

**ОПАСЕН ЛИ ДЛЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВИРУС ПРОСТОГО ГЕРПЕСА?**Доц. В. С. ЛУПОЯД<sup>1</sup>, канд. мед. наук А. А. ЩЕДРОВ<sup>2</sup><sup>1</sup> КУЗ «Харьковский областной клинический перинатальный центр»,<sup>2</sup> Харьковский национальный медицинский университет**Рассмотрены вопросы патофизиологии, диагностики и лечения инфекций, вызванных вирусами HSV-1 и HSV-2. Определено их влияние на плод и новорожденного.***Ключевые слова: герпес, беременность, роды, профилактика.*

На сегодняшний день перинатальные инфекции являются одной из основных причин нарушений в течении беременности, родов и послеродового периода, патологии плода и новорожденного.

К наиболее распространенным во всем мире заболеваниям вирусной этиологии, передающимся половым путем, относится генитальный вирус простого герпеса (HSV). По данным Всемирной организации здравоохранения, носителями герпеса являются около 95% (по разным данным, от 90 до 98%) населения планеты. Перинатальная передача этого вируса связана с высоким риском развития долговременных неврологических проблем и младенческой смерти. Исследования, проведенные в 1988–1994 гг., указывают на уровень заболевания в 24,2% серологической активности среди женщин в возрасте 14 лет и старше. За последние два десятилетия серологическое расширение увеличилось до 32,0% [1].

Большинство серопозитивных женщин не знают о своем состоянии, а поскольку уровень этого вирусного заболевания, передающегося половым путем, продолжает повышаться и наибольшее распространение герпетической инфекции встречается среди женщин репродуктивного возраста, то риск передачи вируса герпеса от матери плоду или новорожденному вызывает беспокойство у акушеров-гинекологов и неонатологов.

Цель работы — рассмотреть вопросы патофизиологии, диагностики и лечения вируса герпеса.

У человека могут быть выделены восемь вирусов герпеса. Два из них — HSV-1 и HSV-2 — это ДНК-вирусы со значительной гомологией: антигена одного вируса обеспечивают перекрестный иммунитет против другого вируса, причем и HSV-1 и HSV-2 вызывают клинические проявления заболевания как у матери, так и у новорожденного. Следует отметить, что большинство оролабиальных поражений спровоцированы вирусом HSV-1, поэтому в последние годы отмечается значительное увеличение вызванных им генитальных повреждений герпесом. Сегодня этот вирус является причиной 20–30% генитального герпеса во многих демографических группах [2].

Трансмиссия вирусов происходит при генитально-генитальном контакте, хотя орально-гени-

тальная передача в последнее время значительно увеличилась.

Инкубационный период заболевания составляет в среднем 4 дн. Вирус реплицируется в месте попадания, а потом проникает в нервную систему, транспортируясь по аксонам к телу нейрона и оставаясь там на протяжении всей жизни реципиента.

Первые проявления генитального инфицирования могут сопровождаться классическими симптомами заболевания: много папул, которые потом становятся пузырьками и лопаются, превращаясь в неглубокие язвочки, нестерпимый зуд, болезненность и незначительная местная лимфаденопатия. Миалгия, головная боль, лихорадка, недомогание встречаются в 50–60% случаев первичной инфекции. Высыпания обычно проходят через 2–3 нед, и у большинства женщин на протяжении всей жизни возникают клинические или субклинические проявления заболевания, особенно в первые годы после инфицирования. Большинство рецидивов HSV бессимптомны. HSV-1 рецидивирует реже, чем HSV-2, а при беременности у 5–10% женщин с HSV-заболеванием будут возникать симптомы рецидива [3].

Зараженная HSV женщина инфицирует своего ребенка в 40% случаев. Частота возникновения неонатальной HSV-инфекции составляет 1:3200 родов. В 85% случаев неонатального герпеса инфекция передается во время родов [4]. Инфекции in utero встречаются в 5% случаев герпеса новорожденных; трансплацентарная и гематогенная передача вируса до родов может приводить к хориоретиниту, микроцефалии, неврологическим аномалиям, рубцам на коже (по статистике такое происходит в 1 случае на 300 000 новорожденных).

