

© Г.Т. Сулейманова

УДК 618.2-06, 616-08-031.81: 616-08-035

**Г.Т. Сулейманова**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей  
им. А. Алиева (г. Баку)**

Работа является самостоятельно выполняемой кандидатской диссертацией « Клинико-иммунологические аспекты генитального герпеса беременных и современная терапия».

**Вступление.** Генитальный герпес (ГГ), являясь одним из широко распространенных заболеваний в мире, представляет собой важную медицинскую и социальную проблему. По данным ВОЗ, ГГ занимает третье место по распространенности среди инфекций передающихся половым путем [14]. У женщин во время беременности ГГ может явиться причиной гибели плода, мертворождения, преждевременных родов. Герпесвирусы вызывают до 30% спонтанных аборт на ранних сроках беременности и свыше 50% поздних выкидышей [19].

Несмотря на разнообразный арсенал специфических и неспецифических противогерпетических средств, герпес до сих пор остаётся плохо контролируемой инфекцией, поскольку современная медицина не располагает методами полного удаления вируса простого герпеса (ВПГ) из организма человека.

В настоящее время используется комбинированная схема лечения ВПГ, включающая в себя базисную терапию (подавление репликации вируса) и препараты, повышающие резистентность макроорганизма [11].

Выбор метода лечения определяют частота рецидивов и тяжесть клинических симптомов, состояние иммунной системы, риск передачи инфекции половому партнёру или новорождённому, психосоциальные последствия инфекции [3,4].

Существуют три основных подхода в лечении ГГ: противовирусная химиотерапия, иммунотерапия и комбинация этих методов [8,16].

При применении противовирусной химиотерапии основное место отводится аномальным нуклеозидам и, в первую очередь, ацикловиру [17]. Механизм действия ацикловира складывается из трех основных компонентов: 1) ациклоvir высокоспецифичен ферментам герпес-вирусов - этим обусловлены его высочайшая избирательность противогерпетического действия и невмешательство в биохимические процессы организма; 2) тимидинкиназа герпес-вирусов в тысячи раз быстрее, чем клеточная, связывается с ацикловиrom, поэтому фосфорилированный ациклоvir накапливается практически только в инфицированных клетках (в остальных клетках его содержание не более 1%), что объясняет отсутствие цитотоксических, тератогенных и мутагенных свойств; 3) ДНК-полимеразы

вируса ошибочно включает фосфорилированный ациклоvir вместо естественного дезоксирибонуклеозидтрифосфата в концевые участки новых вирусных ДНК, и процесс сборки вирусных ДНК прекращается [19]. Исследователи отмечают, что применение нуклеазидов обрывает процесс репликации вирусов на любой стадии и новые генерации вирусов не образуются. Будучи включенным в какой-либо участок новой ДНК, ациклоvir никогда не заменяется естественным гуанином [20].

В ходе научных исследований было показано, что наибольшая эффективность ацикловира (79% по сравнению с плацебо) при превентивной терапии достигается при приеме препарата в дозе 200 мг 4 раза в день. Однако дозировка ацикловира 400 мг 2 раза в день при несколько меньшей эффективности стала стандартной в США благодаря оптимальному сочетанию эффективности и удобства [24].

Применяются 2 методики перорального применения синтетических аналогов нуклеозидов: эпизодическое применение (курс 5-10 дней), с целью купирования проявлений обострения заболевания; супрессирующая, или превентивная терапия (назначение препарата на месяцы и годы, но в более низких дозах, чем при эпизодическом лечении) с целью предупреждения рецидивов [25]. Имеются сведения, что в среднем у 5-7% пациентов (в действительности, вероятней, в большем проценте случаев), страдающих рецидивирующей ГИ, в процессе лечения развивается резистентность к ацикловиру или препарат изначально не оказывает ожидаемого эффекта [27].

В последние годы для клинической практики предложены два новых ациклических нуклеозида - валациклоvir (валтрекс) и фамциклоvir, в которых преодолен основной недостаток ацикловира - низкая биодоступность при пероральном применении.

