

Зерттеу мақсаты – Алматы қаласы ірі мегаполисінде тұратын әйелдерде менопаузаның басталуының орта жасын, мерзімінен бұрын және ерте менопаузаның жиілігін, сондай-ақ климакстық синдромның түрлі көріністерін анықтау.

Материал мен әдістер: Алматы қаласындағы әйелдер консультацияларында профилактикалық тексеруден өткен 40-69 жастағы әйелдерге толтырылған 3536 сауалнама материал болып табылады. Климакстық синдром белгісі бар әйелдерде модификациялық менопаузальдық индекс – ММИ пайдалана отырып, оның ауырлығы анықталды. Жеке алғандағы және баллдардағы жиынтығымен нейровегетативтік, айырбас-эндокриндік және психикалық эмоционалдық симптомдарының белгілерінің ауырлығы жиілігі мен дәрежесі анықталды.

Нәтижелері мен талқылау: 3286 сауалнама талданды (250 респонденттің анамнезінде ұрпақ өрбіту жүйесі органдарына операциялық шара қолдану орын алған, сондықтан олар зерттеуден алынып тасталды). Орта жастың 50-54 жасты құрайтыны, менопаузаның басталу жасы – $49,9 \pm 0,1$ жас екені, климакстық синдром белгісі менопауза кезеңіндегі әйелдердің 72,1% анықталды. Менопаузада болған 2386 әйелдің 2248-сінде нейровегетативтік симптомдар тіркелген, бұл $94,2 \pm 0,9\%$ құрайды.

Қорытындылар: Климакстық синдром көріністерінің жоғары жиілігіне қарамастан қала емханаларына дәрігерлік көмекке жүгінудің деңгейі төмен (116 оқиға – 4,9%). Респонденттердің 65,7% менопаузаға теріс пікірлерін және емделу қажеттілігі туралы ақпараттың жоқтығын атап көрсеткен. Гормоналдық емдеуге теріс көзқарас қалыптасқан. Алмастырушы гормоналдық емдеу дәрі-дәрмектерін бақылаусыз қабылдау оқиғалары орын алған. Перименопауза кезеңіндегі әйелдерге медициналық көмекті жақсарту үшін барлық мамандықтағы дәрігерлердің бірлескен күш-жігері қажет.

Негізгі сөздер: климакстық синдром, гормональдық емдеу, өмір сапасы.

SUMMARY

N.N. KOBZAR, N.N. MEZINOVA, V.N. LOKSHIN

The Kazakh-Russian Medical University, Almaty c.

THE FEATURES OF THE CLIMACTERIC SYNDROME IN WOMEN IN ALMATY

The purpose of the study is to determine the average age of menopause, the frequency of the premature and early menopause, as well as the different manifestations of the climacteric syndrome in women living in a large metropolis Almaty.

Materials and Methods: The materials were 3536 questionnaires completed by the women of 40-69 years old which have been screened at the antenatal clinics in Almaty. In women with the climacteric syndrome its severity was determined using a modified menopausal index – MMI. There were determined the frequency and the severity of the manifestations of neurovegetative, endocrine and metabolic and psycho-emotional symptoms separately and their sum in scores.

Results and Discussion: We analyzed 3286 questionnaires (in medical history of 250 respondents there were surgical interventions on the reproductive organs, so they were excluded from the study). It was established that the average age was 50-54 years old, the age of the menopause – $49,9 \pm 0,1$ years old, the climacteric syndrome had 72.1% of the women in menopause. From 2386 women in menopause 2248 had the registered neurovegetative symptoms that was $94,2 \pm 0,9\%$.

Conclusions: Despite the high frequency of the manifestations of the climacteric syndrome, there is the low uptake for the medical assistance in the clinics of the city (116 cases – 4.9%). The respondents in 65.7% noted a negative attitude toward the menopause and the lack of awareness of the need for its treatment. It is formed a negative attitude to the hormone therapy. There have been cases of uncontrolled supplementation of hormone replacement therapy. The efforts of the doctors of all specialties are necessary to improve the health care for women during the perimenopause.

Key words: menopause, hormone therapy, quality of life.

