

Д.Г. Живиця, В.Г. Казека

## ПСИХІЧНІ І ПСИХОТИЧНІ РОЗЛАДИ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВААРТ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

*У ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) часто (35-50 %) діагностуються супутні психічні розлади. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) метадоном і бупренорфіном є потужним елементом профілактики ВІЛ, а високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ) – обов'язковою складовою комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим. Мета дослідження – оцінка впливу психічних та психотичних розладів на ефективність ВААРТ у хворих на ВІЛ-інфекцію СІН при проведенні ЗПТ. У дослідження включено 33 хворих на ВІЛ-інфекцію СІН, в яких до початку ЗПТ, ВААРТ і через 24 тиж. лікування проводилася оцінка ступеня психічних й психотичних розладів за шкалами BPRS і MADRS. Вірусологічна ефективність ВААРТ визначалася на 24-му тиж. лікування.*

*На тлі проведення ЗПТ до початку ВААРТ у всіх хворих відмічене зниження інтенсивності психотичних і депресивних розладів, що через 24 тиж. прийому ВААРТ склало 12 балів за BPRS і 6 балів за MADRS. На фоні ВААРТ через 24 тиж. у 25 (75,8 %) хворих досягнуто повну супресію ВІЛ, у 8 (24,2 %) осіб зареєстровано вірусологічну неефективність ВААРТ. Ступінь психотичних і психічних розладів у хворих з вірусологічно неефективністю до початку ВААРТ був значимо вищий та склав 43 (41,5-46,5) бали за шкалою BPRS і 16 (14-17,5) – за шкалою MADRS. Більшість пацієнтів з психотичними розладами (>41 балу за BPRS) і/чи депресивними порушеннями (>14 балів за MADRS) не досягли вірусологічної ефективності через 24 тижні ВААРТ. На фоні ЗПТ у ВІЛ-інфікованих СІН знижується ступінь психотичних і депресивних розладів, що позитивно впливає на вірусологічну ефективність ВААРТ. Низьку вірусологічну ефективність ВААРТ можна прогнозувати у хворих на ВІЛ-інфекцію СІН при оцінці >41 балу за BPRS і/чи >14 балів за MADRS.*

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, ВААРТ, CD4-лімфоцит, метадон, бупренорфін, споживачі ін'єкційних наркотиків.

Сучасний стан розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в країні характеризується значним поширенням ВІЛ серед різних контингентів населення, в першу чергу серед осіб, які належать до груп високого ризику інфікування; нерівномірним поширенням ВІЛ-інфекції по різних територіях України; зміною домінуючих шляхів передачі ВІЛ.

Незважаючи на багаторічну тенденцію до зниження, актуальність парентерального шляху передачі при ін'єкційному введенні наркотичних препаратів в Україні залишається високою – 26,6 % у 2015 році. СІН є соціальною групою, яка все ще залишається найбільш вразливою як середовище, де активно розповсюджується ВІЛ. Кумулятивна частка СІН серед всіх офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції складає 68 %. Це підтримує розвиток епідемії і не дозволяє взяти її під повний контроль [1].

У ВІЛ-інфікованих СІН часто (35-50 %) діагностуються супутні психічні розлади. Серед вкрай різноманітних психічних порушень, що відзначаються у ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків, провідне місце посідають депресивні синдроми. Масштабне скринінгове дослідження виявило, що протягом останнього року більше 30 % ВІЛ-позитивних СІН відмітили у себе симптоми депресії. Вони можуть бути проявом маніакально-депресивного психозу (так звані великі депресії, циклотимії) або бути обумовленими відміною опіоїдів (ангедонія в опіоїдних наркозалежних). Друге місце посідають тривожні розлади. Пацієнти відчувають немотивовану тривогу, obsesivні думки, фобії. На цьому тлі буває важко встановити продуктивний стосовно організації лікування контакт [2].