Благодаря высокой биодоступности валтрекс является лидером по комплаентности среди аналогов нуклеозидов. W.W. Andrews et al. приводят результаты оценки эффективности валацикловира в терапии беременных (36 нед.) женщин с текущим ГГ. Из обследованных 57 получали препарат 2 раза в день орально и 55 женщин - плацебо. Авторы отмечают, что число женщин с рецидивирующим ГГ в группе с валацикловиrom было значительно меньше (10,5%, против 27,3%). При этом у новорожденных этой группы симптоматической врожденной инфекции ВПГ не отмечалось. По мнению авторов, терапия валацикловиrom, начавшейся с 36 недель беременности женщинам с ГГ, сокращала количество

женщин с последующими клиническими повторами ВПГ [15]. L. Corey et al. показали, что прием валтрекса по 500 мг в день в непрерывном режиме является самой комплаентной схемой превентивной терапии ГГ. [18]

Фамцикловир обладает рядом существенных преимуществ в сравнении с ацикловиром. Это прежде всего высокий аффинитет к тимидинкиназе, значительное блокирование синтеза ДНК *in vitro* в инфицированных клетках, более выраженное блокирование репликации вируса между периодами приема препарата. Время, необходимое для достижения максимальной концентрации препарата, почти в 2 раза меньше, чем у ацикловира, соотношение концентрации препарата в клетках, пораженных вирусом, к концентрации в здоровых клетках составляет 16,95:1 [10].

Тератогенных эффектов ацикловира и валтрекса при приеме во время беременности не отмечено. Однако у некоторых пациентов, страдающих ГГ, в процессе лечения развивается резистентность к ацикловир содержащим препаратам или они изначально не оказывают лечебного действия. Показано, что механизм возникновения резистентности связан со снижением активности или отсутствием вирусной тимидинкиназы [22].

За последние 10 лет увеличилось число исследований, в которых показано, что изоляты ВПГ-2, полученные от пациенток с продолжающимися рецидивами ГГ на фоне длительной супрессивной терапии (более 4 мес), обладают резистентностью по отношению к ацикловиру [1].

По мнению многих исследователей, раннее назначение противовирусных средств системного и местного действия способствует более эффективному и продолжительному подавлению репродукции вируса [21].

В настоящее время только 27% пациентов с диагнозом ГГ получают противовирусную терапию, из них треть - местное лечение. Если учесть, что 60% пациентов имеют атипичную форму инфекции, то в целом около 95% пациентов с клиническими проявлениями ГГ вообще не получают лечения [16].

Применение исключительно противовирусной химиотерапии не позволяет достигнуть адекватного контроля над инфекцией и наиболее оптимальным следует считать комплексный подход в лечении пациентов, страдающих рецидивирующей ГИ. Герпесвирусная инфекция характеризуется развитием вторичного иммунодефицита с избирательным поражением клеток макрофагально-моноцитарного ряда, дефектом в системе цитокинов. В связи с этим, особое значение приобретают препараты, сочетающие иммуностимулирующее и противовирусное действие, для лечения хронического рецидивирующего герпеса [16]. В то же время, большинство специалистов отдают предпочтение противовирусной химиотерапии, так как применение иммуномодулирующих препаратов, по их мнению, нецелесообразно в связи с несформированной окончательно концепцией иммунодефицита, возникающего при

ГГ [12]. Другие исследователи, в частности, российские специалисты, считают правомочным применение иммуномодулирующих средств с целью блокады персистенции вируса, но иммуномодуляторы, по их мнению, должны применяться после предварительного изучения количества и функционального резерва клеток-мишеней иммунной системы, так как ограничение иммунного ответа, вызванное специфическим иммунодефицитом, не может быть преодолено слабым неспецифическим стимулом. Наиболее перспективным им представляется сочетание или последовательное использование химиопрепаратов и иммунотерапии [10].

В литературе представлены результаты И.Ю. Коккая и соавт. [6], которые начиная с 36 нед беременности 30 женщинам с цервикальной экскрецией ВПГ с целью профилактики интранатального инфицирования плода назначали препарат ацигерпин в виде крема 5% и таблетированных форм. У всех пролеченных беременных роды велись через естественные родовые пути. Течение родового акта осложнилось родовым излитием околоплодных вод у 8 женщин, слабостью родовых сил (первичной и вторичной) в 6 случаях [6]. Согласно полученным результатам, авторы заключают, что применение препарата ацигерпин в III триместре беременности у женщин с цервикальной экскрецией ВПГ способствует быстрой элиминации вируса, дает возможность проведения родов через естественные родовые пути с рождением детей без признаков ГИ [6].