ИНФЕКЦИИ

УДК 616.921.5-06

А.К. ДУЙСЕНОВА¹, Г.А. ШОПАЕВА¹, А.А. ЕРГАЛИЕВА¹, А.М. КУАТБАЕВА³,
Л.Б. СЕЙДУЛАЕВА¹, А.К. АЙСЕКЕНОВ², А.Н. ВАСЕЦКИЙ², Г.Д. УТЕЖАНОВА²

¹Казхакский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, ²Военный клинический госпиталь,

³Казхакская республиканская санитарно-эпидемиологическая станция МЗ РК, г. Алматы

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИППА А(Н3N2), СОПРОВОЖДАВШЕГОСЯ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ

Статья посвящена актуальной патологии инфектологии. На грипп вместе с другими острыми респираторными инфекциями (ОРИ) вирусной этиологии приходится свыше 75% всех случаев инфекционных заболеваний.

Приведен пример клинического случая тяжелого течения гриппа А(Н3N2), вызвавшего диагностические трудности. Особенностью случая является развитие васкулита инфекционно-аллергического генеза, который был расценен как системное заболевание с развитием геморрагического васкулита.

Ключевые слова: (Н3N2) грипп, клиника, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.

Грипп – наиболее массовое инфекционное заболевание человечества с присущей ему особенностью к глобальному, быстрому и широкому распространению [1]. На грипп вместе с другими острыми респираторными инфекциями (ОРИ) вирусной

этиологии приходится свыше 75% всех случаев инфекционных заболеваний [2]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире гриппом заболевают 5-10% взрослого населения и 20-30% детей, из них 3-5 млн. случаев характеризу-

ются тяжелым течением и 250-500 тыс. заканчиваются смертельным исходом.

В 2009 году ВОЗ официально подняла сигнал тревоги по поводу вспышки свиного гриппа, явившегося первым знаком глобальной пандемии за последний 41 год. В первый год зарегистрировано 5728 случаев гриппа A/California/04/2009 (H1N1) в 33 странах.

Пандемический грипп характеризуется тяжелым течением, развитием осложнений как вирусной, так и бактериальной этиологии, высокой летальностью, особенно среди группы риска.

В Республике Казахстан в течение эпидсезона в 2008-2009 гг. и 2009-2010 гг. циркулировал вирус гриппа A(H1N1). Начиная с 2011-2012 гг., наряду с вирусом гриппа A(H1N1), стали циркулировать вирусы A(H3N2) и B. В эпидсезоне 2012-2013 гг. наблюдалась преобладающая циркуляция вируса гриппа A/H3N2 (55%) и B (40%). В сравнении с прошлым эпидсезоном 2011-2012 гг. в 9,8 раза уменьшилась регистрация вируса гриппа A(H1N1) и в 10,7 раза увеличилась регистрация вируса гриппа B. В начале эпидемического сезона отмечалась активная циркуляция вируса гриппа A(H1N1) в южных регионах республики (Алматинская, Жамбылская, Южно-Казахстанская области и г. Алматы), на территории других регионов заболеваемость гриппом была вызвана в основном вирусом гриппа A(H3N2) с присоединением вируса гриппа типа B в конце эпидсезона.

В возрастной структуре наибольшее количество случаев гриппа, вызванного типами A(H1N1) и A(H3N2), отмечено в возрастной группе 15-29 лет (36,6% и 41,5%), типом B – у детей в возрасте от 5 до 14 лет (29,1%) (Жандосов Ш.У., Куатбаева А.М., 2013). В настоящее время из общего числа идентифицированных вирусов гриппа типа A были субтипированы 111 (51%), из них 44 (39,6%) как вирус A(H1N1) pdm09 и 67 (60,4%) – как вирус A(H3).

В 2011-2012 гг. в этиологической структуре вирусов гриппа стал циркулировать A(H3N2). Повышенное внимание медицинских работников было сосредоточено на пандемическом штамме вируса, в то время как уже к 2012-2013 гг. серопозитивные лица к антигену вируса гриппа A(H1N1) составили 97-99%. Пока не сформировалась достаточная иммунная прослойка, лица, впервые встретившиеся с вирусом, как правило, болеют в тяжелой форме. Тяжелое течение гриппа в этот период было обусловлено вирусом гриппа A(H3N2) и типа B.

Приводим пример клинического случая тяжелого течения гриппа A(H3N2), вызвавшего диагностические сложности.