Оцінка ступеня психічних і психотичних розладів проводиться за шкалою Монтгомері-Асберга (MADRS) та Короткою психіатричною оцінковою шкалою (BPRS), які належать до числа об'єктивних клінічних інструментів, широко застосовуваних у сучасній медицині. MADRS і BPRS прості і зручні в застосуванні, використовувати їх можуть як психіатри, так і лікарі загальної практики,

психологи. Застосування шкали Монтгомері-Асберг, також як і Короткої психіатричної оцінкової шкали, застосоване на клінічному інтерв'ю, коли дослідник задає випробуваному наведені в бланку шкали питання.

Високий ступінь валідності та широкі можливості до застосування стосовно пацієнтів різного профілю патології служили критеріями вибору даних шкал як інструмента дослідження [3].

В сучасних умовах одним з ефективних методів лікування наркозалежності є проведення ЗПТ, особливо для ВІЛ-інфікованих СІН, які потребують проведення ВААРТ. Для замісної терапії рекомендується використання двох препаратів – метадону чи бупренорфіну. Проведені дослідження довели, що участь в програмах ЗПТ значно підвищує утримання пацієнтів на лікуванні; суттєво зменшує ризиковану та кримінальну поведінку, ймовірність смерті внаслідок передозування, вживання нелегальних опіоїдів, ризик рецидиву та повернення до вживання нелегальних наркотиків і є предиктором задовільної прихильності до ВААРТ [4-6].

Метою нашого дослідження було оцінити вплив психічних та психотичних розладів на ефективність ВААРТ у хворих на ВІЛ-інфекцію СІН у динаміці спостереження на фоні проведення замісної підтримувальної терапії; оцінити можливість застосування шкал депресії у ВІЛ-позитивних пацієнтів – споживачів ін'єкційних наркотиків.

### Пацієнти і методи

У дослідження було включено 33 хворих на ВІЛ-інфекцію СІН, які перебували на обліку в Запорізькому обласному центрі профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІД й раніше не отримували ВААРТ та не мали активних опортуністичних інфекцій.

Середній вік хворих склав 37 років (від 24 до 52). Жінок було 8 (24,5 %), чоловіків 25 (75,5 %), середній строк споживання наркотичних речовин – 14 років (від 2 до 26). Серед обстежених хворих у 2 (6,0 %) пацієнтів діагностовано I клінічну стадію ВІЛ-інфекції, у 2 (6,0 %) – II, у 14 (42,5 %) – III, у 15 (45,5 %) – IV клінічну стадію (відповідно до класифікації ВООЗ, 2006). Середній строк перебування на диспансерному обліку з моменту виявлення ВІЛ-інфекції до початку ВААРТ склав 6 років (від 1 до 16 років). З 15 хворих з IV клінічною стадією у 13 (86,5 %) основним СНІД-індикаторним захворюванням в анамнезі був туберкульоз.

Для оцінки ступеня психотичних розладів у динаміці спостереження використовувалася Коротка психіатрична оцінкова шкала (BPRS). Шкала містить 18 пунктів, які оцінюють той чи інший тип продуктивної симптоматики за 7-бальною шкалою: від 0 – відсутній до 7 – вкрай гостро виражений симптом. Інтерпретація результатів проводить-

ся шляхом підсумовування 18 оцінок для визначення загальної нездатності до адаптації. Для BPRS з низьким рівнем порушень можна вважати загальний бал до 40, середнім – 40-60, високим – понад 60. Оцінка депресії проводилася за допомогою шкали Монтгомері-Асберга. Шкала MADRS розроблена для швидкої оцінки тяжкості депресії і її динаміки в процесі терапії. Вона містить 10 основних ознак депресії, які оцінюються за 6-бальною системою. Інтерпретація результатів проводиться шляхом підсумовування: від 0 до 6 балів – відсутність депресивного епізоду; від 7 до 19 балів – малий депресивний епізод; від 20 до 34 балів – помірний депресивний епізод; понад 35 балів – великий депресивний епізод. Існуючі сьогодні критерії ремісії за результатами заповнення шкали MADRS досить волюнтаристичні, проте більшість авторів сходиться на думці, що ремісія відповідає редукції симптоматики до 10 балів і менше [7].

Оцінка ступеня психотичних та психічних розладів проводилася до початку ЗПТ і ВААРТ та через 24 тиж. проведення високоактивної антиретровірусної терапії.