В настоящее время очевидно, что адекватная фармакотерапия больных рецидивирующей ГИ, особенно тяжелого течения, без применения грамотно подобранных иммуотропных средств невозможна [26]. Данная ситуация осложняется отсутствием единых унифицированных протоколов и стандартов иммуотропной фармакотерапии, что предопределяет необходимость их разработки на основании сведений о характере иммунологических нарушений при ГИ и фармакологических особенностях препаратов, включая показатели фармакоэкономической эффективности.

Имеются данные относительно применения препарата полиоксидоний в терапии ГГ тяжелого течения. Подчеркивается, что полиоксидоний оказывает иммуномодулирующий эффект, в первую очередь зависящий от исходного состояния фагоцитарного звена иммунной системы [13].

Комбинированное использование химиопрепаратов с различными механизмами противовирусного действия препятствует появлению резистентных штаммов ВПГ. Применение интерферонов (ИФН) и их индукторов в сочетании с аналогами нуклеозидов и иммуномодуляторами позволяет комплексно решать вопросы терапии простого герпеса, особенно при планировании беременности у пациенток с тяжёлым течением ГГ, невынашивании беременности и обнаружении в крови аутоиммунных маркёров (волчаночного антикоагулянта, анти-тела (АТ) к хорион гонадотропина человека (ХГЧ), антикардиолипиновых и антифосфолипидных АТ).

Российские авторы рекомендуют комбинировать терапию противовирусными препаратами и иммуноглобулином: специфический противогерпетический иммуноглобулин, внутримышечно 3 мл 1 раз в 5 дней, 5 инъекций; иммуноглобулин человека нормальный, внутривенно капельно по 0,2–0,5 г/кг (>25 мл) через день, 3 инфузии [4]. При обострении ГГ во время беременности лечение проводят 3 курсами внутривенного введения иммуноглобулинов в I, II, III триместрах. В III триместре беременности допустимо использование нуклеозидных аналогов по стандартной схеме (ацикловир, валацикловир). Выбор метода и срока родоразрешения индивидуален и зависит от клинической формы и тяжести течения процесса [23].

Применение препаратов иммуноглобулинов человека является одним из перспективных подходов профилактики и лечения герпес-вирусных заболеваний. Использование их в терапии стало возможным с тех пор, как Кон и соавт. в 1946 г. впервые описали метод выделения иммуноглобулинов из плазмы людей, позже получивший известность как фракционирование по Кону. Защитное действие специфических антител при герпесвирусной инфекции связывают с активацией комплементопосредованного лизиса и антителозависимой клеточной цитотоксичности (АЗКЦ) в отношении инфицированных клеток. Герпесспецифические антитела, участвующие в реакции АЗКЦ, принадлежат в основном к 1-му и 3-му подклассам IgG, присутствующим в большинстве сывороток больных герпесом. Антитела, появляющиеся в сыворотке в результате активной или пассивной иммунизации или вследствие инфекции, способны в значительной степени ограничивать вируемию и тем самым влиять на распространение вируса в организме. При этом нейтрализация вируса наиболее эффективно проявляется в первые часы с момента заражения, когда вирус еще не внедрился в клетки [23].

Вначале были доступны лишь иммуноглобулины для внутримышечного применения, так называемые стандартные иммуноглобулины. Но наибольшее распространение клиническое применение иммуноглобулинов получает с момента создания фармакологических форм для внутривенного введения, особенно высокообогащенных гипериммуноглобулинов. Были продемонстрирована эффективность использования в клинике препаратов стандартного иммуноглобулина для лечения ГГ. Причем данный препарат давал хороший эффект в виде монотерапии и комбинированного использования с химиопрепаратами и вакцинотерапией [9].

Пассивная иммунизация специфическими противогерпетическими иммуноглобулинами (СПИГ) в титре 1:320; 1:640 была проведена 38 пациенткам с острыми проявлениями ГГ: по 2 дозы СПИГ с интервалом в 3–4 дня на курс 5 внутримышечных инъекций. Исследование Л.А. Марченко и И.П. Лушковой демонстрирует увеличение продолжительности межрецидивного периода после комбинированного использования иммуноглобулина направленного

действия и вакцинотерапии у больных с типичными проявлениями ГГ в 3–4 раза. Отдаленные результаты наблюдения показали, что у 3 из 21 леченных рецидивов не было 18 мес, у 3 – ремиссия продолжалась до 6 мес, у 11 – от 3 до 6 мес, у 2 – эффекта не было. Ранее у обследованных обострения были каждые 15 – 90 дней. Побочные явления в виде тошноты, слабости и подъема температуры тела до 39°C выявлены в 2 случаях [7].

