

# Герпесвирусные инфекции

Л.К. Горяйнова, к.м.н., ОАО «Холдинг «ЭДАС»

*Герпесвирусные инфекции, называемые инфекциями XXI века, приобретают все большее распространение. Они способны поражать практически все органы человеческого организма, могут протекать в острой, латентной (бессимптомной) и хронической форме. Герпетические вирусы в настоящее время идентифицируются по 8 антигенным серотипам: вирусы простого герпеса (ВПГ) 1 и 2 типов; вирус опоясывающего герпеса, он же – вирус ветряной оспы; к герпетическим относят цитомегаловирусы, вирус мононуклеоза Эпштейна-Барра и весьма опасные вирусы герпеса 6-го, 7-го и 8-го типов, вызывающие поражения лимфатической системы и саркому Капоши. Нередко этот тип (7, 8) вирусов определяется у ВИЧ-инфицированных людей. Есть данные о связи 7-го типа герпесвирусной инфекции с синдромом хронической усталости (СХУ). В ассоциациях с другими микробными и вирусными агентами вирусы герпеса играют основную роль в развитии злокачественных образований шейки матки и предстательной железы. Кроме этого, они индуцируют процессы атеросклероза, фатально влияют на течение беременности, родов, патологию плода и новорожденного.*

**П**ерсистенция (носительство без клинических проявлений) вирусов герпеса ведет к значительному снижению иммунологической реактивности и развитию вторичного иммунодефицита. Утверждают (В.А. Исаков, С.Б. Рыбалкин и др.), что до 90% населения является носителями ВПГ, а смертность, обусловленная ВПГ, занимает второе по частоте после гриппа место. Около двадцати миллионов населения России ежегодно инфицируются ВПГ, при этом у 15% из этого числа развиваются поражения слизистых и кожи, у 6–10% обнаруживается генитальный герпес, одна из самых распространенных половых инфекций. В 60–65% причиной патологии роговицы глаз является герпесвирусная инфекция, обусловленная в 89,6% вирусом простого герпеса.

Передача вирусов герпеса происходит различными путями, в т.ч. воздушно-капельным, гематогенным, половым, через предметы общего пользования, часто происходит внутриутробное инфицирование плода от больной герпесом матери. Клиника герпетических инфекций разнообразна и в значительной степени определяется состоянием иммунитета больного.

Более тяжелое течение этих заболеваний отмечается у детей раннего возраста с незрелой иммунной системой, у пожилых ослабленных больных с возрастной иммунодепрессией. Кроме этого, выделяют особо опасный генерализованный герпес новорожденных и ВИЧ-инфицированных.

Широкое распространение приобрели герпетические поражения кожи и слизистых – конъюнктивы, красной каймы губ, области крыльев носа, век, щёк, кистей, области ягодиц, а также в форме стоматита, фарингита, гингивита. Типичные высыпания при герпесе на коже – пузырьковые с напряженной покрывкой и мутным, а в последующем – серозно-кровянистым или гнойным содержимым. После вскрытия пузырька образуется болезненная эрозия, заживающая поверхностным рубцом, иногда изначально высыпания

бывают папулезными на гиперемизированном и инфильтрированном фоне. При многочисленных эрозиях они сливаются в крупную с полициклическими краями язву. Болезненность различна и зависит от глубины и распространенности поражений. Особенно болезненны язвенно-некротические поражения половых органов, полости рта и миндалин. Часто при этом обнаруживают регионарный лимфаденит. Редкими формами герпетической инфекции являются герпесвирусные гепатиты, панкреатиты, гломерулонефриты, энтероколиты, менингоэнцефалиты, сепсис.

Инкубационный период при герпетической инфекции длится от двух дней до двух недель, после чего появляются высыпания и симптомы общей интоксикации: гипертермия от 37 °С до 39 °С, слабость, головная боль, сонливость, жжение, зуд и боль в местах формирующихся пузырьков или эрозий, анорексия. Корочки, образующиеся на местах вскрывшихся высыпаний, на 10–14 день отпадают. Последующие рецидивы болезни, которые обычно возникают в холодное время года и протекают легче, без повышения температуры и общей интоксикации. Высыпания при этом могут быть единичными, малобезболезненными, нетипичного вида. Рецидивы сыпи на гладкой коже имеют тенденцию к повторению на одних и тех же участках.

Тяжело течет герпетическая инфекция у новорожденных, при этом она может приобрести генерализованный характер с драматическим исходом на 4-ый – 20-й день болезни.

**Герпетический стоматит** – часто, особенно у детей – встречающееся заболевание, 80% всех поражений слизистых рта у детей имеют герпетическую этиологию. Элементы поражения слизистой при этом представлены болезненными эрозиями полости рта, миндалин (до 25 элементов одновременно), двухсторонним лимфаденитом – увеличены шейные, подчелюстные лимфоузлы. Возможны проявления, напоминающие ОРЗ или катаральную ангину.

