального герпеса. В остальных случаях при родоразрешении через естественные родовые пути необходимо проводить терапию вирусной инфекции матери и ребенку [14].

Дополнительно в циклы лечения пациенток, инфицированных ВПГ, включаются иммуномодуляторы, представляющие собой препараты, которые обладают и противовирусной активностью. Согласно ряду клинических исследований уникальным свойством иммуномодуляторов является их способность улучшать течение и прогноз заболевания у пациенток с хроническими и рецидивирующими воспалительными и неопластическими процессами гениталий микробной и вирусной природы [1,5-6].

Литература:

- Елисева М.Ю., Мынбаев О.В. Вспомогательная иммунотерапия ВПЧ-ассоциированных поражений слизистых оболочек и кожи урогенитальной и перианальной локализации (Системный обзор литературы и мета-анализ применения Инозин Пранобекса). *Consilium medicum*. 2009; 11 (5).
- Молочков В.А., Семенова Т.Б., Киселев В.И. и соавт. Генитальные вирусные инфекции. М. 2009; 207 с.
- Новиков Д.К. Клиническая иммунопатология. М. 2009; 680 с.
- Прилепская В.Н., Роговская С.И. Возможности изопринозина в лечении хронических цервицитов и вагинитов. *Рус. мед. журнал*. 2008; 16 (1): 5-9.
- Серов В.Н., Твердикова М.А., Вересова А.А. Иммуномодуляторы в комплексной терапии воспалительных заболеваний малого таза. *РМЖ «Мать и дитя»*. 2011; 20: 1218-22.
- Уварова Е.В., Кумыкова З.Х., Муслимова С.Ю. Терапевтические возможности применения химически чистого иммуномодулятора инозин пранобекса при вирусных заболеваниях у детей и подростков. *Гинекология*. 2011; 12 (6): 60-66.
- Braunstein S.L., Ingabire C.M., Kestelyn E. et al. High human immunodeficiency virus incidence in a cohort of Rwandan female sex workers. *Sex Transm. Diseases*. 2011; 38 (5): 385-90.
- Gardella C. Herpes simplex virus genital infections: current concepts. *Curr. Infect. Dis. Rep*. 2011; 13 (6): 588-94.
- Meylan P. Herpes simplex virus infections, an update for the practitioner. *Rev. Med. Suisse*. 2011; 27 (2): 886-8.
- Patel P., Bush T., Mayer K.H. et al. Prevalence and Risk Factors Associated With Herpes Simplex Virus-2 Infection in a Contemporary Cohort of HIV-Infected Persons in the United States. *Sex Transm. Diseases*. 2012; 39 (3): 154-60.
- Stoner K.A., Reighard S.D., Vicetti Miguel R.D. et al. Recalcitrance of bacterial vaginosis among herpes-simplex-virus-type-2-seropositive women. *J. Obstet. Gynaecol. Res*. 2012; 38 (1): 77-83.
- Thompson R.L., Sawtell N.M. The herpes simplex virus type 1 latency associated transcript locus is required for the maintenance of reactivation competent latent infections. *J. Neurovirol*. 2011; 17 (6): 552-8.
- Viera M.H., Amini S., Huo R. et al. Herpes simplex virus and human papillomavirus genital infections: new and investigational therapeutic options. *Int. J. Dermatol*. 2010; 49 (7): 733-49.
- Westhoff G.L., Little S.E., Caughey A.B. Herpes simplex virus and pregnancy: a review of the management of antenatal and peripartum herpes infections. *Obstet. Gynecol. Surv*. 2011; 66 (10): 629-38.

MODERN ASPECTS OF TREATMENT OF GENITAL HERPES INFECTION

Makarov I.O., Ovsyannikova T.V., Kulikov I.A.

State Federal-Funded Educational Institution of Higher Vocational Training I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Abstract: this article describes the present views on the treatment of genital herpes infection. Examined topical therapies HSV.

Key words: HSV 1 and 2, genital herpes.