ской эффективности при патологии эпителия манипуляции на ШМ и влагалище целесообразно осуществлять при скорректированном состоянии микробиоценоза.

Литература

1. Полонская Н.Ю., Роговская С.И. Анатомия и физиология шейки матки, влагалища, вульвы. В кн.: Шейка матки, влагалище, вульва. Руководство для практикующих врачей. Под ред. С.И.Роговской, Е.В.Липовой. М.: Статус Презенс, 2014.

2. Шульженко А.Е., Зуйкова И.Н. Персистирующая папилломавирусная инфекция: цитокиновый дисбаланс и подходы к терапии. Эффекивная фармакотерапаия. Акушерство и гинекология. 2013; 2 (18).

3. Rogovskaya SI, Shabalova IP, Mikheeva IV et al. Human Papillomavirus Prevalence and Type-Distribution, Cervical Cancer Screening Practices and Current Status of Vaccination Implementation in Russian Federation, the Western Countries of the Former Soviet Union, Caucasus region and Central Asia. Vaccine 2013; 31S: H46–58.

4. Кира Е.Ф., Муслимова С.З. Неспецифический вагинит и его влияние на репродуктивное здоровье женщины (обзор литературы). СПб., 2001.

5. Радзинский В.Е. Бактериальный вагиноз. В кн.: Шейка матки, влагалище, вульва. Руководство для практикующих врачей. Под ред. С.И.Роговской, Е.В.Липовой. М.: Статус Презенс, 2014.

6. Роговская С.И., Бебнева Т.Н. Доброкачественные заболевания шейки матки. В кн.: Шейка матки, влагалище, вульва. Руководство для практикующих врачей. Под ред. С.И.Роговской, Е.В.Липовой. М.: Статус Презенс, 2014.

7. Анкирская А.С. Неспецифический вагинит. Гинекология. 2005; 4: 15–8.

8. Тихомиров А.Л. Бактериальный вагиноз. Всегда ли и только ли антибиотики? Cons. Med. 2011; 13 (6): 52–5.

9. Swidsinski A, Mendling W, Loening-Baucke V et al. Adherent biofilms in bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol 2008; 198: 97.e1–97.

10. Sobel JD. Vaginitis in adult women. Obstet Gynecol Clin North Am 2009; 17 (4): 851–79.

11. Гомберг М.А. Европейские стандарты ведения женщин с ИППП. В кн.: Шейка матки, влагалище, вульва. Руководство для практикующих врачей. Под ред. С.И.Роговской, Е.В.Липовой. М.: Стамус Презенс, 2014.

12. Bradshaw CS, Tabrizi SN, Fairleyetal CK. Theassociation of Atopobium vaginae and Gardnerella vaginalis with bacterial vaginosis and recurrence after oral metronidazole therapy. J Infect Dis 2006; 194 (6): 828–36.

13. www.cdc.org

14. Petersen EE, Genet M, Caserini M, Palmieri R. Efficacy of vitamin C vaginal tablets in the treatment of bacterial vaginosis: a randomised, double blind, placebo controlled study. Arzneimittelforschung 2011; 61 (4): 260–5.

15. Huang H et al. Effects of probiotics for the treatment of bacterial vaginosis in adult women: A meta-analysis of randomized clinical trials Arch Gynecol Obstet 12.19.2013.

16. An D, Parsek MR. The promise and peril of transcriptional profiling in biofilm communities. Curr Opin Microbiol 2007; 10 (3): 292–6.

17. Yoshimura K, Morotomi N, Fukuda K et al. Intravaginal microbial flora by the 16S rRNA gene sequencing. Am J Obstet Gynecol 2011; 205 (3): e1–9.

18. Буданов П.В. и др. Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012; 11 (2): 58–62.

19. Громова О.А. и др. Молекулярные механизмы разрушения бактериальных пленок при топическом применении аскорбиновой кислоты. Гинекология. 2012; 12 (6): 36–41.