Современные исследователи высказывают мнение об инфекционной (хронической вирус-герпетической) природе атеросклероза и ишемической болезни сердца. В структуре воспалительных заболеваний головного мозга – энцефалита, менингита – у людей старшего возраста герпетические поражения составляют до 40–45% от общего числа поражений в этой патологии. Острое начало с высокой корпоральной температурой, нарушением витальных функций и сознания характерны для вирусного энцефалита. Это серьезное жизненноопасное заболевание требует раннего и интенсивного лечения в специализированном неврологическом отделении.

**Опоясывающий герпес** – дебютирует обычно клиникой ветряной оспы, затем наступает различный по длительности период персистенции вируса, т.е. инфекция приобретает хронический характер с периодическими проявлениями разнообразных клинических форм. Наиболее серьезное значение здесь имеет синдром постзостерной невралгии – боли по ходу нервных стволов иногда столь интенсивные, что больные не могут спать и месяцами не могут от них избавиться. При различных иммунодефицитных состояниях, например, возрастном иммунодефиците, и распространенность поражений, и характер постзостерной невралгии, бывают очень выраженными.

**Инфекционный мононуклеоз** – заболевание, вызываемое вирусом герпеса Эпштейна-Барра, имеет 4–30-дневный инкубационный период с острым началом симптоматики. Повышение корпоральной температуры, головные, суставные и мышечные боли в сочетании с сильными болями в горле, затрудненным носовым дыханием, увеличением подчелюстных и других лимфатических узлов делают эту инфекцию весьма похожей на гриппозную, парагриппозную или другие ОРЗ. Характерными при мононуклеозе являются атипичные мононуклеарные клетки крови, выраженный лейкоцитоз, генерализованная лимфаденопатия, увеличение селезенки, у 30% больных – кожные разнообразные экзантемы.

Интенсивность клинических проявлений нарастает к 5–6 дню болезни, через 2–4 недели наступает выздоровление, однако измененная картина крови, аденопатия и спленомегалия могут задержаться надолго. При хроническом мононуклеозе болезнь может осложняться гепатитом, хронической интерстициальной пневмонией.

**Синдром хронической усталости** чаще всего связывают с вирусами герпеса 6-го или 7-го типов. Длительный беспричинный субфебрилитет, катаральные явления в горле, ночная потливость, летучие боли в суставах, увеличение шейных, подмышечных, затылочных лимфатических узлов, хроническая и нарастающая слабость, частые простудные болезни и различная психоневрологическая симптоматика (депрессия, раздражительность, нарушение сна и др.) характерны для синдрома СХУ. Д. Голодштейн и Д. Соломон (США) выдвинули теорию мультипричинного возникновения СХУ, но основой болезни является указанное инфекционное начало на фоне генетической предрасположенности. Сложные внешние (экология, травма, хирургические

операции и др.) и внутренние факторы (стресс, интоксикация, хронические заболевания) могут вызвать СХУ у 85% больных – носителей вируса герпеса.

**Урогенитальный герпес.** Заболевание может быть врожденным при внутриутробном инфицировании или приобретенным. В 76% инфекционное начало представлено вирусом 2-го типа, в 24% – вирусом герпеса 1-го типа.

Заражению и распространению этой инфекции способствуют алкоголизм, наркомания, сексуальные эксцессы, беспорядочная половая жизнь.

После 7-дневной инкубации при первичном заражении развиваются общая интоксикация, нередко очень выраженная: гипертермия, слабость, раздражительность, артралгия, озноб. Наряду с типичными пузырьками и эрозиями на половых органах у женщин может появиться гиперемия и отечность гениталий, ощущение тяжести и давления в промежности, кровянистые выделения. Воспаление может распространиться на уретру и мочевого пузырь, при урогенитальных и аногенитальных контактах инфицируются слизистые рта, горла, ануса, прямой кишки. Рецидивирование генитального герпеса при вирусе герпеса 2-го типа возникает в 95% случаев, при инфицировании вирусом 1-го типа – в 50%. 83,6% случаев не поддающихся обычной терапии кольпитов, лейкоплакии шейки матки этиологически связаны с вирусами герпеса, который может провоцировать развитие герпетического эндометрита с драматическим исходом.

При частом рецидивировании аногенитального герпеса может быть одновременное инфицирование несколькими разновидностями герпетического вируса, например: микст из вирусов 1-го, 2-го типов в сочетании с банальной коли-инфекцией. В 60–70% случаев герпесвирусная генитальная инфекция протекает бессимптомно, у 16% из этого числа активизация инфекции наступает во время беременности.

