

ВЕНЕРОЛОГІЯ

УДК 618.15+616.523]-085-091

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Р.Ф.Айзятулов, В.В.Юхименко, Н.В.Ермилова

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: генитальный герпес, этиология, клиника, лечение, ацикловир стада, лавомакс.

Актуальность темы. Генитальный герпес относится к числу наиболее распространенных инфекций мочеполовой сферы, характеризуется хроническим рецидивирующим течением, серьезными осложнениями со стороны органов малого таза, нарушением репродуктивной функции, внутриутробным инфицированием плода и новорожденных, трудно поддаются проводимым методам лечения, нередко вызывают психосоматические расстройства и поэтому являются важной проблемой медицины [1, 3, 5, 10, 13, 16, 17, 18]. Возбудителем является вирус простого герпеса (ВПГ) - фильтрующий вирус размером около 180 нм, который относится к семейству *Herpetoviridae* и роду *Herpesvirus* [2, 6, 8, 11]. Идентифицированы 2 типа вируса простого герпеса: ВПГ типа 1 вызывает клинические проявления в полости рта, а ВПГ типа 2 в большинстве случаев генитальная инфекция, хотя в последние годы многие сексуально-активные люди инфицированы одновременно ВПГ типа 1 и ВПГ типа 2 [2, 4, 5, 6]. В настоящее время приблизительно 65-90% взрослых людей и детей инфицированы ВПГ, и лишь у 20% из них выявляются клинические проявления [5, 7, 8, 9, 11]. При герпетической инфекции могут поражаться кожа и слизистые оболочки, центральная нервная система (энцефалит, менингоэнцефалит, энцефаломиелит миелит), глаза (кератит, конъюнктивит, увеит), печень (гепатит),

половые органы [2, 3, 6, 8, 10]. По данным Всемирной организации здравоохранения генитальный герпес (ГГ) занимает 3-е место среди инфекций, передающихся половым путем (после гонореи и негонококковых уретритов), а его частота не контролируется в виду наличия значительного количества асимптомных форм, достигающих в некоторых случаях до 40-80% [3, 5, 9, 13]. Официально регистрируемая заболеваемость ГГ в Украине в среднем составляет 15 случаев на 100 тысяч населения в год, но эти данные не полные и есть основания предполагать, что заболеваемость простым герпесом в Украине выше и достигает 80-100 случаев на 100 тысяч населения в год [3, 7, 9]. Значительное увеличение и распространение ГГ может быть связано со снижением количества людей с антителами к ВПГ-1, широким распространением орального секса, увеличением числа половых партнеров, не соблюдение безопасного секса и широкое распространение гомосексуальных связей [1, 3, 4, 5, 9, 13]. Передача ГГ происходит при генитальных, орогенитальных и анальных сексуальных контактах; от лиц с клиническими проявлениями и от лиц без симптомов заболевания на момент полового контакта (вирусоносители), которые не знают о своем инфицировании [3, 5, 9, 13]. Клиническим проявлениям и рецидивированию ГГ способствуют снижение иммунитета, тяжелые сопутствующие болезни, переохлаждение и перегревание организма, стрессовые ситуации и др. [5, 9, 13]. Некоторые авторы относят герпесвирусы к онкогенным вирусам, указывая на связь злокачест-

венных новообразований шейки матки и предстательной железы с ВПГ типа 2 или с ассоциациями других вирусов и микроорганизмов [2, 5, 8, 12]. Герпесвирусы могут циркулировать в организме с нормальной иммунной системой бессимптомно, однако у пациентов с иммуносупрессивным статусом не исключена возможность развития тяжелых осложнений с летальным исходом [5, 7, 8, 10, 15]. До настоящего времени многие вопросы лечения и профилактики ГГ разработаны в недостаточной мере, что приводит к необходимости поиска новых, эффективных, доступных по цене, безопасных способов и методов лечения с применением современных медикаментозных препаратов [1, 3, 5, 9, 14].

Цель исследования – предложить врачу практического здравоохранения новые современные препараты для лечения ГГ с указанием оптимальных суточных доз и продолжительности лечения.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 20 пациентов (мужчин – 11, женщин - 9) в возрасте от 18 до 53 лет с диагнозом генитальный герпес. Больные предъявляли жалобы на высыпания в области половых органов. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, клинической картины и результатов лабораторных исследований. При объективном исследовании на эритематозно-отечном фоне кожи и слизистых оболочек отмечались множественные или единичные сгруппированные везикулы с серозным содержимым, пустулы, красно-розовые округлые эрозии или язвы с мелкофестончатými краями. У женщин сыпь локализовалась в области больших и малых половых губ, вульвы, влагалища; у мужчин - на половом члене, головке полового члена, внутреннем листке крайней плоти. Пациенты предъявляли жалобы на зуд, жжение, болезненность в области высыпаний. У некоторых отмечались недомогание, головные боли, субфебрильная температура.