20. Sherrard J, Donders G, White D. European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge, 2011.

Современный взгляд на клиническое течение, диагностику и терапию генитального герпеса у женщин

В.Н.Кузьмин
Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России

Среди вирусных заболеваний инфекция, обусловленная вирусами простого герпеса (ВПГ), занимает одно из ведущих мест, что определяется повсеместным распространением вируса: 90% инфицированием ими человеческой популяции, пожизненной персистенцией ВПГ в организме инфицированных, значительным полиморфизмом клинических проявлений герпетической инфекции, торпидностью к существующим методам лечения.

Генитальный герпес (ГГ), являясь частным случаем ВПГ-инфекции, относится к одному из наиболее распространенных заболеваний, передаваемых половым путем, и отличается от других болезней этой группы пожизненным носительством возбудителя в организме человека (латенцией), что обусловливает высокий процент формирования рецидивирующих форм болезни.

Заболеваемость ГГ во всем мире и России постоянно растет, что в значительной мере связано с распространением бессимптомной и недиагностированной форм болезни, но этот объективный процесс, к сожалению, не сопровождается радикальным изменением отношения к этому заболеванию как врачей, так и населения.

Этиология и патогенез

Различают две основные антигеннные группы ВПГ – 1 и 2-го типа. При этом штаммы, относящиеся к одному и тому же антигенному типу, могут отличаться по иммуногенности, вирулентности, устойчивости к воздействию разных химических и физических факторов, что в конечном итоге определяет особенности клинических проявлений болезни. Штаммы ВПГ 1-го типа чаще удается выделить при поражении кожи лица, верхних конечностей, штаммы ВПГ 2-го типа – при генитальной локализации очагов, хотя прямой связи между антигенной специфичностью и локализацией клинических проявлений герпеса не обнаруживается.

Источником ВПГ-инфекции является больной или вирусоноситель. Вирус передается воздушно-капельным, контактным, трансфузионным путями и при трансплантации органов. Во время беременности ин-

фицирование плода может происходить трансплацентарным и трансцервикальным (восходящим) путями.

Установлено, что 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.

Основными звеньями патогенеза герпетической инфекции являются:

1. Инфицирование сенсорных ганглиев вегетативной нервной системы и пожизненная персистенция ВПГ в них.

2. Поражение иммунокомпетентных клеток, ведущее к вторичному иммунодефициту.

3. Тропизм ВПГ к эпителиальным и нервным клеткам, обусловливающий полиморфизм клинических проявлений герпетической инфекции.

Вирус начинает размножаться в месте инокуляции – входные ворота инфекции (кожа, красная кайма губ, слизистые оболочки полости рта, половых органов, конъюнктива), – где появляются типичные пузырьковые высыпания, и проникает в кровяное русло и лимфатическую систему. На ранних этапах герпетической инфекции вирусные частицы внедряются также в нервные окончания кожи или слизистой оболочки, продвигаются центростремительно по аксоплазме, достигают периферических, 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 герпетической инфекции. 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.

Рецидивирующее течение инфекции наблюдается у 30–50% населения, инфицированного ВПГ. Рецидивирующим герпесом (РГ) страдают представители всех возрастных групп.

Прогредиентное течение ВПГ-инфекции заключается в появлении более тяжелых клинических симптомов с увеличением длительности заболевания, а также вовлечении в инфекционный процесс органов и систем.

Обострения герпетической инфекции могут быть спровоцированы переохлаждением, инсоляцией, физической или психической травмой, приемом алкоголя, гормональными циклами.

Частота и интенсивность обострений при РГ варьируют в широких пределах и зависят от вирулентности и патогенности возбудителя, а также сопротивляемости организма человека. Заболевание чаще протекает как локальный процесс, высыпания обычно носят ограниченный, реже – распространенный характер.

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

Простой герпес может протекать в локальной и распространенной формах. Распространенная форма РГ 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.