Существует много факторов, влияющих на передачу герпеса: дети, рожденные от матери с первым эпизодом HSV-инфекции ближе к родам, имеют наибольшую вероятность заражения вирусом в неонатальном периоде (при отсутствии защитных антител, проходящих через плаценту).

Длительный безводный период и способ родоразрешения также влияют на неонатальную трансмиссию HSV, причем две трети инфекций новорожденных вызываются HSV-2 и одна треть —

HSV-1. Заболевание у новорожденного проявляется в виде поражения кожи (везикулярно или буллезно), глаз и слизистых оболочек. Встречаются поражения центральной нервной системы, печени и легких, которые относятся к группе наивысшего уровня смертности. Зараженные герпесом новорожденные дети погибают в 50–70% случаев, из тех, кому удается выжить, здоровыми можно считать лишь 15%. У большинства выживших детей наблюдаются неврологические осложнения, глухота, герпетические поражения кожи, вирусный сепсис, энцефалит.

Диагноз HSV-инфекции устанавливают по клинической картине заболевания, однако для профилактики трансмиссии лабораторное обследование необходимо провести раньше. Самый чувствительный тест — выделение клеточной культуры вируса герпеса (у женщин с ранними высыпаниями чувствительность 80%). Наиболее достоверным для исследования является взятие жидкости из верхней части везикулы. Чувствительность снижается по мере нагноения, причем нередко отмечаются ложнонегативные культуры в рецидивирующих и нагноившихся высыпаниях из-за низкой вирусной нагрузки. Преимущества клеточной культуры — чувствительность и возможность выявить тип вируса [3, 4].

В диагностике используется и типоспецифическая серологическая реакция, основанная на антителах, сформированных из типоспецифических гамма-глобулинов. Антитела начинают образовываться в течение 2–3 нед после заражения, и эти реакции позволяют установить тип герпеса.

Сегодня наиболее чувствительной считается ДНК-диагностика, широко используемая для определения типа вируса HSV, что потом помогает при консультировании женщин.

Другие генитальные заболевания с образованием язв (шанкроид и сифилис) могут иметь проявления, сходные с HSV, однако у них более выраженные клинические признаки.

Первичный герпес в конце беременности имеет самую высокую вероятность неонатальной трансмиссии, поэтому необходимо провести исследование культуры вируса из активных высыпаний с целью подтверждения клинического диагноза. В случае если это первичная инфекция, можно применять системные противовирусные препараты (ацикловир, валацикловир) для уменьшения проявлений симптомов герпеса.

Для лечения первичного эпизода генитального герпеса используют системные противовирусные препараты: ацикловир по 200 мг в день на протяжении 5 дн, или валтрекс по 500 мг 2 раза в день — 5 дн, или лавомакс (тилорон) по 1 таблетке (125 мг) в день в течение первых 2 дн, затем — по 1 таблетке через день (всего — 10 таблеток).

Местно применяют препараты ацикловира (ацик, зовиракс) в виде крема, который наносится на пораженные участки. В комплекс лечебных

мероприятий вводятся иммуномодуляторы: циклоферон внутримышечно по 250 мг через день — 10 раз, альфарекин по 1 мл МЕ внутримышечно 1 раз в день — 10 дн, панавир внутривенно по 5 мл 1 раз в день — 10 дн, аллокин-альфа по 1 мг подкожно через день — 6 раз и др. Используются также обезболивающие препараты, антиоксиданты, витаминотерапия. Следует учитывать, что эти лекарственные средства не уничтожают латентный вирус [5].

В последнем периоде беременности (от 36 нед до родов) лечение противовирусными препаратами показало снижение уровня клеточной реактивности и распространения HSV в родах. Отмечается, что при лечении этими препаратами не было увеличения числа аномалий развития у плода.