Вирус генитального герпеса в сочетании с длительным приемом оральных контрацептивов создает высокую вероятность развития рака шейки матки. Передача вируса генитального герпеса может идти различными путями, но половой является приоритетом. Риск инфицированности плода внутриутробно или при прохождении его по родовым путям при пузырьковых поражениях у роженицы составляет до 60%.

Герпесная вирусемия служит причиной бесплодия в 20–60% случаев, прерывания беременности и преждевременных родов в 20–80%, рождения незрелого плода в 60%, развития атипичной пневмонии первого года жизни в 30% случаев.

### Принципы и методы лечения герпетических инфекций

Лечение этих инфекций представляется сложным по трем причинам:

- склонности к хронически-рецидивирующему течению у всех герпетических инфекций;
- наличием иммунодепрессии у больных, особенно при длительном персистировании вируса;

– отсутствием высокоэффективных противогерпетических препаратов.

Клинический опыт показал, что противовирусные препараты даже последних поколений, обладающие быстрым и эффективным противогерпетическим действием, не предотвращает рецидивирования этой хронической инфекции, тем более, что при длительном носительстве этих возбудителей у больных закономерно развивается вторичный иммунодефицит и поэтому подход к лечению таких больных должен быть комплексным. Длительность, интенсивность и объем терапевтического вмешательства определяются не только распространенностью и тяжестью клинических проявлений, но и возрастом пациента, периодом (первичное проявление или рецидив) болезни и наличием осложнений.

Рекомендуются такие последующие этапы лечения и реабилитации (табл. 1):

**Первый этап.** Терапия острого периода при первичном инфицировании или лечение рецидива болезни. Этап продолжается 2–3 недели и представляет собой сочетание химических противовирусных средств, иммуномодуляторов и антиоксидантов (табл. 1). Противовирусные препараты первого (ацикловир, зовиракс) и второго (валацикловир, фамцикловир) поколений, к сожалению, не гарантируют рецидивирования инфекции, а чувствительность различных вирусов к этим средствам по убывающей выглядит так: самыми чувствительными являются герпесвирусы 1-го и 2-го типов, затем – вирусы ветряной оспы и опоясывающего герпеса, вирусы Эпштейна-Барра, цитомегаловирусы. Герпетические вирусы 6-го, 7-го и 8-го типов требуют высоких и не всегда безопасных доз вышеуказанных противовирусных медикаментов. Оптимальным выходом из этой ситуации является сочетанное применение указанных препаратов в интеграции с гомеопатичес-

**Таблица. 1. Алгоритм годового курса лечения, реабилитации и профилактики при генитальном герпесе I и II типа<sup>\*)</sup>**

СРЕДСТВА, МЕТОДЫ, ДОЗЫ	НЕДЕЛИ							
	1-3	4-5	6-20	21-23	24-34	35-37	38-48	49-51
Ацикловир 200 мг х 5 р. – 10 дней								
и								
Ацикловир 400 мг х 2 р.								
и (или)								
Циклоферон 2 таб. В 1,2,4,6,8,11,14,17,20,23,26,29 дни								
и								
Циклоферон линимент 5% наружно – 10 дней				далее при необходимости				
и								
Карсат ЭДАС-136 (936) – 5 кап. (гран.) х 3р. <sup>*)</sup>								
или								
Гепа ЭДАС-953 – 5 (гран.) х 3р. <sup>*)</sup>								
и								
Пассифлора ЭДАС-111 (911) – 5 кап. (гран.) х 3р. <sup>*)</sup>								
или								
Пассамбра ЭДАС-306 – 1 десерт. л. х 3р. <sup>*)</sup>								
и								
Кантацит ЭДАС-140(940) – 5 кап.(гран.) х 3р. <sup>*)</sup>				до 8 недель				
или				до 8 недель				
Урситаб ЭДАС-132(932) – 5 кап.(гран.) х 3р. <sup>*)</sup>				до 8 недель				
и				до 8 недель				
Прополан ЭДАС-150 – 5 кап. х 3р. <sup>*)</sup>								
и								
БЭТ ЭДАС-03-01 – 2 капс. х 3р. во время еды								
или								
Солодка – 1 драже х 3р. во время еды								
или								
Чагалюкс – 1 капс. х 3р. во время еды								

<sup>\*)</sup> Все гомеопатические средства принимать вне еды.

кими комплексами, содержащими противовирусную информацию. ОАО «Холдинг «ЭДАС» производит несколько таких препаратов, ориентированных на лечение герпетической инфекции.

В связи с большим значением эндотоксикоза, психологического стресса и необходимости иммунокоррекции у больных хронической герпетической инфекцией наиболее целесообразным является применение детоксикантов, антиневротиков и натуральных иммуномодуляторов из эхинацеи, прополиса, солодки. Есть данные о специфическом воздействии препаратов Солодки не только как иммуномодулятора и антиоксиданта, но и как специфического препарата при аногенитальном герпесе.

