МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

(Методические рекомендации)

Москва — 1986

Методические рекомендации разработаны при участии института вирусологии им. Д. И. Ивановского АМН СССР, ВНИИ глазных болезней Минздрава СССР, Центрального кожно-венерологического института Минздрава СССР, ЦНИИ стоматологии Минздрава СССР.

Составители: профессор И. Ф. Баринский, профессор А. А. Каспаров, профессор А. А. Каламкарян, д. м. н. В. Н. Гребенюк, к. м. н. Т. Б. Семенова, д. м. н. Г. В. Банченко.

«УТВЕРЖДАЮ»
Начальник Главного управления
лечебно-профилактической помощи
Министерства здравоохранения СССР
А. М. Москвичев
19 мая 1986 г.
№ 10-11/46

В последние годы заметно возросло значение герпесвирусных инфекций (ГИ) как проблемы общественного здравоохранения.

Спектр болезней, связанных с инфицированием семейством вирусов герпеса, варьирует от высыпания простых пузырьков на коже до летальных энцефалитов. Наиболее широко и повсеместно распространена герпетическая инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса (ВПГ).

В развитых и развивающихся странах вызывает озабоченность рост числа случаев генитального герпеса, который может вызывать инфекции в перинатальном периоде и увеличивать перинатальную заболеваемость и смертность. Приобретаемая в неонатальный период инфекция также характеризуется высокими показателями смертности и серьезными пожизненными последствиями у переболевших. Реактивация вирусов простого герпеса часто приводит к гибели лиц, подвергающихся лечению иммунодепрессантами.

Имеются сведения о связи новообразований шейки матки с заражением вирусом простого герпеса.

Борьба с этими болезнями осложняется тем, что в организме человека герпесвирусы сохраняются в скрытой форме.

В СССР заболевания, обусловленные вирусом простого герпеса, не подлежат обязательной регистрации. Вместе с тем, по предварительным данным, поступившим из проблемных комиссий по разделам офтальмологии и дерматовенерологии, число госпитализированных стационарно больных с ГИ составляет около 1 млн. в год. К офтальмологам ежегодно обращаются от 300 тыс. до 500 тыс. больных с различными формами офтальмогерпеса. Герпетические кератиты и иридоциклиты составляют около 60% от общего количества больных с поражением роговицы. Больные генитальным герпесом составляют в ряде областей до 0,5% населения.

Источником инфекции является больной или вирусоноситель, передается ВПГ контактно или воздушно-капельным путем. ВПГ проникает в организм через повреждения кожи

и слизистых оболочек. Первичное инфицирование обычно протекает асимптомно и только в 1% случаев проявляется клинически в виде локального воспаления, нередко с общими явлениями (повышение температуры тела, недомогание и др.).

Локализация первичных герпетических высыпаний зависит от места внедрения вируса они могут возникнуть на любом участке кожно-слизистого покрова: лице, бедре, ягодицах, во рту и на половых органах. Известны случаи герпетических высыпаний на пальцах рук у медицинских работников («герпетический панариций»).

Настоящие методические рекомендации имеют целью ознакомить широкий круг врачей с особенностями клинических проявлений ГИ при различных локализациях, современными методами диагностики и лечения заболеваний, вызванных ВПГ.

Клинические проявления

Инкубационный период колеблется от 2 до 12 дней, в среднем — 4 дня. Клиническая картина ГИ весьма разнообразна как по симптоматике так и по тяжести. В зависимости от развития инфекционного процесса, заболевания подразделяются на два вида: первичная ГИ и рецидивирующая. Первая наиболее часто встречается в детском возрасте (1—5 лет) и у 80—90% протекает субклинически и даже бессимптомно. Однако описаны случаи лихорадочной реакции с тяжелыми поражениями печени и ЦНС и иногда с летальными исходами.

Герпетические кожные высыпания часто полностью разрешаются за 7—10 дней. Клинически они характеризуются эритемной, везикулезной, корковой стадиями. После отторжения корок наступает клиническое выздоровление. Кроме типичной формы ГИ наблюдается эритематозная, папулезная, пруригинозная, геморрагическая, отечная, язвенная, элефантиазоподобная и др. разновидности дерматоза.

