

Лабиа́льный и генитальный герпес в практике семейного врача (клиническая лекция)

В.А. Туйнов, Е.А. Чебалина

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В статье отражен анализ литературы и результаты личного опыта относительно современных аспектов эпидемиологии, патогенеза, диагностики основных клинических форм и профилактики лабиального и генитального герпеса и его последствий.

Ключевые слова: герпес, диагностика, клинические формы, лечение.

1. Актуальность проблемы

Вирусы простого герпеса (*Herpes simplex virus*) – ДНК-содержащие вирусы; по антигенным свойствам делятся на две группы: ВПГ-1 (HSV-1) и ВПГ-2 (HSV-2). Инфекция, вызываемая ВПГ-1, получила название «лабиальный герпес», а заболевание, вызываемое ВПГ-2, названо «генитальный герпес» и отнесено в группу болезней, передающихся половым путем. Известно, что, несмотря на значительное сходство, эти вирусы отличаются по тропизму к тканям, по степени патогенности. (Пример: в сравнении с ВПГ-1 ВПГ-2 значительно чаще является причиной тяжелых энцефалитов).

Не следует также забывать, что названия «лабиальный» и «генитальный» герпес являются условными и в зависимости от возможных изменений в эпидемиологии болезней не всегда соответствуют истине. По этой причине при оформлении клинического диагноза следует всегда указывать не только клиническую форму болезни, но и вид вируса, вызвавшего ее. (Пример: «Герпетический, часто рецидивирующий афтозный стоматит ВПГ-2»).

Инфицированность взрослого населения герпес-вирусами в большинстве стран, в том числе в Украине, достигает 35–54 и даже 85%, а по данным некоторых авторов, продолжает расти. Так, значительный рост числа первично инфицированных ВПГ-2 среди беременных выявлен в Швеции [6], а в Англии число вновь заболевших с 1976 по 1996 г. возросло в четыре раза [6].

При развитии первичной герпес-инфекции на фоне беременности у этих женщин возникает реальный риск перинатальной герпес-инфекции плода (до 40–50%).

Социальная значимость герпес-инфекции подтверждена результатами скрининговых исследований распространенности инфекции у женщин детородного возраста (Швеция, Англия и др.). Показано, что на момент возникновения беременности значительная часть женщин (до 70%) в популяциях высокого социально-экономического статуса и до 35% в популяциях низкого социально-экономического статуса не имеют протективного иммунитета к ВПГ (IgG-anti-HSV – отр.), т.е. относятся к группе риска по первичному заражению [8]. Широкое распространение инфекции и ее социальную значимость подтверждают также результаты исследований, выявивших, в частности, что доля герпетических поражений плаценты составляет 18% [5].

Известно, что интенсивность эпидемического процесса при герпес-инфекции напрямую зависит, в том числе, от иммунного статуса населения. Следовательно, последствия техногенных катастроф, прогрессивное увеличение количества больных с активной ВИЧ-инфекцией, увеличение числа инъекционных токсикоманов и ухудшение качества жизни населения в отдельных регионах Украины предполагают

дальнейший рост инфицированности вирусами группы герпеса, а также увеличение количества людей, в том числе с тяжелыми манифестными формами.

2. Введение

Внедрение в практику новых разработанных серологических, иммунологических и генетических методов диагностики инфекционных болезней, в том числе герпес-инфекции, обусловило рост количества врачебных ошибок в лечебной тактике. Анализ диагнозов и анамнеза заболевания у пациентов с герпес-инфекцией, направленных в клинику на консультацию, выявил:

- ошибки в формулировании диагноза были допущены у 78% пациентов (не учитывалась давность процесса, наличие предшествующей патологии, частота и тяжесть рецидивов и пр.);
- ошибки в определении объема лабораторного обследования выявлены у 45% больных;
- у 56% инфицированных вирусом герпеса произведена неправильная оценка данных лабораторного исследования, а у 0,75% женщин с генитальным герпесом были обнаружены ошибки в тактике ведения беременности;
- ошибки в стратегии ведения больных (игнорировался эпидемиологический анамнез; только с отдельными больными проводилось обсуждение правил приема лекарственных препаратов; не анализировалась клиническая значимость результатов обследования и пр.);
- при назначении лекарственных препаратов не учитывался социально-экономический статус пациентов (до 70% консультированных), что явилось причиной необоснованного снижения суточных доз препаратов, прерванного лечения и т.д.