Выраженная экссудация высыпаний и резкая их болезненность диктуют необходимость наружной терапии, в качестве которой могут быть использованы гели и кремы, содержащие ацикловир, НИВС, циклоферон, гомеопатический Каленгам.

**Второй этап** лечения (ранняя реабилитация) в периоде стихания воспалительных изменений продолжительностью 8–15 дней, помимо иммуномодуляции и адаптогенной терапии, предусматривает восстановление нормальной микробной флоры кишечника (пробиотики), оптимально – с помощью пищевых продуктов, обогащенных указанными средствами. Отсутствие рецидива в течение 2–3 месяцев позволяет сделать паузу в терапии, но наблюдение специалиста (уролог, гинеколог, дерматолог и др.) ежемесячно продолжается.

В.А. Исаков и Д.К. Ермоленко рекомендуют на этом этапе специфическую противовирусную вакцинацию отечественной вакциной «Витагерпавак» в сочетании с циклофероном, однако, указывают на частые побочные эффекты и небезопасность вакцинотерапии. Другие противовирусные препараты профилактического действия (ингибиторы хеликаз и праймаз, индукторы интерферона, низкомолекулярные соединения и др.) пока еще проходят стадию экспериментальной или клинической апробации. Наш многолетний опыт противорецидивного лечения генитального герпеса позволил снизить число рецидивов при этой патологии до единичных эквивалентов применением сочетанных противовирусных синтетических препаратов и гомеопатических комплексов, нативных растительных адаптогенов и антиоксидантов.

Такие сочетанные курсы мы проводим ежеквартально две недели в течение первого года лечения. Это перманентное лечение мы рассматриваем и как период поздней реабилитации, и как вторичную профилактику обострений.

В случае возникновения позднего рецидива, и особенно при повторных рецидивах болезни, в течение года целесообразно рекомендованное В.А. Исаковым с сотрудниками использование ацикловира по 200 (400) мг х 5 раз – 10 дней, затем по 400 мг х 2 раза – 4–6 недель.

Чрезвычайно важным аспектом лечения аногенитального герпеса является четкое соблюдение некоторых гигиенических рекомендаций: гигиена половых органов и белья, отсутствия интимной жизни на период лечения обострений, запрет на пользование бассейном, общей баней; ежедневной дезинфекционный режим в местах общего пользования – ванне, туалете.

К сожалению, недостаточно четкое соблюдение указанных правил – самая частая причина рецидивирования генитальной герпетической инфекции и появления резистентности к терапии герпесвирусной инфекции.

## Заключение

Герпесвирусные инфекции – группа хронически-рецидивирующих воспалительных заболеваний, способных поражать все без исключения органы и системы организма. Распространенность, клиника, течение и исход этих заболеваний напрямую связаны с состоянием иммунологической реактивности, а также серотипом выделенного вируса. Помимо острого и хронически-рецидивирующего течения, вирусные герпетические инфекции склонны демонстрировать бессимптомное носительство (персистенция), что однако не предотвращает заражения партнеров при близком контакте.

Хронически-рецидивирующему течению этих заболеваний способствует частое наличие микстных форм инфекций, при этом в микстах присутствуют как вирусно-вирусные ассоциации из возбудителей герпеса различных типов, так и вирусно-микробные, среди последних могут быть и представители условно – патогенной (стафилококки, кишечная палочка) и патогенной (уреаплазма, трихомонады и др.) флоры.

Это существенно затрудняет терапию и способствует частому рецидивированию инфекций. К сожалению, абсолютно надежных противовирусных средств для лечения этого вида заболевания не существует. Применяющиеся лечебные комплексы, включающие специфические противовирусные препараты общего и местного воздействия, адаптогены, иммуномодуляторы и регуляторы клеточного гомеостаза (интерфероны) не предотвращают рецидивов болезни и мало влияют на их частоту. В комплекс терапии герпесвирусной инфекции необходимо, помимо синтетических средств, включить гомеопатические многокомпонентные средства иммуномодулирующего, детоксицирующего, седативного и противовирусного действия. Это сокращает сроки наступления ремиссии, чаще всего обрывает течение герпетической инфекции, либо приводит к редкому и малосимптомному рецидивированию.

Весьма важными компонентами предотвращения рецидивов является жесткий гигиенический режим, в т.ч. режим интимной жизни и одновременное профилактическое лечение партнеров.

**Препараты «ЭДАС» по ценам производителя и заказы почтой:**  
115093, Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 10  
**Консультации врача:** (499) 236-61-48; 236-82-10  
**Многоканальный телефон:** 8(800) 333-55-84  
**Подробнее на сайте:** [www.edas.ru](http://www.edas.ru)