После выздоровления от первичной ГИ вирус пожизненно сохраняется в организме человека в латентном состоянии. Под влиянием разнообразных экзогенных и эндогенных факторов, снижающих сопротивляемость организма к инфекции, наступает реактивация латентного ВПГ. Рецидивирующий характер заболевания наблюдается примерно у трети населения, причем у половины из них обострение наступает не реже одного раза в год.

Рецидивирующая ГИ клинически проявляется повторяющимися высыпаниями на коже, роговице и слизистых оболочках. Частота и интенсивность рецидивов варьирует в широких пределах и зависит от иммунологической реактивности организма и воздействия на него провоцирующих факторов, нарушающих установившиеся между вирусом и макроорганизмом биологическое равновесие.

Рецидивирующая форма ГИ встречается намного чаще и в любом возрасте. Рецидивы иногда протекают сравнительно легко, часто без лихорадки и симптомов интоксикации. При рецидивирующей ГИ возможны случаи более тяжелого течения, особенно при поражении глаз, слизистой рта, половых органов и нервной системы.

Клинически ГИ подразделяется на локализованные формы, смешанные и генерализованные.

1. ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ

Рецидивирующие формы ГИ кожи и слизистых

Герпес кожи. Поражение кожи при рецидивирующей ГИ, как и при первичном инфицировании, обычно носит ограниченный, реже — распространенный характер. Высыпания, как правило, локализуются на одном и том же участке кожного покрова. Чаще поражается кожа лица, ягодиц и бедер.

Герпес пальцев рук чаще наблюдается у работников зубоврачебных кабинетов или медперсонала, обслуживающего больных с поражением полости рта, глотки, дыхательного тракта при наличии у них герпетической инфекции.

Входными воротами инфекции обычно являются места незначительных травм. Характерно типичное расположение везикул на дистальных фалангах обычно большого и указательного пальцев. Пузырьки на фоне эритемы, отека и умеренного уплотнения кожи достигают размера мелкой горошины. Содержимое их имеет бледно-желтый цвет, который может быть обусловлен вторичной инфекцией. Часто высыпания сопровождаются болями, лимфангоитом и регионарным лимфаденитом, может быть также недомогание, субфебрильная температура. Регрессирование поражений завершается в две—три недели.

Герпетиформная экзема Капоши — эта клиническая форма герпеса встречается у детей, болеющих экземой, нейродермитом, болезнью Дарье и некоторыми другими дерматозами. Заболевание начинается остро с озноба, повышения

температуры тела до 40°, развития явлений токсикоза и диссеминированной пузырьковой сыпи. Элементы сыпи располагаются на различных участках тела, преимущественно по периферии очагов поражения основного заболевания, чаще поражается лицо. Пузырьки с вдавлением в центре, с гиперемией вокруг быстро превращаются в пустулы с последующим образованием корок. У части больных развивается регионарный лимфаденит. Процесс обычно разрешается в 1—2 недели.

Герпес слизистых оболочек. Поражения слизистых оболочек вирусом простого герпеса делятся на три группы, имеющие различное значение в эпидемиологии заболевания: герпес гениталий, полости рта и конъюнктивы глаз.

Генитальный герпес одно из наиболее распространенных заболеваний, передающихся половым путем. В настоящее время отмечена тенденция к росту заболевания герпесом гениталий.

Первичное инфицирование половых органов происходит преимущественно в период активной половой жизни (18—55 лет) при контакте с партнером, страдающим генитальным герпесом или вирусоносителем.

Первичный генитальный герпес обычно возникает после 1—10 дневного инкубационного периода и отличается от последующих рецидивов более тяжелым и продолжительным течением. У больного может повышаться температура тела до 37,5°—39,0°, появляется общая слабость и недомогание. Локализация поражений на половых органах определяется воротами инфекции. Орогенитальный и аногенитальный контакты могут вызывать герпетический тонзиллит, фарингит, анальный герпес.

Клиническая картина генитального герпеса характеризуется везикулезными и эрозивными, реже язвенными поражениями, возникающими на эритематозно-отечной коже и слизистой оболочке половых органов, прилежащих участках тела. Субъективно больных беспокоит зуд, жжение, болезненность в местах поражения.