Существующая в России противогерпетическая вакцина на основе инактивированного вируса прошла успешные испытания, однако, при ее применении, существует вероятность реактивации вируса в случае его неполной инактивации [2]. В других странах разрабатывают вакцины против герпеса с использованием различных подходов. Один из них основан на получении индивидуальных рекомбинантных вирусных белков. Как показали испытания в США, субъединичные вакцины на основе вирусных белков обеспечивают лишь частичную защиту от первичного заражения и приводят к незначительному сокращению рецидивов заболевания у людей, страдающих генитальным герпесом [28].

В последнее десятилетие клиницисты все чаще используют немедикаментозные, поливалентно действующие, эфферентные методы лечения, в частности эндоваскулярное лазерное облучение крови, плазмаферез, а также озонотерапию, позволяющие повысить эффективность терапии ГГ [5]. Установлено, что озон в терапевтических дозах действует как иммуномодулирующее, противовоспалительное, бактерицидное, противовирусное, фунгицидное, антистрессовое, анальгезирующее средство [5]. Однако исследований по применению озонотерапии при ГИ недостаточно.

Таким образом, Европейское региональное бюро ВОЗ относит ГИ в группу болезней, которые определяют будущее инфекционной патологии. Инфицированность и заболеваемость герпесом в общей популяции опережает скорость прироста населения Земли. В настоящее время отмечается значительный рост заболеваемости населения вирусными инфекциями, в том числе и женщин в период беременности. При этом острые (первичные) вирусные инфекции могут приводить как к потере беременности, так и к рождению детей с различными нарушениями в развитии. Хронические (латентные) инфекции, которые часто прогрессируют на фоне гестационной иммуносупрессии, редко приводят к порокам развития плода, однако частота патологии беременности (синдром потери плода, фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода) коррелирует с таковой при острых вирусных заболеваниях.

Несмотря на заметный прогресс в научном и клиническом понимании ГИ при беременности, исследования, уточняющие и определяющие вклад иммуноцитов и цитокинов в патологический процесс, позволяющие оптимизировать программы иммуноориентированной противовирусной терапии, остаются актуальными.

Известно, что у пациентов с герпесвирусными заболеваниями отмечается дефект специфического противогерпетического иммунитета. Однако, на сегодняшний день не определена роль защитных иммунологических механизмов для течения ГИ; изменения в иммунном статусе у больных субклинической формой ГГ также изучены недостаточно.

Генитальным герпесом поражены миллионы людей во всем мире, данное заболевание приводит к нетрудоспособности и обуславливает значительную экономическую нагрузку для больных, их семей и общества в целом. Уточнение механизмов цитокиновой регуляции, которые лежат в основе развития иммуноопосредованных воспалительных заболеваний, в том числе ГИ, приводит к разработке прицельных стратегий лечения. Течение генитальной ГИ характеризуется нарушением регуляции иммунитета, хроническим воспалением и повреждением тканей, что позволяет определить данное заболевание в группу иммуноопосредованных воспалительных заболеваний. Дискутабельным вопросом является использование иммуноотропных

препаратов в программах лечения ГИ. В литературе отсутствуют комплексные данные о степени коррекции цитокиновых нарушений иммуногенеза, герпетической вакцины и противогерпетического иммуноглобулина в терапии ГИ в период планирования и течения беременности. Актуальным является изучение особенностей локальной и системной цитокиновой регуляции, обоснование и разработка схем иммуноотропной терапии при рецидивирующей ГИ у беременных женщин.

Данные литературы, характеризующие закономерности локальной и системной продукции Th1 и Th2 цитокинов при ГИ у беременных немногочисленны и неоднозначны. Нет единого мнения о причинной значимости и роли ГИ матери в развитии иммунных нарушений у самой женщины, патологии беременности и плода.

Таким образом, до настоящего времени мы не располагаем достаточными знаниями в области эпидемиологии и иммунологии ГИ с учетом особенностей их течения при беременности.