Результаты и их обсуждение. До настоящего времени лечение генитального герпеса остается недостаточно эффективным, что очевидно определяется не пол-

ным пониманием патогенеза, клинической формой, тяжестью течения, частотой рецидивов, наличием осложнений, и поэтому актуальной проблемой является разработка новых эффективных методов терапии, что представляет затруднения из-за способности вирусной инфекции персистировать в организме человека, находиться длительно в латентном состоянии и реактивировать под влиянием внутренних и внешних неблагоприятных факторов [1, 2, 4, 6, 8]. Следует отметить, что эффективность противовирусных средств при остром процессе становится выше в том случае, если они раньше назначены (в продромальный период или в первые сутки заболевания). Наибольший эффект отмечается, когда лечение начинают сами пациенты, так как врачи в большинстве случаев назначают препараты на 48 час позже. Такой подход позволяет облегчить клиническое течение, предотвратить возникновение осложнений, ограничить прием противовоспалительных и антибактериальных средств, сократить сроки излечения пациентов.

Терапевтическая тактика заключается в купировании острых симптомов, проведении контроля рецидивов (уменьшение частоты, сокращение длительности и тяжести), исключении передачи ГГ половым партнерам; препятствовании реактивации вируса [1, 2, 4, 7, 9, 10, 11]. Персистенция ВПГ в организме и, формирование вследствие этого специфического иммунодефицита (нарушение функции лимфоцитов, моноцитов и продуцирования лимфокинов) указывают на целесообразность введения в комплексную терапию препаратов с иммуномодулирующими свойствами [7, 8, 9, 10, 11].

В клинике кожных и венерических болезней Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького при комплексном лечении ГГ применялись препараты Ацикловир Стада “Нижфарм” и Лавомакс. После приема внутрь препарата Ацикловир Стада, ацикловир проникает в инфицированные вирусами герпеса клетки, происходит фосфорилирование ацикловира в ацикловир монофосфат с участием фермента тимидинкиназы, который нахо-

дится в инфицированных вирусом клетках. Ацикловир монофосфат превращается в ацикловир трифосфат, который обладает противовирусной активностью. Затем происходит ингибирование активности фермента вирусной полимеразы, что приводит к ингибированию синтеза вирусной ДНК и соответственно к ингибированию репликации вируса. Ацикловир Стада при первом обострении назначался по 200 мг 5 раз в день или по 400 мг 3 раза в сутки в течение 7-10 дней. При лечении рецидивов по 200 мг 5 раз в сутки или по 400 мг 3 раза в сутки или по 800 мг 2 раза в день (5-10 дней). Супрессивная терапия назначается пациентам при 6-8 и более обострениях в год - по 200 мг 4 раза в сутки или по 400 мг 2 раза в сутки в течение 3-12 мес.

Иммунокорректирующий препарат Лавомакс назначался внутрь первые 2 дня по 1 таблетке (0,125 г) 1 раз в сутки, затем 0,125 г 1 раз в 2 дня (на курс 2,5 г), который обладает свойством индуцировать продукцию интерферона 3 типов: α -, β - и γ -интерферона. Противовирусное действие Лавомакса реализуется в результате α - и β -интерферон продуцирующего эффекта, что приводит к угнетению внутриклеточного размножения вирусов в инфицированных клетках и защите неинфицированных от проникновения вирусов. Отличием Лавомакса от других индукторов интерферона является способность длительно сохранять терапевтический уровень интерферонемии (до 8 недель после лечения), что способствует профилактике рецидивов ГГ. Иммуностимулирующий эффект Лавомакса обусловлен γ -интерферониндуцирующим дей-

ствием, что вызывает активацию Т-лимфоцитов, усиление антителообразования и стимуляцию фагоцитоза макрофагами. Согласно клиническим наблюдениям лечение пациенты переносили хорошо, побочных явлений в процессе лечения не было выявлено. Чувство боли, жжения проходили в среднем через 3-4 дней, уменьшение и исчезновение отека кожи и слизистых через 3-5 дней, гиперемия проходила через 4-5 дней. Клиническое выздоровление наступало на 7-8 дни лечения, значительное улучшение на 4-5 дни лечения. После окончания курса лечения для предотвращения рецидивов ГГ пациентам рекомендовалось соблюдение профилактических мероприятий, закаливание организма, общеукрепляющая терапия. В период острых проявлений до исчезновения симптомов генитального герпеса воздержание от половой жизни или использование презерватива.