Після оцінки ступеня психічних і психотичних розладів пацієнти були включені в програму ЗПТ з використанням метадону – 22 (66,0 %) особи чи бупренорфіну – 11 (34,0 %). Призначення ЗПТ проводилося в три етапи: індукції, стабілізації і підтримки. Початкова доза метадону була у межах 20-30 мг, бупренорфіну 4 мг із поступовим збільшенням дози. Нарощували дозу метадону по 5 мг та бупренорфіну по 2 мг щоденно на першому тижні лікування. У фазу стабілізації (2-6-й тиждень) дозу поступово продовжували нарощувати, в середньому не вище 20 мг метадону та не більше 8 мг бупренорфіну протягом тижня. У підтримувальній фазі лікування середня доза метадону склала 110 мг, бупренорфіну – 12 мг.

Після включення в програму ЗПТ всім хворим була призначена ВААРТ відповідно до клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків [8]. Середній строк перебування в програмі ЗПТ до початку ВААРТ склав 23,7 міс. (від 1 до 60) і залежав від швидкості прогресування імуносупресії і появи інших показань для призначення ВААРТ.

Схеми ВААРТ, які отримували наші пацієнти, представлені в таблиці 1.

Визначення рівня вірусного навантаження HIV-RNA у крові проводилось методом полімеразної ланцюгової реакції з використанням тест-систем Abbott Realtime™ HIV-1 на ампліфікаторе Abbott Real-time m2000rt (США). Рівень вірусного навантаження HIV-RNA у хворих визначали перед призначенням ВААРТ та через 24 тиж. лікування. До початку ВААРТ вірусне навантаження HIV-RNA було досліджено у 27 хворих, середній рівень склав 4,89 (4,1-5,2) Іg копій/мл.

Таблиця 1

Схеми ВААПТ, які отримували хворі на ВІЛ-інфекцію

Схема	Кількість хворих	
	абс.	%
AZT/3TC+EFV	17	51,5
TDF/3TC+EFV	5	15,1
AZT/3TC+LPV/rtv	4	12,1
d4T/3TC+EFV	2	6,1
AZT/3TC+NVP	2	6,1
TDF/FTC+EFV	3	9,1
Разом	33	100,0

Статистичну обробку отриманих даних проводили за використанням комп'ютерної програми STATISTICA 6.0. Для визначення нормальності розподілу ознак використовували графічний метод, критерій Ліллієфорса і W-критерій Шапіро-Уїлка. Більшість ознак не мали нормального розподілу, тому дані представлені у вигляді Me (IQR), де Me – медіана, IQR – інтерквартильний розмах (нижній квартиль – верхній квартиль). Для порівняння незалежних груп використовували U критерій Мана-Уїтні, для порівняння залежних груп – критерій Вілкоксона. Кореляційний аналіз виконували методом рангових кореляцій Спірмена. Розходження вважали статистично значимими при  $p < 0,05$ .

### Результати досліджень та їх обговорення

Динаміка ступеня психотичних і психічних розладів у хворих на ВІЛ-інфекцію в динаміці проведення ЗПТ та ВААПТ представлена в таблиці 2.

Таблиця 2

Оцінка ступеня психотичних та психічних розладів за шкалою BPRS та шкалою MADRS у хворих в динаміці проведення ЗПТ і ВААПТ

Шкала	ЗПТ	Початок ВААПТ	24 тижні ВААПТ
BPRS	34 (31-45)	27 (21-41)*	15 (12-30)*,**
MADRS	14 (12-17)	9 (7-14)*	8 (6-12)*

Примітки: \* – значуща розбіжність з початковим рівнем за критерієм Вілкоксона ( $p < 0,05$ ); \*\* – значуща розбіжність з 24 тижнями за критерієм Вілкоксона ( $p < 0,05$ ).

До початку ЗПТ середня оцінка ступеня психотичних розладів за шкалою BPRS склала 34 (31-45) бали. При цьому у 18 (55 %) хворих зареєстрований низький рівень (менше 40 балів за BPRS), у 15 (45 %) хворих – середній рівень порушень із загальним балом від 40 до 60 за BPRS. Високого рівня психотичних порушень (більше 60 балів за шкалою BPRS) у наших хворих не було.