Появление у больных во время рецидивов наряду с герпетическими высыпаниями симптомов интоксикации, обусловленных вирусемией (общая слабость, недомогание, субфебрильная температура тела, увеличение и болезненность периферических лимфатических узлов), указывают на диссеминацию инфекционного процесса, неспособность иммунной системы локализовать процесс, что может встречаться как при локальной, так и при распространенной формах РГ.

Рецидивирующие формы герпеса оказывают негативное воздействие на иммунную систему больного. ВПГ, развивающийся в иммунокомпетентных клетках крови, ведет ко вторичному иммунодефициту, что клинически проявляется в частых простудных заболеваниях, снижении работоспособности, появлении субфебрильной температуры тела, лимфоаденопатии, психоастении. Рецидивирующий ГГ (РГГ), нарушая нормальную половую жизнь пациентов, нередко является причиной нервно-психических расстройств, приводит к семейным неурядицам.

Вирусемия у женщин во время беременности может явиться причиной гибели плода, мертворождения: герпес-вирусы вызывают до 30% спонтанных абортов на ранних сроках беременности и свыше 50% поздних выкидышей, занимают второе место после вируса краснухи по тератогенности.

К настоящему времени получены доказательства, что ВПГ нередко является этиологическим фактором воспалительных заболеваний центральной нервной системы (менингоэнцефалит, ганглионеврит), ЛОР-органов, легких (хронический бронхит), сердечно-сосудистой системы (пери- 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 относится к одному из наиболее частых заболеваний, передаваемых половым путем.

Клиническая картина генитального герпеса

Согласно существующей международной классификации различают первичный ГГ и РГГ, последний, в свою очередь, подразделяется 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 ГГ» ставится на основании результатов вирусологического обследования при выделении ВПГ из отделяемого урогенитального тракта, при этом симптомы поражения кожи и видимых слизистых оболочек гениталий отсутствуют.

Диагноз «атипичная форма ГГ» ставится гинекологами для обозначения хронического воспалительного процесса внутренних гениталий (кольпит, вульвовагинит, эндоцервицит 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-эрозивными элементами. Вместе с тем из этой группы выпадают 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 ГГ зарегистрирована в возрастной группе 20–29 лет. Повышенному риску развития ГГ подвергаются лица, начинающие половую жизнь в раннем возрасте и имеющие много половых партнеров.

Клинические проявления ГГ более выражены у серонегативных лиц, чем у серопозитивных, что свидетельствует о влиянии иммунного ответа, сформировавшегося на герпетическую инфекцию ВПГ 1-го типа в детском возрасте, тяжесть клинических проявлений герпеса при инфицировании гениталий ВПГ 2-го типа.

В большинстве случаев первичное инфицирование гениталий протекает бессимптомно, впоследствии превращаясь в латентное носительство герпес-вируса или рецидивирующую форму ГГ. Однако в случаях клинически выраженного дебюта первичный ГГ обычно проявляется после 1–10-дневного инкубационного периода и отличается от последующих рецидивов более тяжелым и продолжительным течением.

Типичная клиническая картина первичного ГГ 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 беспокоят зуд, жжение, болезненность в области очага поражения. У части из них отмечается повышение температуры тела до 38°С, болезненное увеличение паховых лимфоузлов. Длительность острого периода при первичном ГГ может достигать 3–5 нед.

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). РГГ отличается тяжелым течением; часто рецидивирующие формы болезни встречаются у 50–75% пациентов.

Типичная форма РГ наружных гениталий характеризуется ярко выраженными симптомами болезни, классическим развитием очага поражения (эритема, образование 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 ч 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 под воздействием проводимой терапии типично протекающий РГГ может значительно видоизменяться и приобретать абортивное течение. При этом элементы 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 абортивно протекающим РГГ может оказать правильно собранный анамнез, в котором имеются указание на наличие у пациента в прошлом типичных для герпеса высыпаний.