11.03.2013 года в инфекционное отделение Военного клинического госпиталя МО РК (г. Алматы) поступил пациент Т., 22 лет, с жалобами на повышение температуры до 39°C, сопровождавшееся ознобом, слабостью, ломотой в теле, головной болью, а также на першение в горле, редкий кашель и высыпания по всему телу. Заболел остро 10.03.2013 г., когда стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Появилась мелкоточечная сыпь (в первый день на кистях, предплечьях, с последующим распространением на туловище, нижние конечности) без зуда, также отмечались боли в мелких суставах кистей рук, отечность лица. При поступлении состояние средней степени тяжести, сознание ясное, адекватное. На кожных покровах верхних конечностей, груди, живота, спины и нижних конечностей отмечается мелкопятнистая сыпь с геморрагическим компонентом, местами склонная к сливанию (рис. 1, 2). Задняя стенка глотки незначительно гиперемирована, отечна. В легких дыхание везикулярное с жестким оттенком, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 70 уд./мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при паль-

пации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины «отрицательные». Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания «отрицательный» с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

В гемограмме: признаки анемии (Hb-116 г/л), тромбоцитопения (135×10^9 /л), нормальное содержание лейкоцитов ($5,6 \times 10^9$ /л) со сдвигом формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы – 17%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%: эозинофилы – 10%), лимфоцитопения (4%/3%). СОЭ (8 мм/ч.).

ОАМ от 12.03.2013 г: цвет – светло-желтый, уд. вес – 1015, белок – отр., эп. плоский – 8-9 в п/з, лейкоц. – 0-1 п/з., эритроциты не измененные – 0-1 в п/зр. Слизь +, окс. ++.

В биохимическом анализе крови от 12.03.2013: общий белок – 57,1 г/л, мочевины – 4,6 ммоль/л, креатинин – 103,0 ммоль/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л, АлаТ – 33 мккат/л, АсаТ – 54 мккат/л, билирубин общий – 9,0 ммоль/л. Протромбиновый индекс – 68%, общий фибриноген – 4,6, фибриноген Б+.

ЭКГ от 12.03.2013 синусовая тахикардия, ЧСС 91 в 1 мин, горизонтальное положение ЭОС. Очаговая внутрисердечная блокада в области задней стенки. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Диффузные изменения миокарда. Признаки перикардита.

Больной осмотрен инфекционистом совместно с кардиологом, дерматологом. Выставлен предварительный диагноз: Краснуха? среднетяжелое течение. Геморрагический васкулит, кожная форма?

Проводилась дифференциальная диагностика с зоонозными инфекциями (иерсиниозом, листериозом), геморрагическим васкулитом, инфекционно-аллергическим васкулитом, тромбоцитопенической пурпурой, клещевым риккетсиозом, герпетической инфекцией, гриппом. 12.03.13 г. в связи с ухудшением состояния переведен в ОРИТ.

13.03.13. Проведен консилиум с участием ППС кафедры интернатуры и резидентуры по терапии №1 КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова. Заключение консилиума: Предварительный диагноз: Инфекционно-аллергический васкулит, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании данных объективного осмотра – поражения кожи в виде появления обильной мелкоточечной сыпи с геморрагическим компонентом по всему телу, местами склонной к сливанию, с образованием эритематозных пятен, не возвышающаяся над уровнем кожи, без зуда, болей в мелких суставах. К лечению добавлена гормонотерапия. В тот же день больной осмотрен профессором кафедры инфекционных и тропических болезней. Предварительный диагноз: Псевдотуберкулез? генерализованная форма, тяжелое течение, капилляротоксикоз. Диагноз выставлен на основании острого начала заболевания, выраженного синдрома общей интоксикации, фебрильной лихорадки, полиочаговости в виде катарального воспаления слизистой ротоглотки, болей в мелких суставах, увеличения печени, селезенки, лимфатических узлов, поражения кожи в виде появления мелкоточечной сыпи с геморрагическим компонентом по всему телу, преимущественно на симметричных участках тела, без субъективных нарушений. Из эпиданамнеза: является военнослужащим. Живет в казарме (где проживает 50 человек), питается в столовой. Периодически участвует в стрельбищах в полевых условиях.