Значимость проблемы герпес-инфекции для населения региона и страны в целом, выявленные недостатки в медицинской помощи и опыт работы, приобретенный в течение более 10 лет, явились основанием для написания настоящей клинической лекции как пособия для практикующих врачей.

3. Общие положения

3.1. Этиопатогенез

У заразившегося человека вирусы простого герпеса сохраняются в течение всей жизни. Свидетельством инфицированности являются наличие сывороточных специфических противогерпетических IgG. Такого субъекта принято называть «серопозитивный».

У людей с функционально полноценным иммунитетом противогерпетические антитела (IgG-anti HSV) обеспечивают достаточно надежную защиту и снижение интенсивности инфекционного процесса. Известно также, что у «серопозитивных» женщин при развитии беременности (даже с учетом формирования естественной иммунодепрессии беременных) такие высокоavidные антитела (IgG-anti-HSV), проникая через плацентарный барьер, защищают плод.

Персистенция вирусов герпеса в клетках-мишенях предполагает возможность его выхода из депо и повторения клинических проявлений, т.е. рецидива болезни. Рецидивы вероятны и возникают тем чаще, чем больше нарушается им-

мунный статус инфицированного, протекают с различной степенью тяжести и с различной локализацией очага (очагов) поражения.

Факторами, провоцирующими рецидивы, являются: перемена климата, переохлаждение, ожоги ультрафиолетом, психическое перенапряжение и травмы, заболевания вирусной и бактериальной природы, менструации и половые сношения, лечение иммунодепрессантами и цитостатиками, вторичный иммунодефицит любой этиологии, в т.ч. ВИЧ-инфекция и пр.

Вирусы простого герпеса характеризуются эпителио-нейротропизмом (подтверждено выявлением вирусных частиц в эпителиальных клетках кожи и слизистых, в эпителии конъюнктивы и слезных желез, в леммоцитах тройничного нерва и в нейронах тройничного узла, в клетках головного мозга, в ганглиях пояснично-крестцовых нервов и т.д.). Известно также, что ВПГ 1-го и 2-го типа не только инфицируют макрофаги, лейкоциты и эпителиоциты сосудов, но и размножаются в них. Факт переноса и рассеивания вирусов этой группы в организме болеющего человека доказан для макрофагов, нейтрофилов, моноцитов, эритроцитов и тромбоцитов.

Начальное размножение вируса происходит в клетках у входных ворот инфекции. Затем он проникает в регионарные лимфатические узлы, в кровь и разносится во внутренние органы и мозг. В клетки нервной системы ВПГ может проникать по периневральным пространствам. Персистенция ВПГ наблюдается не только в клетках очага поражения, в клетках нервных узлов и сплетений, регионарных по отношению к очагам поражения [2]. У первично инфицированных беременных, имеющих «физиологический» иммунодефицит, ВПГ способны вызывать поражение плаценты и эмболироваться в плод.

Решающая роль в противовирусной защите организма человека отводится специфическому клеточному иммунитету, опосредованному Т-лимфоцитами. У больных с первым эпизодом ВПГ-инфекции специфические IgM-anti HSV в диагностических титрах выявляются уже в течение первых трех недель болезни. В течение первых трех месяцев их титр снижается, а затем они обычно перестают выявляться. У переболевшего ВПГ-инфекцией определяются специфические IgG, и они выявляются у инфицированного пожизненно (нестерильный иммунитет). Специфические противогерпетические антитела класса G препятствуют прогрессированию болезни, но не предупреждают ее рецидивов [1]. Титры IgG-anti-HSV изменяются в зависимости от активности вируса. При активации ВПГ обычно наблюдается значительный прирост титров G-антител (до четырех раз и более в «парных сыворотках»); могут вновь появляться IgM-anti-HSV.