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

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

При атипичных формах РГГ преобладает какая-либо одна из стадий развития воспалительного процесса в очаге (эритема, образование пузырей), или один из компонентов воспаления (отек, геморрагия, некроз), или субъективная симптоматика (зуд), которые и дают соответствующее название атипичной форме РГГ (эритематозная, буллезная, геморрагическая, некротическая, зудящая). По интенсивности клинических проявлений атипичные формы могут протекать бурно как манифестные (буллезная, язвенно-некротическая) или как субклинические (микротрещины). И если при атипичных формах РГГ, проявляющихся образованием везикул и эрозий, в которые могут трансформироваться пузыри и язвы с присоединением, например, некротического компонента, можно заподозрить ГГ, то при клинических формах, которые не сопровождаются нарушением кожно-слизистого покрова, или очаг поражения имеет непривычную форму, диагноз устанавливается с большим трудом.

Атипичные формы герпеса наружных гениталий у женщин встречаются чаще, чем у мужчин.

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 незначительной гиперемии слизистой оболочки вульвы в очаге.

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

Субклиническая (малосимптомная) форма РГГ проявляется микросимптоматикой: кратковременным (менее суток) появлением 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 фертильности.

Клинический диагноз при абортивном течении, атипичной и субклинических формах РГГ затруднен и может быть поставлен только при использовании вирусологических методов исследования.

В эпидемиологическом аспекте именно эти клинические формы герпеса гениталий являются наиболее опасными для распространения герпетической ин-

фекции, когда 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 ГГ 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, а может протекать как изолированное поражение.

Герпетическая инфекция органов малого таза

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

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

Герпес нижнего отдела урогенитального тракта, анальной области и ампулы прямой кишки (поражение слизистых оболочек входа во влагалище, влагалища, влагалищной части шейки матки, цервикального канала, уретры, мочевого пузыря, анальной области и ампулы прямой кишки) проявляется в двух клинических формах: очаговой, характеризующейся появлением типичных для простого герпеса слизистых оболочек везикулезно-эрозивных 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 наблюдаются гиперемия наружного отверстия уретры, наличие скудных 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. Зудящая форма герпеса ануса и герпетическое поражение геморроидальных узлов также трудны для диагностики.

Поражение анальной области может возникнуть первично как самостоятельное заболевание или вторично – в результате затекания отделяемого влагалища и мацерации слизистой оболочки ануса при наличии у пациентки герпетического кольпита, сопровождающегося обильной экссудацией.

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

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

Герпес верхнего отдела полового тракта (поражение матки, маточных труб). Типичная клиническая картина герпетических поражений органов верхнего отдела мочеполового тракта проявляется симптомами 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-сальпингоофорит», врачами практически не ставятся. 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, так как у 25–40% женщин (по некоторым данным, до 60%) заболевание протекает бессимптомно. 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 урогенитального тракта выделяется ВПГ, в то время как в мазках признаков воспаления (лейкоцитоза) нет.

Бессимптомная форма герпеса внутренних гениталий выявляется у 20–40% женщин, страдающих РГ ягодицы и бедра. Это важное обстоятельство необходимо учитывать при планировании беременности у женщин с этой формой РГ 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 ГГ относится комплекс симптомов, состоящий из повышенного травматизма, сухости и образования 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 поражаются область задней спайки и слизистая оболочка входа во влагалище.

Вовлечение в инфекционный процесс нервной системы встречается у каждой третьей пациентки, страдающей ГГ, что обусловлено нейротропизмом ВПГ и тем фактом, 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 клиническую картину 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 определяются свойствами нервных образований, вовлеченных в инфекционный процесс. Раздражение парасимпатических волокон вызывает у больных субъективные ощущения в виде жжения, являющегося патогномоничным симптомом при рецидивах ГГ. При герпесе бедер и ягодиц нередко встречается 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:

1) выделение и идентификация ВПГ или выявление антигена возбудителя из инфицированного материала;
2) выявление вирус-специфических антител в сыворотке крови.