При проведенні оцінки тяжкості депресії за допомогою шкали Монтгомері-Асберга середній рівень психічних порушень відповідав 14 (12-17) балам. У 5 (15 %) хворих не виявлені депресивні розлади (менше 6 балів за MADRS), у 25 (76 %) осіб зафіксований малий депресивний епізод (від 7 до 19 балів за MADRS) та у 3 (9 %) хворих спостерігався помірний депресивний епізод (від 20 до 34 балів за MADRS). Пацієнти з великим депресивним епізодом (оцінка за шкалою MADRS більше 35) були відсутні.

На фоні проведення ЗПТ до початку ВААПТ у всіх хворих відмічалось зниження інтенсивності психотичних розладів – до 27 (21-41) балів за BPRS, середній показник зниження склав 7 балів. У 21 (64 %) хворого мав місце низький рівень порушень, і у 12 (36 %) хворих був зареєстрований середній рівень порушень. При оцінці психотичних розладів через 24 тиж. прийому ВААПТ продовжувалось подальше зниження показника до 15 балів, і загальний середній показник зниження склав 12 балів. У 30 (91 %) хворих мав місце низький рівень порушень, і у 3 (9 %) хворих був зареєстрований середній рівень порушень.

Інтенсивність депресії на фоні лікування агоністами опіоїдів до початку ВААПТ і через 24 тиж. прийому антиретровірусної терапії значимо знизилася до 9 (7-14) і 8 (6-12) балів за MADRS відповідно, та загальний середній показник зниження склав 5 балів. У 9 (27 %) хворих спостерігався малий депресивний епізод, у решти – ремісія, що відповідає редукції симптоматики 6 балів і менше за MADRS.

Через 24 тиж. ВААПТ у 25 (75,8 %) хворих була досягнута повна супресія ВІЛ (HIV-RNA < 50 копій/мл). У 8 (24,2 %) пацієнтів була зареєстрована вірусологічна неефективність ВААПТ. Середній рівень вірусного навантаження HIV-RNA у пацієнтів з вірусологічною невдачею склав 2,06 (1,75-3,49) Іg копій/мл. Показники психотичних та психічних розладів за шкалами до початку лікування залежно від вірусологічної ефективності через 24 тиж. ВААПТ наведено в таблиці 3.

Таблиця 3

Ступінь психотичних і психічних розладів за шкалою BPRS та шкалою MADRS у хворих на ВІЛ-інфекцію до початку ВААПТ залежно від рівня вірусного навантаження HIV-RNA на 24-му тижні лікування

Шкала	HIV-RNA > 50 копій/мл 24 тижні АРТ (n=8)	HIV-RNA < 50 копій/мл 24 тижні АРТ (n=25)
BPRS	43 (41,5-46,5)	22 (19-30)*
MADRS	16 (14-17,5)	8 (6-9)*

Примітка. \* – значиме розходження за U критерієм Мана-Уїтні ( $p < 0,05$ ).

Ступінь психотичних і психічних розладів за шкалами у 8 хворих з вірусологічною неефективністю до початку призначення ВААПТ був значимо вищий, ніж у хворих, які досягли повної вірусної супресії, і склав 43 (41,5-46,5) бали за шкалою BPRS і 16 (14-17,5) балів за шкалою MADRS. У хворих з вірусологічною ефективністю ВААПТ (HIV-RNA<50 копій/мл) на 24-му тижні, бал оцінки за шкалами BPRS та MADRS склав 22 (19-30) і 8 (6-9) відповідно.

Усі хворі з низьким рівнем психотичних розладів і відсутніми депресивними порушеннями досягли повної вірусної супресії, тоді як більшість пацієнтів з психотичними розладами (більше 41 балу за BPRS) і/чи депресивними порушеннями (більше 14 балів за MADRS) не досягли вірусологічної ефективності на 24-му тижні ВААПТ.