Для генитального герпеса характерно тяжелое течение с частыми обострениями у 50—75% больных; редко рецидивирующие формы заболевания встречаются приблизительно у 10% пациентов; у женщин герпетическая инфекция гениталий нередко протекает асимптомно.

При прохождении инфицированных путей может произойти заражение плода. Возможно также трансплацентарное заражение плода, причиной которого является развитие

вирусемии у беременной. Признаки внутриматочной инфекции ВПГ характеризуются задержкой роста плода, микроцефалией, хориоретинитом, групповыми высыпаниями на коже и др.

Рост заболеваемости генитальным герпесом среди взрослых может приводить к более частым случаям заболевания у детей. Имеются единичные сообщения о заболевании детей в пубертатном возрасте, инфицированных бытовым путем.

Герпес полости рта—(лабиальный герпес, гингивостоматит, эзофагит, фарингит) наиболее частая причина бытового распространения заболевания и первичного инфицирования детей; до 40% новорожденных инфицируется при контакте с членами семьи, больными герпесом. Описаны случаи гибели грудных детей, от дессиминированной герпетической инфекции.

Герпетический гингивостоматит встречается главным образом у детей от 2 до 6 лет, но нередко и у взрослых. Температура тела может достигать 39° и на несколько дней предшествовать развитию поражения полости рта; нередко увеличиваются подчелюстные лимфатические узлы. Обычно в начале заболевания у больного возникают явления гингивита, в дальнейшем воспалительный процесс распространяется на внутреннюю поверхность губ, на язык, горло (герпангина). Появившиеся на слизистой оболочке пузырьки быстро лопаются, образуя округлые эрозии. Гингивостоматит часто сопровождается поражением не только красной каймы губ, но и кожи вокруг рта.

Сыпь на слизистой оболочке проявляется поверхностными с округлыми очертаниями эрозиями, но в большинстве случаев на плотной части десен, в отличие от рецидивирующих афт, возникающих на рыхлой слизистой оболочке и имеющих большую воспалительную кайму.

Офтальмогерпес. Наиболее частым клиническим проявлением офтальмогерпеса является поражение роговицы — кератит. Однако вирус герпеса способен поражать практически все отделы глаза, вызывая клиническую картину изолированного блефароконъюнктивита, конъюнктивита, иридоциклита, хориоретинита, увеита, неврита зрительного нерва, флеботромбоза. Заболевание часто приобретает рецидивирующий характер. Типичным проявлением герпетического кератита является древовидный кератит. Нередко офтальмогерпес сочетается с герпетическими поражениями кожи и

центральной нервной системы. Больные офтальмогерпесом должны наблюдаться у врача-офтальмолога.

Помимо двух основных форм герпетической инфекции— первичной и рецидивирующей, в последние годы выделяют еще хроническую активную герпетическую инфекцию.

Хронический активный герпес встречается крайне редко и характеризуется локализованными поражениями кожи и слизистых оболочек. Возникают везикулезные и эрозивно-язвенные герпетические высыпания, которые становятся перманентными и могут существовать в течение нескольких месяцев. Поражения чаще всего представленно одиночными или множественными язвами с геморрагической коркой, по краю которых имеются свежие везикулезные элементы. На слизистой оболочке такие язвы покрыты беловато-серым налетом. Очаги поражения могут достигать в диаметре нескольких сантиметров. Эта редкая клиническая разновидность инфекции наблюдается у больных с измененным иммунологическим статусом в связи с длительным приемом цитостатических и кортикостероидных препаратов по поводу различных заболеваний.

Рецидивирующий герпес с преимущественным поражением кожи и слизистых оболочек, особенно часто рецидивирующие его формы (6—8 и более обострений в год), нередко сопровождается нарушением общего состояния больных. За 12—48 часов до обострения у ряда больных появляются местные и общие продромальные явления: зуд, чувство жжения, болезненности в местах будущих высыпаний, симптомы интоксикации, обусловленные вирусемией, субфебрильная температура, регионарный лимфаденит, иногда лимфангоит и другие расстройства. Эта симптоматика, как правило, постепенно ослабевает через один — три дня после появления везикулезных высыпаний.