У больных хронической рецидивирующей ВПГ-инфекцией установлена слабая продукция эндогенного интерферона, наблюдается снижение специфического клеточного иммунитета, опосредованного Т-лимфоцитами, нарушен фагоцитоз [1].

3.2. Клинические формы болезни (приведенные ниже данные рекомендуется использовать при формировании «рабочего» клинического диагноза)

3.2.1. Заражение ВПГ-1 может проявиться как:

- а) локализованное заболевание:
 - с бессимптомным течением;
 - лабиальная форма;
 - назальная форма;
 - кератит, конъюнктивит, хориоретинит и т.д.;
 - гингивостоматит, афтозный стоматит, фарингит;
 - поражение кожи лица, кистей, туловища;
 - изолированное первичное поражение нервной системы (энцефалит);

б) генерализованная системная инфекция (может быть без первичных поражений кожи и слизистых):

- с поражением нервной системы (менингит, энцефалит);
- с поражением печени.

3.2.2. Заражение ВПГ-2 может проявиться как:

- бессимптомное заболевание;
- вульвовагинит, цервицит (вплоть до некротического);
- баланопостит, уретрит и т.д.;
- поражение малых и больших половых губ, полового члена;
- поражение кожи лобка, перианальной области, ягодиц, бедер, поясницы и т.д.;
- поражение слизистой мочевого пузыря, матки, маточных труб, придатков и т.д.

Возбудитель генитального герпеса (ВПГ 2-го типа) может быть причиной энцефалита (в т.ч. у беременных), выкидышей, внутриутробной гибели плода, преждевременных родов, околоплоцентарной гематомы. У беременных с генитальным герпесом, особенно при первичном инфицировании, риск инфицирования новорожденных значителен и варьирует от 40 до 75%.

Генитальный герпес часто ассоциируется с кандидозом и протекает под видом «молочницы», с гонореей, трихомонозом и др. УГИ.

Некоторые отдельные клинические формы герпес-инфекции

Острая форма ВПГ-инфекции – болезнь возникла впервые. Продолжительность заболевания не превышает трех месяцев. Титр IgM-anti HSV в «парных сыворотках, взятых с интервалом в 10–14 дней, возрастает от «нулевых» значений в 4 раза и более. В течение первых трех недель болезни титр IgG-anti-HSV остается «нулевым», затем констатируют его медленное увеличение. Одновременно наблюдается снижение специфических M-глобулинов.

Пример диагноза: «Острый врожденный герпетический менингоэнцефалит (ВПГ-1)»; «Острый приобретенный генитальный герпес (ВПГ-2), рецидивирующее течение». В подобных случаях также могут использоваться термины – «первый эпизод», или «первичный герпес».

Хроническая форма ВПГ-инфекции – эпизоды болезни были уже ранее, а в настоящее время имеет место или ее очередное проявление, или межрецидивный период. В крови выявляются диагностически значимые титры IgG-anti-HSV, а в случае рецидива инфекции – их увеличение в динамике. Специфических IgM-anti-HSV, как правило, нет.

Пример диагноза: «Хронический лабиальный герпес (ВПГ-1), рецидив»; «Хронический лабиальный герпес (ВПГ-2), стадия латенции».

Локализованная форма ВПГ-инфекции – очаг поражения один и занимает незначительную площадь.

Распространенная форма ВПГ-инфекции – очаг поражения занимает значительную площадь (например, высыпания поразили не только область верхней губы, но и нос, скуловую область, лоб). Этой форме сродни диссеминированная форма ВПГ-инфекции, когда у больного одновременно имеется несколько очагов поражения, расположенных в различных местах.

Генерализованная форма – у больного имеется не только наружный очаг поражения, но и поражение внутренних органов (ЦНС, печень, глаза и т.д.).