Таким чином, оцінка ступеня психотичних розладів за шкалою BPRS і ступеня депресії за шкалою MADRS до призначення ВААПТ у хворих на ВІЛ-інфекцію споживачів ін'єкційних наркотиків може використовуватися для прогнозування вірусологічної ефективності ВААПТ на 24-му тижні лікування. При оцінці до початку ВААПТ за шкалою BPRS більше 41 балу і/чи оцінці за шкалою MADRS більше 14 балів можна прогнозувати вірусологічну неефективність ВААПТ на 24-му тижні лікування.

Проведене дослідження свідчить, що застосування ЗПТ у хворих на ВІЛ СІН істотно знижує ступінь психотичних розладів та депресивних станів і підвищує вірусологічну ефективність ВААПТ, що може бути пов'язано із значним підвищенням прихильності до лікування у зазначеній категорії хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок споживання психоактивних речовин з вмістом опіоїдів [9, 10].

Замісна підтримувальна терапія є одним із ефективних методів лікування наркотичної залежності та забезпечення високої прихильності до ВААПТ. Відомо, що пацієнти, які активно вживають психоактивні речовини, рідко можуть досягти адекватного рівня прихильності у лікуванні таких суспільно небезпечних хвороб, як ВІЛ, туберкульоз, вірусний гепатит. Після стабілізації фізичного та психологічного стану у пацієнтів, залежних від опіоїдів, за допомогою замісних препаратів вдається забезпечити достатній рівень прихильності в значно більшій кількості випадків [11].

#### Висновки

1. На фоні замісної підтримувальної терапії у ВІЛ-інфікованих СІН знижується ступінь психотичних розладів з 34 (31-45) до 27 (21-41) балів за шкалою BPRS і ступінь депресивних станів з 14 (12-17) до 9 (7-14) балів за шкалою MADRS.

2. Зниження ступеня психотичних розладів і депресивних станів на фоні замісної підтримувальної те-

рапії позитивно впливає на вірусологічну ефективність ВААПТ у ВІЛ-інфікованих СІН.

3. Низьку вірусологічну ефективність ВААПТ можна прогнозувати у хворих на ВІЛ СІН при оцінці за BPRS більше 41 балу і/чи оцінці за MADRS більше 14 балів до початку лікування.

#### Література

1. Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України. (2016). *ВІЛ-інфекція в Україні* (№45). [Інформаційний бюлетень].
2. Zimmerman, M., Chelminski, I., McGlinchey, J.B. (2008). A clinically useful depression outcome scale. *Compr. Psychiatry*, 49(2), 131-140.
3. Chawarski, M.C., Mazlan, M., Schottenfeld R.S. (2011). Behavioral drug and HIV risk reduction counseling (BDRC) with abstinence-contingent take-home buprenorphine: a pilot randomized clinical trial *Drug Alcohol Depend.* *J. Infect. Dis.*, 204, (6), 12-15.
4. Wolfe, D., Carrieri, M.P., Shepard, D. (2010). Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*, 31, 355-366.
5. Mathers, B.M., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., Mattick, R.P. ... Strathdee, S.A. (2010). Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 20, 1014-1028.
6. Schaub, M., Chtenguelov, V., Subata, E., Weiler, G., Uchtenhagen, A. (2010). Feasibility of buprenorphine and methadone maintenance programmes among users of home made opioids in Ukraine. *Int. J. Drug Policy*, 21, 229-233.
7. Lachar, D., Bailley, S. E. (2011). New subscales for an anchored version of the Brief Psychiatric Rating Scale: Construction, reliability, and validity in acute psychiatric admissions. *Psychological Assessment*, 13, 384-395.
8. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, Наказ МОЗ України 551 (2010).
9. Todadze, Kh., Mosia, S. (2016). Dynamics of opioid substitution treatment in different initial substance user opioid dependent patients. *Georgian Med. News*, 254, 56-61.
10. Spire, B., Lucas, G.M., Carrieri, M.P. (2007). Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST). *Int. J. Drug Policy*, 18(4), 262-270.
11. Roux, P., Kouanfack, C., Cohen, J. (2011). Adherence to anti-retroviral treatment in HIV- positive patients in the Cameroon context: promoting the use of medication reminder methods. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 57, (1), 40-43.