Иногда герпетическая инфекция осложняется болевым синдромом, нарушением болевой чувствительности по типу гиперестезии, вегетососудистыми нарушениями. Больные с перечисленной патологией нуждаются в консультации и наблюдении невропатолога и, при необходимости, психиатра.

2. СМЕШАННЫЕ ФОРМЫ

Наиболее часто ГИ протекает как изолированное поражение различной локализации, но могут быть и смешанные формы. Выявляемая как поражение кожи, инфекция в ряде случаев одновременно вызывает поражение слизистых оболочек, центральной нервной системы или глаз.

3. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА

Генерализованная форма ГИ встречается преимущественно у новорожденных, протекает молниеносно (от нескольких часов до двух недель). Инфицирование детей осуществляется от матерей, больных герпесом. Клинически, после не тяжелого поражения кожи, слизистых оболочек или глаз и в ряде сучаев без этих проявлений — резко ухудшается общее состояние, повышается температура, нарастают явления общей интоксикации с симптомами гепатита, пневмонии. менингоэнцефалита. Исход чаще летальный при явлениях коллапса и комы.

Поражение центральной нервной системы.

Герпетические поражения нервной системы чаще встречаются у детей (особенно новорожденных), протекают в тяжелой форме и нередко заканчиваются летально. Отмечается сходство клинической картины герпетических менинго-энцефалитов с энцефалитами другой этиологии. Характерно внезапное начало, высокая лихорадка (39—40°), озноб. В первые дни появляются симптомы поражения менингиальных оболочек, повышение внутричерепного давления. В спинномозговой жидкости находят плеоцитоз, преимущественно лимфоцитарный (до 1000 лейкоцитов), повышенное количество белка. Течение заболевания тяжелое, прогноз плохой.

Диагностика герпетической инфекции

Герпетическая инфекция с преимущественным поражением кожи и слизистых оболочек, проявляясь островоспалительными рецидивами отличается многоформностью клинической картины. При постановке диагноза простого герпеса в первую очередь учитывается клиническая характеристика проявлений болезни; результатам лабораторного исследования принадлежит вспомогательное значение. Тем не менее, при неясной клинической симптоматике, методы лабораторной диагностики оказываются весьма полезными.

Из лабораторных методов применяют:

— вирусологические исследования, при которых вирус выделяется из содержимого герпетических пузырьков, крови, слизи и другого инфицированного материала;

— морфологические исследования, заключающиеся в обнаружении многоядерных гигантских клеток с внутриядерными включениями в соскобах из очагов поражения или срезов, взятых с пораженных тканей;

— серологические исследования — определение нарастания титров специфических антител в период реконвалесценции, особенно при первичном герпесе (реакция нейтрализации, реакция связывания комплемента);

— метод флуоресцирующих антител, иммуноферментный метод, применяемые для выявления в инфицированных клетках антигена ВПГ.

Эрозии и язвы на половых органах при генитальном герпесе могут симулировать сифилитическое поражение. Наиболее выражено это сходство при присоединении вторичной микробной инфекции, вследствии нерациональной терапии и раздражения.

Для исключения сифилиса проводятся дополнительные исследования эрозий и язв на бледную трепонему и крови на реакцию Вассермана. Не исключается возможность одновременного заболевания больного генитальным герпесом и сифилисом.

Трудности возникают также при дифференциальной диагностике кожных поражений ГИ с герпес-зостер. Последний сопровождается длительными обильными болезненными высыпаниями на коже лица и грудной клетке, после которых остаются пигментированные рубцы.

Материалом для выделения ВПГ с целью диагностики герпетического заболевания могут служить содержимое герпетических пузырьков, соскобы с роговой оболочки, жидкость из передней камеры глаза, кровь, спинномозговая жидкость, слюна, кусочки мозга и печени, взятые при биопсии и вскрытии. Вирусосодержащий материал следует хранить не более суток при +4° С. Вирус в течение длительного времени сохраняется при —70° С, тогда как при —20° С он сравнительно быстро инактивируется. Для выделения вируса используют различные методы заражения: внутримозговое для 6—8 г белых мышей, на хориоаллантоисную оболочку 12-дневных куриных эмбрионов и разнообразные клеточные культуры. Дифференциация ВПГ от других неотличимых вирусов семейства герпес-вирусов может быть осуществлена в реакции нейтрализации в культуре ткани и на мышах, методом иммунной электронной микроскопии, РПГА с эритроцитами, сенсибилизированными антигерпетическими антителами, а также антителами против ВПГ, меченных изотиоцианатом флюоресцеина производства Свердловского института вирусных инфекций Минздрава РСФСР, пероксидазой или ферритином (Elisa).