В интранатальном периоде необходимо тщательно расспрашивать беременную женщину о продромальных симптомах и недавних высыпаниях герпеса, проводить осмотр наружных половых органов, влагалища, шейки матки. Если участки поражения герпесом находятся далеко от вульвы, влагалища или шейки матки, то риск неонатальной трансмиссии весьма низок. Негенитальные высыпания следует закрыть повязкой, и роды можно проводить вагинально. Кесарево сечение не делают женщинам с HSV в анамнезе, если у них нет активных высыпаний, оно проводится в тех случаях, когда у беременной имеются активные высыпания или налицо продромальные симптомы герпеса. Хотя риск неонатальной трансмиссии низкий при реактивации герпетической инфекции, передача вируса новорожденному все-таки не исключена, поэтому лучше таких женщин родоразрешать оперативным путем. Однако и кесарево сечение не исключает в некоторых случаях инфицирование. Примерно в 10–15% случаев дети с герпетической инфекцией были рождены матерями, которые родоразрешались путем операции кесарева сечения [6].

В случаях родов у женщин с активными герпетическими высыпаниями и преждевременным разрывом околоплодных оболочек при доношенной беременности кесарево сечение проводят независимо от давности разрыва оболочек. Однако если срок беременности значительно меньше установленного, можно использовать выжидательную тактику, поскольку риски, связанные с недоношенностью, имеют преимущество немедленного родоразрешения.

В постнатальном периоде следует обратить внимание женщины с HSV на то, что если у нее есть активные высыпания, то она может передать своему ребенку вирус путем прямого контакта. Разрешается вскармливание грудью, если молочные железы не поражены герпесом. Антивирусные препараты передаются через грудное молоко, но их влияние не опасно для новорожденного. С целью профилактики можно вводить аллокин-альфа, панавир, альфарекин, циклоферон, виферон, лаферон [5].

Список литературы

1. American Academy of Pediatrics: Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases.— 26<sup>th</sup> ed.— Elk Grove Village.— 2003.— 496 p.
2. Kimberlin D. W. Clinical practice. Genital herpes / D. W. Kimberlin, D. J. Rouse // N. Engl. J. Med.— 2004.— Vol. 350, № 19.— P. 1970–1977.
3. Клінічний протокол з акушерської та гінекологічної допомоги «Інфекції, що передаються статевим шляхом», затверджений наказом МОЗ України від 15.12.2003 г. № 582.
4. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Перинатальні інфекції», затверджений наказом МОЗ України від 27.12.2007 р. № 906.
5. Acyclovir Prophylaxis to Prevent Herpes Simplex Virus Recurrence at Delivery / J. S. Sheffield, L. M. Hollier, J. B. Hill [et al.] // **A Systematic Rev. Obstet. Gynecol.**— 2003.— № 102.— P. 1396–1400.
6. Effect of serological status and cesarean delivery on transmission rates of herpes simplex virus from mother to infant / Z. A. Brown, A. Wald, R. A. Morrow, S. Selke [et al.] // JAMA.— 2003.— № 289.— P. 203–209.

**ЧИ НЕБЕЗПЕЧНИЙ ДЛЯ ВАГІТНОСТІ ВІРУС ПРОСТОГО ГЕРПЕСУ?**

В. С. ЛУПОЯД, А. О. ЩЕДРОВ

**Розглянуто питання патофізіології, діагностики та лікування інфекцій, спричинених вірусами HSV-1 та HSV-2. Визначено їхній вплив на плід та новонародженого.**

*Ключові слова: герпес, вагітність, пологи, профілактика.*

**IS HERPES SIMPLEX VIRUS DANGEROUS FOR PREGNANCY?**

V. S. LUPOYAD, A. A. SCHEDROV

**The questions of the pathophysiology, diagnosis and treatment of infections caused by HSV-1 and HSV-2 are discussed. Their effect on the fetus and newborn was determined.**

*Key words: herpes, pregnancy, childbirth, prevention.*

Поступила 18.09.2013