### Список литературы

1. Баринский И.Ф. Вакцины как средство иммунокоррекции при герпетических вирусных инфекциях / И.Ф. Баринский, А.А. Каспаров, М.А. Самгин [и др.] // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2007. - №1, прил.: Герпес. - С. 26-29.
2. Башур Г.В. Особенности иммунно-воспалительного процесса при генитальной герпетической инфекции : дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / Г.В. Башур. - Новосибирск, 2006. - 120 с.
3. Европейское руководство по лечению генитального герпеса // Инфекции, передаваемые половым путем. - 2003, №1. - С. 40-45.
4. Егорова Ю.С. Комплексное лечение генитального герпеса, ассоциированного с микст-инфекцией : автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / Ю.С. Егорова. - М., 2010. - 22 с.
5. Качалина Т.С. Озоновые технологии в акушерстве и гинекологии / Т.С. Качалина, Г.О. Гречканев. - М.: НГМА, 2007. - 292 с.
6. Кокая И.Ю. Опыт лечения рецидивирующего генитального герпеса в III триместре беременности / И.Ю. Кокая, Г.Н. Селиванова, З.Н. Макиян // Гинекология. – 2002. - Т.4, № 2. - С. 85-86.
7. Марченко Т.А., Лушкова И.П. Дифференцированная тактика ведения больных с генитальным герпесом / Т.А. Марченко, И.П. Лушкова // Гинекология. - 2005. - Т.7, № 3. - С. 28-31.
8. Наби-Заде К.Т. Комплексная противовирусная и иммунозаместительная терапия сочетанной герпетической инфекции: (Клинико-лабораторно-электромикроскопические исследования) : автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / К.Т. Наби-Заде. - М., 2003. - 20 с.
9. Попов В.Ф. Лекарственные формы интерферонов / В.Ф. Попов. - М.: Триада-Х, 2002. - 136 с.
10. Редькин Ю.В. Особенности применения иммуноотропных средств в фармакотерапии больных рецидивирующей герпетической инфекцией / Ю.В. Редькин, А.Ю. Одокиенко. - Омск.: изд. «Полиграфический центр», 2005. - 44 с.
11. Самгин М.А., Халдин А.А. Простой герпес (Дерматологические аспекты) / М.А. Самгин, А.А. Халдин. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 160 с.
12. Специфическая иммунопрофилактика и иммунотерапия инфекционных заболеваний / Метод. рекоменд. - Минск, БГМУ, 2009. - 84 с.
13. Шульженко А.Е. Иммуномодулятор полиоксидоний новое направление в лечении HSV-2 инфекции при ее резистентности к ациклическим нуклеозидам / А.Е. Шульженко // Иммунология. – 2000. - № 5. - С. 29-32.
14. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Management of herpes in pregnancy // Obstet Gynecol. – 2007. - Vol.109. - P. 1489–1498.
15. Andrews W.W. Valacyclovir therapy to reduce recurrent genital herpes in pregnant women / W.W. Andrews, D.F. Kimberlin, R. Whitley [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2006. - Vol.194, № 3. - P. 774-781.
16. Apoola A. Antiviral treatment of genital herpes / A. Apoola, K. Radcliffe // Int. J. STD AIDS. - 2004. - Vol. 15, № 7. - P. 429-433.
17. Cernik C. The treatment of herpes simplex infections: An evidence-based review / C. Cernik, K. Gallina, R.T. Brodell // Arch. Intern. Med. – 2008. - Vol.168, №11. - P. 1137-1144.
18. Corey L. Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes / L. Corey, A. Wald, R. Patel [et al.] // The New England Journal of Medicine. – 2004. - Vol.350. - P. 11-20.
19. Gardella C. Rapid polymerase chain reaction assay to detect herpes simplex virus in the genital tract of women in labor / C. Gardella, M.L. Huang, A.Wald [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2010. - Vol.115. - P. 1209–1216.
20. Gynaecologists RCoOa. Management of genital herpes in pregnancy // Green-top Guideline. – 2007. - № 30. - P. 1–9.