При серологической диагностике важно решить обусловлен ли наблюдаемый случай заболевания активацией хро-

нической инфекции, или первичным заражением. В последнем случае выявляют нарастание титров антител в 4 раза и более. Большая проблема возникает при изучении типоспецифических антител при герпетической инфекции у людей. Это обусловлено тем, что ВПГ 1 и 2 типов имеют много общих антигенов. Исследование классов (IgG, IgA, IgM) вирусспецифических антител также важно для серологической диагностики инфекции. Так, обнаружение IgM антител является признаком первичной инфекции.

В последние годы для диагностики первичного герпеса с успехом используют кожную пробу с герпетическим антигеном. В качестве последнего используют герпетическую неактивированную жидкую поливакцину производства Одесского предприятия бакпрепаратов Минздрава СССР.

Лечение герпетической инфекции

Все существующие методы лечения ГИ можно объединить в несколько групп: симптоматическая терапия, химиотерапия и иммунотерапия.

Симптоматическое лечение состоит в местном применении антисептических препаратов — различных по химической природе веществ, способствующих ограничению распространения очагов инфекции и предупреждающих осложнение процесса (анилиновые краски, борный и салициловый спирты, хлороформ, раствор сульфата цинка и др.).

Химиотерапевтические препараты нарушают процесс взаимодействия вируса и клетки, включаясь в цикл развития вируса на стадии синтеза вирусной ДНК и сборки вирусных частиц, тормозят его репродукцию.

Препараты местного противовирусного действия, применяемые при герпетических поражениях кожи

ОКСОЛИН — обладает вирулицидным действием, применяется в виде 1%, 2% мази. При нанесении мази на пораженную кожу в некоторых случаях возникает скоропроходящее чувство жжения.

АЛПИЗАРИН — применяется в виде мази и линимента 1%, 2%, 5% концентрации.

БОНАФТОН — оказывает противовирусное действие, применяется в виде мази 0,1%, 0,5%, 1% концентрации.

Одним из видов патогенетической терапии ГИ с преимущественным поражением кожи является применение интерферона и индукторов интерферонообразования.

ИНТЕРФЕРОН — низкомолекулярный белок, обладающий противовирусным действием. Для получения его используются лейкоциты донорской крови. Выпускается в сухом виде в ампулах по 200 мкг. Перед употреблением содержимое ампулы разводят в 1 мл дистиллированной воды и применяют в виде примочки на очаг поражения.

ГОССИПОЛ — индуктор интерферона, получаемый при переработке семян хлопка, применяется в виде 3% линимента.

МЕГОСИН — индуктор интерферона, водорастворимый аналог госсипола, применяется в виде 3% мази.

ПОЛУДАН — полиаденил-уридиловая кислота — индуктор интерферона. Выпускается в сухом виде в ампулах по 200 мкг. Применяется в виде примочки (содержимое перед употреблением разводится в 1 мл дистиллированной воды).

При рецидивирующем герпесе кожи и слизистых оболочек мази рекомендуется наносить на очаги поражения тонким слоем 2—4 раза в день в течение 5—10 дней. Использование мазевых препаратов во время обострения ГИ значительно сокращает сроки эпителизации в очагах поражения. Применение индукторов интерферона в межрецидивном периоде — увеличивает длительность ремиссий.

Препараты местного противовирусного действия, применяемые при герпетических поражениях глаз

ФЛОРЕНАЛЬ — бисульфитное соединение 2-флюоренонил гликсаля, обладает наибольшей противовирусной активностью среди полиоксосоединений флюоренового ряда; используется в виде 0,25%; 0,5% мази.

ОФТАН-ИДУ — 0,1% раствор 5-йод-2'-дезоксиуридина, эффективное противовирусное средство для лечения поверхностных герпетических кератитов и кератоконъюнктивитов. Применяется в виде ежечасных местных инстилляций (по 1—2 капле). Общий срок применения этого препарата не должен превышать 3-х недель.