Проводилась интенсивная дезинтоксикационная терапия, комплексная антибактериальная терапия (роцефин, метрид, абактал), гормонотерапия, антигистаминные препараты, антикоагулянты, симптоматическое лечение. Несмотря на проводимую терапию, положительного те-



Рисунок 1 – Больной Т., 2-й день болезни, 2-й день госпитализации. Геморрагическая сыпь на предплечьях.

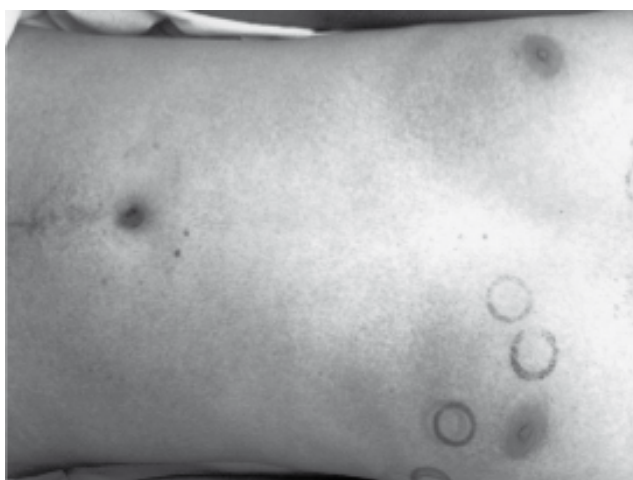


Рисунок 2 – Больной Т., 2-й день болезни, 2-й день госпитализации. Геморрагическая сыпь на животе.

рапевтического эффекта не было. 15.03.13 г. состояние больного ухудшилось: выросли симптомы интоксикации, геморрагическая сыпь распространилась по всему телу, присоединились симптомы дыхательной недостаточности в виде отека легкого и ДВС-синдрома. Больной переведен на ИВЛ, проводилась посиндромная терапия.

Заключение обзорной рентгенограммы органов грудной клетки от 15.03.2013 г.: «На фоне усиленного деформированного легочного рисунка определяются множественные инфильтративные тени различных величин сливного характера, преимущественно в нижних отделах обоих легких, корни расширены за счет правой границы сердца. Признаки отека легкого».

16.03.13 г. повторно проведен консилиум сотрудников кафедры инфекционных и тропических болезней. Заключение: Генерализованная инфекция вирусно-бактериальной этиологии (герпетическая инфекция?). Дифференцировать с сепсисом. Осложнение: ИТШ 2 степени (от 11.03.13-12.03.13 г.). ДВС-синдром. Отек легких от 16.03.13.

18.03.13 г. получены результаты вирусологического исследования крови, выявлены антитела к вирусу гриппа типа А(Н3N2) в концентрации 1/160. Выставлен окончательный диагноз: Грипп А(Н3N2), тяжелое течение. Вирусная пневмония, тяжелое течение. Осложнение: Отек

легких (15.03.13). Острый миокардит. ДВС-синдром. Инфекционно-аллергический васкулит, тяжелое течение ДН 2 ст. Двусторонний плеврит. 18.03.13 г. к лечению добавлен осельтамивир (тамифлю) в суточной дозе 150 мг *per os*. На 2-й день терапии наблюдалась положительная динамика: состояние больного улучшилось, температура тела нормализовалась, купировались симптомы интоксикации, явления геморрагического синдрома. Следует отметить, что клинические проявления васкулита купировались после отмены гормонов и назначения тамифлю, что указывает на его вирусную (гриппозную) этиологию.

Пациент выписан из госпиталя 16.04.13 г. на 36-й день болезни в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, проявления геморрагического васкулита обусловлены свойствами вируса гриппа, которые характеризуются эпителиотропностью, пневмотропностью, ангиотропностью. Суставной синдром был обусловлен тяжелой интоксикацией. Одним из характерных отличий гриппа от других ОРВИ является выраженная интоксикация, сопровождающаяся ломотой в теле, миалгиями и артралгиями.