21. Jones C.A. Management of herpes simplex virus infections / C.A. Jones, D. Isaacs // *Current Paediatrics*. – 2004. - Vol. 14, № 2. - P. 131-136.
22. Kabra N.S. Acyclovir prophylaxis to prevent herpes simplex virus recurrence at delivery: a systematic review / N.S. Kabra, L. Thabane // *Obstet. Gynecol.* – 2004. - Vol. 103, № 5. - P. 1004-1005.
23. Koelle D.M. Vaccines for herpes simplex virus infections / D.M. Koelle // *Curr. Opin. Investig. Drugs*. – 2006. - Vol.7, №2. - P. 136-1341.
24. Levitsky J. US Acute Liver Failure Study Group: Detection and diagnosis of herpes simplex virus infection in adults with acute liver failure / J. Levitsky, A.T. Duddempudi, F.D. Lakeman [et al.] // *Liver Transpl.* – 2008. - Vol.14, №10. - P. 1498-1504.
25. Martin E.T. A pooled analysis of the effect of condoms in preventing HSV-2 acquisition / E.T. Martin, E. Krantz, S.L. Gottlieb, A.S. Magaret [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 2009. - Vol.169, № 13. - P. 1233-1240.
26. Perfect M.M. Use of complementary and alternative medicine for the treatment of genital herpes / M.M. Perfect, N. Bourne, C. Ebel, S.L. Rosenthal // *Herpes*. – 2005. - Vol. 12, № 2. - P. 38-41.
27. Stone K.M. Pregnancy outcomes following systemic prenatal acyclovir exposure: Conclusions from the international acyclovir in pregnancy registry, 1984–1999 / K.M. Stone, R. Reiff-Eldridge, A.D. White [et al.] // *Birth. Defects Res. A Clin. Mol. Teratol.* – 2004. - Vol.70. - P. 201-207.
28. Whitley R. Single-day famciclovir therapy for recurrent genital herpes / R. Whitley, F. Diaz-Mitoma, K. Hamed // *Curr. Med. Res. Opin.* – 2006. - Vol.22, № 7. - P. 1307-1310.

**УДК** 618.2-06, 616-08-031.81: 616-08-035

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Сулейманова Г. Т.**

**Резюме.** Рассмотрены основные подходы в лечении генитального герпеса (ГГ): противовирусная химиотерапия, иммунотерапия и комбинация этих методов. Указано, что применение только противовирусной химиотерапии не позволяет достигнуть адекватного контроля над инфекцией и наиболее оптимальным следует считать комплексный подход в лечении пациентов, страдающих рецидивирующей герпесвирусной инфекцией (ГИ). Отмечается, что актуальным является изучение особенностей локальной и системной цитокиновой регуляции, обоснование и разработка схем иммунотерапии при рецидивирующей ГИ у беременных женщин.

**Ключевые слова:** беременные, генитальный герпес, лечение.

**УДК** 618.2-06, 616-08-031.81: 616-08-035

### **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПРИ ВАГІТНОСТІ**

**Сулейманова Г. Т.**

**Резюме.** Розглянуті основні підходи в лікуванні генітального герпесу (ГГ): протівірусна хіміотерапія, імунотерапія і комбінація цих методів. Вказано, що вживання лише протівірусної хіміотерапії не дозволяє досягти адекватного контролю над інфекцією, і найбільш оптимальним слід рахувати комплексний підхід в лікуванні пацієнтів, страждаючих рецидивуючою герпесвірусною інфекцією (ГІ). Наголошується, що актуальним є вивчення особливостей локальної і системної цитокинової регуляції, обґрунтування і розробка схем імунотерапії при рецидивуючій ГІ у вагітних жінок.

**Ключові слова:** вагітні, генітальний герпес, лікування.

**UDC** 618.2-06, 616-08-031.81: 616-08-035

### **Modern Approaches To Therapy Of Herpes Viral Infection In Pregnancy**

**Suleymanova G. T.**

**Summary.** The basic approaches in treatment of genital herpes (GH) are considered: antiviral chemotherapy, immunotherapy and a combination of these methods. It is specified, that application only antiviral chemotherapy does not allow to reach the adequate control over an infection and the optimal should consider the complex approach in treatment of the patients suffering of recurrent herpes viral infection (HVI). It is noticed, that studying of features local and system of cytokine regulation, a substantiation and working out of immunotherapy schemes are actual in recurrent of HVI in pregnant women.

**Key words:** pregnant women, genital herpes, treatment.

Стаття надійшла 23.11.2011 р.