БОНАФТОН — в офтальмологической практике используют 0,5% мазь (2—3 раза в день).

ИНТЕРФЕРОН — применяется в виде глазных капель 3—4 раза в день.

ПОЛУДАН — препарат используют в виде частых инстилляций в конъюнктивальную полость глаза (до 8 раз в день) при поверхностных формах герпетического кератита, а при глубоких — в виде повторных субконъюнктивальных инъекций по 100—200 мкг (15—25 инъекций на курс).

ПИРОГЕНАЛ — индуктор интерферона, применяется в виде глазных капель в концентрации 100 МПД, в 1,0 мл для профилактики и лечения поверхностных проявлений офтальмогерпеса, а также в виде субконъюнктивальных (в дозе по 30—50 МПД) и внутримышечных инъекций (в дозе от 25 до 300 МПД).

Для лечения герпетических кератитов наряду с противовирусными средствами с успехом используют микрохирургические вмешательства (микродиатермокоагуляции — соскоб, криоаппликации, лазер-коагуляция язв роговицы) и лечебную пересадку роговицы.

Регулярное использование наружных противовирусных средств во время рецидивов, начиная с появления продромальных явлений, способствует удлинению ремиссий, исчезновению субъективных ощущений и, в ряде случаев клиническому выздоровлению.

При выраженных экссудативных явлениях у больных с рецидивирующим герпесом кожи и слизистых, при вскрытии пузырьков и образовании эрозий рекомендуется применять противовоспалительные примочки (0,5—0,1% раствор сульфата цинка, спиртовые 40% протирания). В острой стадии болезни, особенно при наличии общих симптомов (недомогание, головная боль, повышение температуры и т. п.), показаны препараты кальция (пантотенат, глюконат, кальцекс, уротропин) в инъекциях и внутрь. Они способствуют повышению проницаемости сосудов ,тормозят развитие воспалительного процесса, оказывают дезинтоксикационное действие.

Следует отметить, что применение кортикостероидных препаратов (гидрокортизона, дексаметазона, фторокорта, флуцинара и др.) при герпетических поражениях кожи, слизистых оболочек и глаз **противопоказано** при наличии язвенных форм ГИ, а также без сочетания с противовирусными средствами при кератитах без изъязвления. Нарушение этого правила может привести к обострению вирусного процесса, а также к присоединению вторичной гнойной бактериальной инфекции.

Иммунотерапия при герпетической инфекции

Наибольшее значение в лечении хронической герпетической инфекции имеет иммунотерапия, повышающая специфические и неспецифические факторы иммунитета.

Специфическая иммунотерапия рецидивирующего герпеса способствует повышению противовирусного иммунитета. Она

включает применение поливалентной тканевой убитой герпетической вакцины (Одесского предприятия по производству бактерийных препаратов Минздрава СССР). Эта вакцина, являющаяся противорецидивным препаратом при герпетической инфекции применяется в период ремиссий. Препарат вводят во внутреннюю поверхность предплечья строго внутрикожно в дозе 0,2—0,25 мл. Курс лечения состоит из 10 инъекций, первые пять из которых делают один раз в 3 дня, следующие пять—после двухнедельного перерыва 1 раз в 7—10 дней.

Введение препарата в организм (обычно 1—2 первые инъекции), как правило, сопровождается выраженной местной реакцией: гиперемией, папулой, размером от 0,5 до 1,5—2 см в диаметре. Наряду с местной реакцией, у больных с часто рецидивирующими формами ГИ в ответ на введение вакцины иногда возникает общая реакция (озноб, гипертермия, головная боль, боли в мышцах, артралгия, появляющиеся через 8—12 часов и исчезающие в течение суток. У части больных наблюдается очаговая реакция: появление после первых инъекций везикулезных элементов на местах обычных герпетических высыпаний, сопровождающихся чувством жжения и зудом.

Больным с часто рецидивирующими формами ГИ (6 и более раз в год) сопровождающимися нарушением общего самочувствия, с целью уменьшения общей реакции организма в ответ на введение вакцины, рекомендуется снизить дозу первых двух инъекций до 0,1—0,2 мл. Уменьшение интенсивности клинических проявлений рецидивов болезни и сроков разрешения высыпаний у большинства больных отмечается к окончанию курса вакцинотерапии. Более выраженный терапевтический эффект проявляется через 1,5—2 месяца после окончания вакцинации.