Выводы. Полученные результаты клинических исследований позволяют утверждать, что комплексное лечение генитального герпеса с применением препаратов Ацикловир Стада и Лавомакс является эффективным и доступным, хорошо переносится, не вызывает побочных явлений. После проведенной терапии наступало излечение (исчезновение субъективных ощущений, регресс высыпаний). Широкое применение препаратов Ацикловир Стада и Лавомакс при лечении генитального герпеса в амбулаторных и стационарных условиях в практике лечебных учреждений будет способствовать излечению больных.

Список литературы

1. Айзятупов Р.Ф. Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика). – Киев, 2003. – 128 с.
2. Айзятупов Р.Ф. Клиническая дерматология (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение): Иллюстрированное рук-во. – Донецк: Донеччина, 2002. - 432 с.
3. Айзятупов Р.Ф. Сексуально-трансмиссивные заболевания (этиология, клиника, диагностика, лечение). – Донецк: Каштан, 2004. - 400 с.
4. Айзятупов Р.Ф. Справочник дерматовенеролога (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Иллюстрированное рук-во. – Донецк: Каштан, 2008. - 404 с.
5. Айзятупов Ю.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии. – Донецк: Каштан, 2010. – 560 с.

6. Баринский И.Ф., Шубладзе А.К., Каспаров А.А., Гребенюк В.Н. Герпес (этиология, диагностика, лечение). – Москва: «Медицина», 1986. – 272 с.
7. Змейчук И.Я., Ющишин Н.И., Семенуха К.В. Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 1998. - № 1. – С. 100-106.
8. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека: Руководство для врачей. – В.Новгород-СПб., 2006. – 303 с.
9. Калюжна Л.Д., Бардова К.О. Доцільність застосування протирецидивної терапії у хворих на генітальний герпес // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. - № 1 (44). – С. 119-124.
10. Кожные и венерические болезни: Рук-во для врачей в 4-х т. / Под ред. Ю.К.Скрипкина. – М.: Медицина, 1996. - Т. 4. - 352 с.
11. Крапивница. Вирусные дерматозы / Под ред. Е.В.Соколовского. – СПб.: “СОТИС”, 2000. – 160 с.
12. Противовирусные препараты. Рук-во для врачей и фармацевтов / Под ред. М.Г.Романцова. – СПб., 1996. – 57 с.
13. Скрипкин Ю.К., Шарاپова Г.Я., Селицкий Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем. Практ. рук-во. – М.: “МЕДпресс-информ”, 2001. – 368 с.
14. Тищенко М.С., Серебряков М.Ю., Вронов А.В., Серебряков Д.Ю. Лечение больных герпетической инфекцией. // Terra Medica Nova. – 2006. - № 4. - С. 40-44.
15. Benedetti J, Zeh J, Selke S, Corey L. Frequency and reactivation of nongenital recurrences among patients with genital herpes simplex virus. Am J Med 1995; 98: 237-242.
16. Fleming DT, McQuillan GM, Johnson RE et al. Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976 to 1994. N Engl J Med 1997; 337: 1105-1111.
17. Leung DT, Sacks SL. Current recommendations for the treatment of genital herpes. Drugs 2000; 60: 1329-1352.
18. Wheeler CE J. The herpes simplex problem. J Am Acad Dermatol 1998; 18 (Part 2):163-168.

УДК [618.3+616-053.31]-022.7/9:576.893.161.21]-07-08-084

ИНВАЗИЯ *TRICHOMONAS VAGINALIS* БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Г.И.Мавров, Т.В.Осинская, Т.В.Губенко

ГУ “Институт дерматологии и венерологии АМН Украины”, Харьков

Ключевые слова: *Trichomonas vaginalis*, эпидемиология, диагностика, клиника, беременные женщины.

Актуальность темы. Впервые у беременных женщин *T. vaginalis* были выявлены И.П.Лазаревичем в 1870 г. По разным оценкам, трихомоноз беременных женщин колеблется в пределах 1-50%, при этом, в 2-40% случаев возможно ее прерывание, а в 1,5-11% – преждевременные роды. Урогенитальный трихомоноз беремен-

ных представляет собой в большинстве случаев смешанный протозойно-бактериальный процесс с частым присоединением грибковой инфекции. В частности, трихомонадно-гонорейная ассоциация встречается у 48% беременных, а у ВИЧ-инфицированных – у 18% [1-16]. Однако, и на сегодняшний день вопросы об особенностях трихомонадной инфекции у беременных женщин, а также ее влияние на течение беременности, роды и послеродо-