### PSYCHOTIC AND MENTAL DISORDERS AND EFFECTIVENESS OF ART IN HIV-INFECTED INJECTION DRUG USERS

D.H. Zhyvytsia, V.H. Kazeka

Zaporizhzhia Medical Academy of Post-Graduate Education  
Ministry of Health of Ukraine

**SUMMARY.** In HIV-infected injecting drug users (IDUs) related mental disorders are often diagnosed (35-50 % of all patients). Methadone and buprenorphine substitution maintenance therapy (SMT) is a powerful

element of HIV/AIDS prevention. Antiretroviral therapy (ART) is an integral part of medical care for HIV-positive patients.

The aim of our study was to evaluate the impact of psychotic and mental disorders on the effectiveness ART in HIV-infected IDUs with substitution therapy.

In the study we included 33 HIV-infected injection drug users, with evaluation degree of mental and psychotic disorders by BPRS and MADRS scales before SMT, ART and after 24 weeks of treatment.

Against the background of SMT to initiation of ART in all patients was marked reduction in the intensity of psychotic and depressive disorders, and after 24 weeks of ART reduction rate reached 12 points for the BPRS, and 6 points on the MADRS, respectively.

After 24 weeks of ART in 25 (75.8 %) patients had achieved a complete suppression of HIV (HIV-RNA <50 copies / ml). In 8 (24.2 %) patients had virological registered inefficiency ART. The degree of psychotic and mental disorders on scales in patients with virological

ineffectiveness before the appointment of ART was significantly higher than in patients who achieved complete viral suppression, and reached 43 (41,5-46,5) scores by BPRS, and 16 (14-17,5) points by MADRS. The majority of patients with psychotic disorders (more than 41 points for BPRS) and / or depressive disorders (more than 14 points on MADRS) did not achieve virological efficacy after 24 weeks of treatment ART.

The SMT in HIV-infected IDUs decreased level of psychotic disorders and depression and has positively affects on the virologic effectiveness of ART. Low virological efficacy of ART can be predicted in HIV-infected IDUs in the evaluation on BPRS scores over 41 and / or MADRS score by more than 14 points.

**Key words:** HIV infection, ART, CD4 cell, methadone, buprenorphine, injecting drug users.

Отримано 25.08.2016 р.

© Шмига Т.В., Пукаляк Р.М., Гаєвська В.Ю., Гаєвський В.Ю., 2016  
УДК 616.98:576.858.13]-036.87-06:(618.177+616.697)-036  
DOI 10.11603/1681-2727.2016.4.7211

Т.В. Шмига, Р.М. Пукаляк, В.Ю. Гаєвська, В.Ю. Гаєвський

## КЛІНІЧНІ ТА ІНФЕКТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З РЕЦИДИВНОЮ АКТИВОВАНОЮ ГЕРПЕТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЮ 1/2 ТИПУ ТА БЕЗПЛІДДЯМ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,  
Львівський обласний клінічний діагностичний центр

Обстежено 120 хворих з рецидивною активованою герпетичною інфекцією 1/2 типу, серед яких безпліддя було діагностоване у 63 пацієнтів. Виявлено, що клінічні прояви рецидивної інфекції вірусу простого герпесу (ВПГ) 1/2, особливо дерматологічного характеру, найбільше виражені у безплідних хворих, для яких були характерні часті рецидиви ВПГ 1/2, наявність ДНК ВПГ 1/2 у всіх досліджуваних клінічних зразках (слини, крові й зскрібках з місць уражень) та підвищені титри IgG у сироватці крові.

**Ключові слова:** простий герпес, клініка, рецидив, безпліддя.

Існування інфекції в організмі жінки або чоловіка є однією із серйозних причин безпліддя, яке вивчається і лікарями-практиками, і величезними науковими інститутами в різних країнах: ведуться спостереження, створюються спеціальні програми. Статистичні дані ВООЗ свідчать, що з проблемою безпліддя за весь репродуктивний період життя стикається до 8 % подружніх пар у всьому світі [1-3]. У більшості випадків причини безпліддя залишаються невідомими [4]. Існує все більше доказів того, що вірусні інфекції відіграють певну роль в патогенезі чоловічого і жіночого безпліддя [2, 3, 5]. Серед мікроорганізмів, які колонізують у чоловічих і