Материалами для лабораторных анализов могут служить содержимое везикул, соскоб со дна эрозии, слизистой уретры, стенок влагалища, канала шейки матки, ануса, отделяемое урогенитального тракта, ампулы прямой кишки.

Частота выявления ВПГ в материалах из разных отделов урогенитального 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. Более чем у 70% пациенток, страдающих простым герпесом, ВПГ выделяется в начале лютеиновой фазы. В это же время отмечается усиление клинических проявлений ВПГ-инфекции у основного числа больных. Реже ВПГ выделяется в пред- и постменструальном периодах (у 12–30% больных). Частота выявления ВПГ у больных в остальные дни менструального цикла снижается до 5–8%. Значительный разброс в выявлении антигена ВПГ у женщин в разные дни менструального цикла показывает, что отрицательный результат однократного вирусологического исследования не может полностью исключить диагноз ГГ. 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 ставится на основании характерного цитопатического действия, которое оказывает ВПГ на клетки. Для выделения ВПГ in vivo можно использовать 12–13-дневные куриные эмбрионы и лабораторных животных, у которых развиваются типичные для ВПГ-инфекции симптомы.

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 начинается продукция специфических иммуноглобулинов (Ig) класса М, которые определяются на 4–6-й день после инфицирования и достигают максимального значения на 15–20-е сутки. С 10–14-го дня начинается продукция специфических IgG, несколько позднее – IgA, IgM и IgA сохраняются в организме человека недолго (1–2 мес), IgG – в течение всей жизни (серопозитивность).

Диагностическое значение при первичной герпетической инфекции имеет выявление IgM и/или четырехкратное увеличение титров специфических IgG в парных сыворотках крови, полученных от больной с интервалом 10–12 дней.

РГ 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 повлечь за собой диагностическую ошибку, так как низкие титры противогерпетических IgG не всегда доказывают отсутствие активной герпетической инфекции. Выявление же 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 элиминировать ВПГ из организма человека, поэтому методы лечения простого герпеса направлены на предотвращение/восстановление тех нарушений, которые вызывает активация ВПГ в организме.

В настоящее время существуют два основных направления в лечении простого герпеса:

а) использование этиопатогенетической противовирусной терапии, основное место в которой отводится ациклическим нуклеозидам – ацикловиру, валацикловиру, фамцикловиру;
б) комплексный метод лечения, включающий иммунотерапию (специфическую и неспецифическую) в сочетании с противовирусной терапией.

Ациклические нуклеозиды

Этиопатогенетическая терапия основывается на способности химиотерапевтических препаратов избирательно нарушать процесс взаимодействия ВПГ и клетки, включаться в цикл развития только ВПГ на стадиях синтеза вирусной ДНК и сборки вирусных частиц, тормозя их репродукцию, что приводит в конечном итоге к вирусостатическому эффекту. Химиотерапия зани-

мает ведущее место при острой герпетической инфекции, протекающей с поражением центральной нервной системы и других систем и органов, при герпесе новорожденных. Велико значение противовирусных средств при лечении рецидивирующих форм простого герпеса с поражением кожи, слизистых оболочек:
- ацикловир – 0,2 г внутрь 5 раз в день 5 дней;
- валацикловир – 0,5 г внутрь 2 раза в день 5 дней;
- фамцикловир – 0,25 г внутрь 2 раза в день 5 дней.

Ацикловир нашел свое применение для лечения всех форм герпетической инфекции. Наличие нескольких лекарственных форм (мазь, таблетки, крем, суспензия, раствор для внутривенного введения) позволяют широко и эффективно использовать препарат в медицинской практике.

На основе ацикловира разработан более эффективный противогерпетический препарат валацикловир (L-валиновый эфир ацикловира). Именно это позволяет пациенту уменьшить число приемов препарата при рецидиве до 2 раз в день (в отличие от ацикловира, который принимают 5 раз в день) и принимать валацикловир 1 раз в день при супрессивной терапии.