Латентная форма (или стадия, или инфекция, или период и т.д.) – стадия затишья и ложного благополучия или период ремиссии инфекции, период инфекции без явных клинических проявлений.

1. Рекомендации по общей стратегии и тактике при работе с больным герпесом

При первичном осмотре у каждого конкретного больного необходимо:

- установить полный клинический диагноз с указанием остроты процесса, клинической формы заболевания и его тяжести;
- определить наличие сопутствующей патологии;
- на момент осмотра установить действительное состояние иммунитета (активность Т-клеточного звена и состояния фагоцитоза);
- у больных с распространенным и генерализованным герпесом исключить вторичный иммунодефицит и ВИЧ-инфекцию;
- помнить, что кураторами больных генитальным герпесом являются дерматовенерологи и инфектологи (УГИ из группы ЗППП);
- у больных с генитальным герпесом исключить другие заболевания, передающиеся половым путем.

Учитывая клинико-эпидемиологические особенности герпес-инфекции, в каждом конкретном случае необходимо:

- оценить социальный статус и финансовые возможности больного;
- провести доверительную беседу с пациентом о значимости дополнительного обследования, о плане его лечения, о прогнозе выздоровления и профилактике болезни (с учетом возможного сексуального пути инфицирования);
- информировать больного об ожидаемых финансовых затратах на обследование и лечение и обосновать их;
- решение об объеме предполагаемого обследования и схеме лечения принимается вместе с больным;
- обсудить возможность развития рецидива болезни и его причины на фоне проводимого лечения (нарушение режима приема препаратов, воздействие факторов риска рецидива и пр.);
- в связи с тем, что в каждом конкретном случае тактика ведения больного может меняться, обосновать необходимость повторных консультаций, даже при получении положительного эффекта (профилактика рецидивов и т.д.).

4. Тактика врача в зависимости от формы герпес-инфекции

4.1. Первичный герпес, вызванный ВПГ-1

4.1.1. Локализованная форма

Диагностика – клиническая. Исследование титров специфических IgM и IgG ВПГ-1. Исследование ДНК ВПГ-1 рационально произвести при затрудненном дифференциальном диагнозе, а также при развитии первого эпизода болезни у беременных.

Лечение (беременных см.ниже): внутрь гевиран (вальтрекс или другие препараты) по 400 мг 3 раза в день до 5–7 дней; местно – мазь с ацикловиром и туширование очага поражения антисептиками.

4.1.2. Распространенная и генерализованная форма

Диагностика: исследование динамики титров IgM и IgG ВПГ-1 в парных сыворотках. По клиническим показа-

ниям, в зависимости от вида органной патологии, рекомендовано произвести определение ДНК ВПГ-1 в отделяемом очага поражения, в крови. При наличии менингеального синдрома в спинномозговой жидкости исследуют титры IgM- и IgG-anti-HSV, а также ДНК ВПГ 1/2.

Лечение: ацикловир внутривенно в дозе 10 – 15 мг/кг /24 часа в течение 10 – 14 дней, затем гевиран (вальтрекс или др.) внутрь по 800 мг 2 – 3 раза в день в течение 10 – 14 дней. Параллельно проводится патогенетическая терапия и коррекция иммунитета (например, изоприназином, имунофаном и пр.). Рекомендовано рассмотреть возможность использования противовирусного иммуноглобулина, рекомбинантного интерферона системно.

4.2. Рецидивирующий лабиальный герпес

Диагностика. У больных с редкими рецидивами (1–2 рецидива в год и реже) при локализованной форме серологическая и вирусологическая диагностика не рациональна.

У больных с частыми рецидивами (4–6 раз в год и чаще) показано исследование иммунного статуса. Необходимо исключить причину вторичного иммунодефицита и ВИЧ-инфекцию. Рекомендовано исследовать напряженность противовирусного иммунитета (титры IgM и IgG ВПГ-1 и 2).