Сходство некоторых симптомов гриппа и других инфекционных и неинфекционных заболеваний часто приводит к диагностическим затруднениям и огромному числу ошибок. Многолетний опыт показывает, что с диагнозом: Токсический грипп в стационары направляются больные с более чем 80 различными нозологическими формами [3]. Группой авторов проанализированы амбулаторные карты и истории болезни 1707 больных, направленных в крупный инфекционный стационар для взрослых с диагнозом: Токсический грипп в межэпидемические месяцы (январь-июнь). Оказалось, что только у 983 больных (57,8%) в качестве окончательного диагноза фигурировали «грипп» и «другие ОРЗ». В остальных 720 (42,2%) случаях направительный диагноз оказался ошибочным. У 225 (13,2%) больных диагностированы неинфекционные терапевтические заболевания. У 296 больных выявлены другие инфекционные болезни. Как это ни странно, среди последних оказалось довольно большая группа инфекционных экзантем в фазе высыпания: корь (62), псевдотуберкулез (43), рожа (17), болезнь Брилла (6), инфекционная эритема (4), краснуха (3) и ветряная оспа (2). Второе место по частоте занимала группа острых кишечных инфекций (61 больной), далее следовали орнитоз, острые менингиты, вирусный гепатит и прочие инфекции. Авторы выявили несколько наиболее важных причин затруднения диагностики, заключающихся в общности симптоматики начального периода многих инфекционных болезней, когда еще отсутствуют или слабо выражены кардинальные симптомы, свойственные той или иной нозологической форме. Объективные трудности играют роль примерно в 20-35% случаев.

Выводы

1. Грипп А(Н3N2) может протекать в тяжелой форме с развитием вирусной пневмонии, васкулита инфекционно-аллергического генеза, миокардита.
2. Показаниями для обследования на грипп являются высокая лихорадка, симптомы интоксикации, катаральные проявления, пневмония, геморрагическая сыпь, миокардит.
3. Современной эпидемиологической особенностью гриппа является пролонгация эпидсезона до марта–мая месяцев. Традиционно в этот период эпидемиологическая устойчивость по гриппу снижается.
4. При осложненном течении гриппа необходимо проводить широкую дифференциальную диагностику с инфекционными и неинфекционными заболеваниями.
5. Осельтамивир (тамифлю) эффективен при гриппе А(Н3N2) даже при его назначении на 8-й день болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Чучалин А.Г. Респираторная медицина. – М.: Гэотар-Медиа, – Т. 1. – 2007

2 Бецукова А.М. Клинико-эпидемиологические аспекты гриппа А/Н1N1/SW и гриппа А/Н3N2 //Материалы VII научно-практической конференции Южного Федерального округа с международным участием: «Актуальные вопросы инфекционной патологии». – Краснодар, 2012. – С. 30–31

3 Чепик Е.Б. и соавт. Клиническая и дифференциальная диагностика гриппа и его осложнений. С. – 1991. – С. 272-278

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**А.К. ДУЙСЕНОВА¹, Г.А. ШОПАЕВА¹,
А.А. ЕРГАЛИЕВА¹, А.М. КУАТБАЕВА³,
Л.Б. СЕЙДУЛАЕВА¹, А.К. АЙСЕКЕНОВ²,
А.Н. ВАСЕЦКИЙ², Г.Д. УТЕЖАНОВА²**

¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,

²Әскери клиникалық госпиталь,

³ҚР ДСМ Қазақстан Республикасының

санитарлық-эпидемиялық станциясы, Алматы қ.

ИНФЕКЦИЯЛЫҚ-АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ВАСКУЛИТ-ПЕН ӨТКЕН, А(Н3N2) ГРИППТІҢ АУЫР АҒЫМЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ

2009 жылы ДДҰ-ы А/California/04/2009 (H1N1) гриппінің пандемиясы деп ресми түрде жариялады. Қазақстан Республикасында 2008-2009ж.ж және 2009-2010ж.ж. эпидемиялық маусым кезінде А(H1N1)грипп вирусы таралды. 2011-2012 ж.ж. басында А(H1N1), А(H3N2) және В грипп вирустары тарала бастады. Вируспен алғаш кездескен адамдарда коллективті иммундық жауап қалыптаспағанша, ауру ауыр түрде өтеді. Диагностикалық қиындық туындатқан А(H3N2) гриппінің ауыр ағымының клиникалық көрінісі келтірілді. Аурудың ерекшелігі: жүйелі ауру ретінде бағаланған геморрагиялық васкулит грипптің ауыр түрінде дамитын инфекциялық-аллергиялық васкулит болып табылды. Сол

себепті тағайындалған гормональді препараттардың әсері болмады. Грипп диагнозы расталғаннан кейін, аурудың 8-ші күнінде тағайындалған осельтамивир препаратының терапиялық әсері нәтижелі болып, науқас ауруханадан қанағаттанарлық жағдайда шықты.