Повторная иммунотерапия проводится через 6 месяцев после окончания основного курса лечения в количестве 5 инъекций препарата по 0,2—0,25 мл внутрикожно во внутреннюю поверхность предплечья 1 раз в 3 дня. Для достижения стойкого терапевтического эффекта показано проведение 5—6 последующих курсов иммунотерапии через каждые 6 месяцев по описанной выше схеме.

Неспецифическая иммунотерапия

ТИМАЛИН — активный пептид тимуса. Применяется для лечения и профилактики рецидивов герпетической инфекции. Курс лечения включает 10 внутримышечных инъекций по 10 мг.

ЛЕВАМИЗОЛ (декарис) назначается по 0,005 — 0,1 г один раз в день после еды 3-дневными циклами с 4-дневными перерывами или через день в течение 3—5 недель под контролем гематологических показателей. Лечение проводится преимущественно во время рецидивов, но может быть назначено с профилактической целью (1—2 цикла) в период ремиссии.

ИММУНОГЛОБУЛИН, ГАММА-ГЛОБУЛИН (противокоревой) применяется во время рецидивов болезни по 3,0 мл внутримышечно 1 раз в 3 дня по 5—10 инъекций на курс.

Нередко оказывается полезным применение пирогенала в апирогенных дозах по 50—100—150 мкг через день в течение 3—4 недель. Этот препарат является стимулятором выработки эндогенного интерферона.

АУТОГЕМОТЕРАПИЯ — 5—10 мл венозной крови больного вводится внутримышечно каждый третий день, на курс 6—8 процедур.

ВИТАМИНОТЕРАПИЯ — B_1 по 1,0 мл внутримышечно, B_{12} по 250—500 мкг внутримышечно через день, по 15 инъекций на курс.

Терапия рецидивирующей ГИ в зависимости от фазы заболевания

Рецидив	Стихание рецидива	Ремиссия
1. Интерферон	1. Тималин	1. Герпетическая вакцина
2. Индукторы интерферона	2. Левамизол	2. Индукторы интерферона
3. Противовирусные химиопрепараты: мази оксолиновая, алпизариновая и др.	3. Иммуноглобулины	
4. Иммуноглобулины		
5. Левамизол		
6. Аскорбиновая кислота		

Наиболее выраженный терапевтический эффект наблюдается при применении общего и местного лечения, комбинированном использовании двух-трех препаратов с различными механизмами противовирусного действия.

Важное значение для профилактики рецидивирующей ГИ имеет лечение сопутствующих заболеваний, соблюдение правильного режима питания, сна, работы и отдыха. В успешном осуществлении профилактического направления при данной инфекции большую роль играет диспансеризация лиц, болеющих рецидивирующим простым герпесом. Диспансерный метод имеет своей задачей выявление больных простым герпесом, особенно в ранней стадии заболевания, изучение причин его возникновения и предупреждения дальнейшего развития процесса и осложнений. Диспансеризация предусматривает своевременное планомерное применение лечебных и профилактических мероприятий.

Учитывая то, что генитальный герпес передается, главным образом, половым путем и существует опасность заражения в первую очередь лиц, имеющих случайные половые связи, определенное профилактическое значение имеет также санитарно-просветительная работа. Больным генитальным герпесом необходимо воздерживаться от половой жизни до полного разрешения рецидива.

Индивидуальная профилактика складывается из мер, направленных на укрепление организма и повышение устойчивости последнего к инфекции (закаливание, спорт и пр.). К мерам общегигиенического характера профилактики герпеса относится соблюдение правил личной гигиены.

Диспансерный метод наблюдения, применение специфических противовирусных и неспецифических препаратов, направленных на повышение резистентности организма, проведение общего комплекса лечебно-профилактических мер способствует решению задачи терапии ГИ и снижению заболеваемости рецидивирующим герпесом.

Л 70273 от 06.06.1986 г. Зак. 895 Тир. 1000

Типография Министерства здравоохранения СССР