Лечение. У больных с локализованной формой лабиального герпеса: гевиран (или вальтрекс и др.) внутрь по 400–800 мг 2–3 раза в день до 10–14 дней. Параллельно проводится иммунокоррекция (например, изоприназином, гроприназином, имунофаном и пр.), а также лечение сопутствующих заболеваний. Местно – мазь с ацикловиром и антисептиками.

У больных с распространенной и генерализованной формой рецидивирующей герпес-инфекции 1-го типа этиотропное лечение проводится ацикловиром внутривенно и гевираном (вальтрексом или др.) внутрь в дозах, рекомендованных выше. При герпетическом энцефалите ацикловир рекомендовано вводить внутривенно в дозе 10 мг/кг в течение 14–21 дня. Одновременно проводится коррекция иммунитета и лечение сопутствующих заболеваний (в том числе ВИЧ-инфекции). Рассматривается вопрос о применении специфического противовирусного иммуноглобулина, рекомбинантного интерферона.

4.3. Первичный генитальный герпес

Диагностика. Клинико-эпидемиологический диагноз рекомендуется подтвердить выявлением специфических IgM ВПГ 1-го и 2-го (раздельно), а также выявлением ДНК ВПГ-1 или ВПГ-2 в отделяемом из очага поражения и крови. Показано исключить сифилис, гонорею, ВИЧ-инфекцию и другие ЗППП.

Лечение. Лечение подлежат оба половых партнера. Рекомендуется половой покой и контрацепция до выздоровления. Рекомендовано использовать: гевиран внутрь (или вальтрекс и др) по 400–800 мг 3 раза в день до 7–10 дней. Рекомендовано усилить противовирусную терапию, используя виферон-1 или 2 ректально или вагинально, а также применить иммунокорректоры (изоприназин, гроприназин, имунофан и пр.).

4.4. Рецидивирующий генитальный герпес

Диагностика. Генитальный герпес – это УГИ из группы ЗППП. В связи с этим показаны диагностические и лечебные мероприятия обоих супругов.

Схемы лечения генитального герпеса (рекомендации CDC)

	Суточная доза	Продолжительность лечения
Лечение первичной инфекции	400 мг + 400 мг + 400 мг	7–10 дней
Лечение рецидивирующего генитального герпеса (эпизодическая терапия)	800 мг + 800 мг или 400 мг + 400 мг + 400 мг	5 дней
Лечение рецидивирующего генитального герпеса (супрессивная терапия)	400 мг + 400 мг	Определяется индивидуально

При наличии клинических показаний раздельно у обоих половых партнеров необходимо исследовать титры IgM и IgG к ВПГ-1 и IgM и IgG ВПГ-2. В вульвовагинальном секрете, в отделяемом цервикального канала, в отделяемом уретры, в простатической жидкости показано определить наличие и тип вируса (ДНК ВПГ-1 или ВПГ-2).

У больных с признаками менингоэнцефалита показано исследование ДНК ВПГ1/2 и титров IgM и Ig к ВПГ-1 и IgM и IgG к ВПГ-2. У больного также показано исследование состояния Т-клеточного иммунитета, активности фагоцитоза. Необходимо исключить ВИЧ-инфекцию, сифилис, гонорею и другие ЗППП.

Лечение. Диспансеризация и лечение больных с генитальным герпесом проводится дерматовенерологом, инфектологом.

При рецидивах инфекции не более 4–6 раз в год рекомендуется купирующая терапия гевираном (вальтрексом или др.) по 400–800 мг 3 раза в день в течение до 5–7 дней во время очередного рецидива. Необходимо лечение сопутствующей патологии, проведение иммунокоррекции.

При рецидивах генитального герпеса более 6 раз в год лечение гевираном (или аналогом) проводится в дозе 400–800 мг 2 раза в день (с возможным снижением суточной дозы по решению врача) в течение 6 месяцев и больше. Проводится иммунокоррекция и лечение сопутствующей патологии. Рассматривается возможность вакцинации.