Негізгі сөздер: (H3N2)грипп, клиника, салыстырмалы диагностика, асқынуы, емі.

SUMMARY

**A.K. DUISSENOVA¹, G.A. SHOPAYEVA¹,
A.A. YERGALIYEVA¹, A.M. KUATBAYEVA³,
L.B. SEIDULAYEVA¹, A.K. AISEKENOV²,
A.N. VASSETSKIY², G.D. UTEZHANOVA²**

¹Kazakh National Medical University n. a.

after S.D. Asfendiyarov,

²Military Clinical Hospital,

³Kazakh Republican Sanitary-Epidemiology Station, Almaty c.

CLINICAL CASE OF SEVERE INFLUENZA A (H3N2) WITH INFECTIOUS-ALLERGIC VASCULITIS

In 2009 the WHO officially declared an influenza A / California/04/2009 (H1N1) pandemic. Influenza virus A (H1N1) circulated during 2008-2009 and 2009-2010 epidemic seasons in Kazakhstan. Since 2011-2012 influenza viruses A (H1N1), A (H3N2) and B were registered. Since sufficient immune stratum has not yet formed, individuals who experience virus first time usually suffer from a severe form of the disease. We present a clinical case of severe influenza A (H3N2) with the diagnostic difficulties. The peculiarity of this case is the development of vasculitis of the infectious-allergic genesis which has been indicated as a systemic disease with hemorrhagic vasculitis. As a result hormonal treatment caused no effect. Oseltamivir was prescribed to the patient on the 8th day of the illness after confirming the diagnosis of "Flu". The effect of treatment was positive. The patient was discharged from the hospital in satisfactory condition.

Key words: influenza A (H3N2), clinical features, differential diagnosis, complications, treatment.

УДК 616.523

**О.И. ШАРИПОВА, М.А. ШАРИПОВ, А.В. ЛИ, С.В. БУДЯКОВ, Ю.А. ГЛЕБОВ,
А.К. МУСАИПОВ, Д.У. САЙДАЗОВ, С.М. САДЫКОВ**

Областная больница, урологическое отделение, г. Петропавловск

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Лечение больных с герпетической урогенитальной инфекцией представляет определенные трудности и требует иммунореабилитации пациентов. Под наблюдением находилось 10 пациентов-мужчин с типичной формой генитально-го герпеса. Проводилась комплексная терапия, которая включала, наряду с местным и симптоматическим лечением, препарат Гроприносин (инозин пранобекс), обладающий одновременно противовирусным и иммуномодулирующим действием. Получены положительные результаты лечения. Гроприносин рекомендуется авторами статьи для лечения герпетической инфекции и предотвращения ее рецидивов.

Ключевые слова: генитальный герпес, ВПГ-1, ВПГ-2, элиминация, рецидив, иммунокоррекция, Гроприносин.

Герпес является одной из самых распространенных вирусных инфекций человека. В настоящее время, из всех существующих вирусов, известно более 100 герпес-вирусов, 8 из них выделено от человека. Герпес-вирусы способны пожизненно персистировать в организме человека и вызывать заболевания с многообразными клиническими проявлениями [1]. Генитальный герпес вызывают два серотипа вируса простого герпеса ВПГ-1 и ВПГ-2, наиболее часто ВПГ-2 [2]. Генитальный герпес – заболевание, которое передается половым путём, поражает людей молодого

возраста, представляя опасность для репродуктивного здоровья. Это широко распространенное заболевание, встречающееся в 80-200 случаях на 100 тыс. населения. Обращаемость к урологам, гинекологам составляет не более 15% от реальной заболеваемости, так как у 10-20% от общего числа инфицированных заболевание характеризуется определенными клиническими проявлениями [2]. Вирус простого герпеса при генитальном герпесе персистировать у мужчин в мочеполовом тракте, а у женщин – в канале шейки матки; влагалище, уретре. Пациенты с бессимптомным течением заболевания