Иммунотерапия генитального герпеса

Нарушение иммунного ответа – важнейшее звено в патогенезе простого герпеса. Как правило, заболевание протекает на фоне подавления иммунных реакций: отмечаются снижение общего количества Т- и В-клеток, изменение их функциональной активности, нарушения в макрофагальном звене иммунитета, в системе интерферона. Коррекция нарушений неспецифического и специфического звеньев иммунитета – одно из направлений в комплексной терапии простого герпеса.

Неспецифическая иммунотерапия включает в себя использование:
1) Ig;
2) интерферонов и препаратов индукторов интерферона;
3) препаратов, стимулирующих Т- и В-звенья клеточного иммунитета и фагоцитоз.

Для лечения РГ применяют Ig человеческий нормальный. Препарат содержит достаточное для достижения терапевтического эффекта количество специфических противогерпетических антител.

Первым препаратом, обладающим противовирусным действием, стал интерферон. Широкий спектр противовирусной активности, отсутствие резистентных к интерферону штаммов вирусов предопределили перспективу его использования как средства этиопатогенетической терапии простого герпеса.

Свое развитие идея интерферонотерапии нашла в использовании индукторов эндогенного интерферона и создании генно-инженерных интерферонов.

Способностью индуцировать интерферон обладает большая группа природных и синтетических соединений. Индуцируют выработку интерферона иммуномодуляторы – левамизол, дибазол, витамин B_{12}, пирогенал, продигиозан, являющиеся препаратами выбора при лечении герпеса.

Изучение противовирусной активности ряда препаратов растительного происхождения, относящихся к классу полифенолов: алпизарина, флакозида, хелепина, – выявило их противовирусный эффект и интерфероиндуцирующую активность.

Именно индукцией интерферона объясняется положительный терапевтический эффект описываемых препаратов при многих вирусных заболеваниях (РГ, гриппе, аденовирусной инфекции), что позволяет рекомендовать их как для монотерапии в неосложненных случаях РГ, так и в комплексном лечении герпесвирусных инфекций, особенно у больных, страдающих частыми простудными заболеваниями и острыми респираторными вирусными инфекциями.

К середине 1980-х годов в результате достижений генной инженерии была создана целая серия рекомбинантных интерферонов, представляющих собой разные субтипы α_2-интерферонов. Для лечения разных форм РГ используется отечественный рекомбинантный альфа-2α интерферон (Реаферон), который выпускается в инъекционной форме.

Наиболее часто применяемый, в виде ректальных суппозиториев, интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2β (Виферон), обладает антивирусной, антипролиферативной и иммуномодулирующей активностью. При герпетической инфекции оптимально применение Виферона (1 000 000 МЕ) по 1 суппозиторию 2 раза в сутки через 12 ч в течение 10 дней. При рецидивах герпеса лечение может быть продолжено.

Анализ многолетних наблюдений за больными, страдающими РГГ, показывает, что наиболее выраженный терапевтический эффект достигается при комплексном подходе к терапии, который должен включать в себя несколько этапов:
1) противовирусная терапия в сочетании с иммунокоррекцией и интерферонотерапией с учетом данных иммунологического обследования и изучения интерферонового статуса;
2) противорецидивное лечение противогерпетической вакциной в сочетании с иммуномодуляторами и симптоматическое использование противовирусных препаратов;
3) применение адаптогенов, повторные курсы вакцинотерапии (ревакцинация), симптоматическое использование противовирусных препаратов.

Вместе с тем даже при таком комплексном подходе встречаются случаи с низкой терапевтической эффективностью, проявляющиеся:
1) торпидностью к проводимой терапии, когда, несмотря на проводимое противовирусное и иммунокорригирующее лечение, которое включает вакцинотерапию, частота и интенсивность рецидивов герпеса у больных остается прежней;
2) сохранением симптомов стойкого нарушения общего самочувствия (слабость, недомогание, психоастения) и снижения трудоспособности на фоне достигнутого в результате лечения выраженного улучшения в клиническом течении РГ (уменьшение частоты и длительности рецидивов).

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.