У больных с герпетическим менингоэнцефалитом рекомендовано: внутривенное введение ацикловира в суточной дозе до 10 мг/кг до 21 дня; рассматривается вопрос о применении гевирана (или аналогов) внутрь; проводится коррекция иммунитета. Рационально использование специфического противогерпетического иммуноглобулина. Показано лечение сопутствующей патологии.

5. Тактика врача при генитальном герпесе у беременных (в т.ч. профилактика перинатального герпеса)

5.1. Общие рекомендации

Поскольку генитальный герпес передается половым путем, все вопросы по профилактике и лечению инфекции у женщины решаются только после исключения заболевания у мужа. Алгоритм работы – как при УГИ, передающихся половым путем.

Рутинный скрининг не проводится, но женщину следует поставить в известность, что выявление наличия защитного титра антител к вирусу герпеса (IgG HSV 1/2) даже при отсутствии клинических проявлений болезни практически исключает риск поражения плода.

Женщина, планирующая беременность, должна быть опрошена и осмотрена гинекологом для исключения у нее хронической генитальной патологии, в том числе герпес-инфекции.

У женщин с эрозией шейки матки, рецидивирующей молочницей и другими хроническими воспалительными процессами (особенно с УГИ из группы ЗППП), у имевших самопроизвольные аборт, мертворождения или постнатальную гибель ребенка перед планированием беременности рекомендуется произвести исследование титров IgG к ВПГ1/2 и ДНК ВПГ 1/2 в вульвовагинальном секрете.

При отсутствии генитального герпеса у женщины и ее мужа, а также при отсутствии у нее иммунитета к ВПГ (женщина «серонегативная», т.е. в крови нет IgG HSV1/2):

- проводится беседа о генитальном герпесе, его причинах и проявлениях, об опасности инфицирования во время беременности;
- женщина информируется о возможности инфицирования наружных половых органов вирусом лабиального герпеса;
- «серонегативной» беременной рекомендуется диспансеризация у гинеколога-инфектолога и серологический скри-

нинг (исследование титров IgM и Ig HSV1/2) до 12–15 недели, на 24–26 неделе и на 34–36 неделе беременности;

- при появлении IgM к вирусу герпеса и выявлении роста их титров у беременной для профилактики внутриутробного инфицирования плода рекомендуется использовать специфический иммуноглобулин;
- при развитии у беременной первого эпизода генитального герпеса или его рецидива, особенно в последние сроки беременности, а также при выявлении ДНК ВПГ 1/2 в секрете половых путей, показано лечение и санация половых путей до родов с целью профилактики инфицирования ребенка. Решается вопрос о способе ведения родов.

5.2. Тактика врача при герпесе у беременных [8]

5.2.1. Первый эпизод лабиального герпеса

При развитии заболевания у женщины до 35-й недели беременности, особенно если нет лихорадки и других общих проявлений болезни, а очаг поражения небольшой, системное лечение антивирусными препаратами не проводится. Рекомендуется применение мазей с ацикловиром (препарат не всасывается!) и проведение гигиенических мероприятий. Роды через естественные пути.

При развитии первого эпизода лабиального герпеса после 36-й недели или в послеродовом периоде рекомендовано противовирусное лечение гевираном по 800 мг 2 раза в день в течение 7–10 дней, местное лечение мазями с ацикловиром и гигиенические мероприятия. Дискутируется необходимость применения специфического иммуноглобулина. Роды естественные. Защита новорожденного. Наблюдение неонатолога.

5.2.2. Рецидивирующий лабиальный герпес.

В случаях развития отдельных мало выраженных рецидивов лабиального герпеса у беременных с наличием специфических IgG антивирусная терапия с системным применением препаратов ацикловира не рекомендуется. Лечение антисептиками местно.

При развитии рецидива лабиального герпеса с большими очагами поражения, с симптомами инфекционно-токсического синдрома, а также с висцеральными поражениями рекомендовано решать вопрос о системной супрессивной терапии ацикловиром внутривенно или гевираном внутрь. Решается вопрос об использовании специфического иммуноглобулина.

5.2.3. Первый эпизод генитального герпеса

При первом эпизоде генитального герпеса в первом или втором триместре беременности у женщины, имеющей противогерпетические IgG к ВПГ-1, системное антивирусное лечение не рекомендовано. За 4–6 недель до родов обсуждается вопрос о необходимости исследования ДНК ВПГ-2 в выделениях родовых путей. В зависимости от результатов исследования планируется способ ведения родов.

При первом эпизоде генитального герпеса до 35-й недели беременности, в случаях, когда нет противогерпетических IgG к ВПГ-1, проводится системная антивирусная терапия ацикловиром внутривенно по 10 мг/кг 3 раза в день, а затем перорально гевираном по 800 мг 3 раза в день до 10 дней. Исследуется ДНК ВПГ-2 в выделениях влагалища-вульвы до родов. Способ ведения родов планируется в зависимости от результата обследования и от состояния родовых путей к моменту родов.

При первом эпизоде генитального герпеса после 35-й недели беременности или в послеродовом периоде антивирусное лечение гевираном по 400 мг 3 раза в день проводится весь период до родов и продолжается после родов. У «серонегативной» матери (когда отсутствуют специфические противогерпетические IgG) и при наличии повреждения родовых путей производится кесарево сечение. Тактику ведения новорожденного определяет неонатолог (в том числе лечение).

Беременным с генитальным герпесом, у которых произошло раннее излитие околоплодных вод, показано лечение ацикловиром внутривенно с последующим оральным приемом гевирана по 800 мг 2 раза в день до 10–14 дней.

5.2.4. Рецидивирующий генитальный герпес.

При отсутствии рецидивов генитального герпеса во время текущей беременности у женщин с ранее верифицированной инфекцией специфическое лечение не проводится. При отсутствии вируса в вульвовагинальном секрете (ДНК ВПГ-2 нет) планируют естественные роды. Следует помнить, что гинекологи США [8] доказали неэффективность применения кесарева сечения у женщин, имевших в анамнезе эпизоды генитального герпеса.

При частых рецидивах генитального герпеса в последние месяцы беременности – предложения по тактике такие же, как при первичном генитальном герпесе до и после 35-й недели беременности (см. выше).

Лабіальний і генітальний герпес у практиці сімейного лікаря (клінічна лекція)

А.В. Туйнов, О.А. Чебаліна

У статті відображено аналіз літератури і результати особистого досвіду з сучасних аспектів епідеміології, патогенезу, діагностики основних клінічних форм та профілактики лабіального і генітального герпесу та його наслідків.

Ключові слова: герпес, діагностика, клінічні форми, лікування.

Herpes labialis and genitalis in the family doctor's practice (clinical lecture)

V.A. Tuinov, Ye.A. Chebalina

In this work reflected literature's analysis and results of own experience in the modern, aspect of epidemiology, pathogenesis, main clinical forms, diagnostic, prophylaxis of the herpes labialis and genitalis and it's consequences.

Key words:

ЛИТЕРАТУРА

1. Баринский И.Ф., Шубладзе А.К., Каспаров А.А., Гребенюк В.Н. Герпес: этиология, диагностика, лечение. – М.: Медицина, 1986. – 266 с.
2. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни: В 3 т. – К.: Здоровья, 2002. – Т. 3. – С. 82–114.
3. Ершов Ф.И. Антивирусные препараты. – М.: Медицина, 1998. – С. 124–129.
4. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. – М.: Филян, 1997. – С. 136–198.
5. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинко-морфологических сопоставлений. Руководство для врачей.: Санкт-Петербург Элби СПб., 2002. – С. 85–101; С. 261–268.
6. Эшли Р.Л. Генитальный герпес. Важность постановки диагноза. – К.: GlaxoSmithKline. –24 с.
7. Denis L. Kasper, Eugene Braunvald, Anthony S. Fauci and oth.. Harrison's. Principles of Internal Medicine. – New York, 2005. – 16 Ed. – Part V1. – S. 12. – P. 1035–1042.