

© Н. И. Чернова, Ю. Н. Перламуртов, 2015  
УДК 616.523-085

**Н. И. Чернова**

канд. мед. наук

**Ю. Н. Перламуртов**

докт. мед. наук

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова, Москва

## Опыт применения противовирусных препаратов с прямым и опосредованным действием в терапии пациентов с рецидивирующим генитальным герпесом

Результаты исследования, описанного в статье, показали высокую эффективность комплексного лечения больных с рецидивирующим генитальным герпесом препаратом «Ферровир®» (раствор для внутримышечного введения 15 мг/мл). Он быстро купирует клинические симптомы (зуд, жжение, боли по ходу нервных окончаний и т. д.), оказывает положительное влияние на частоту и длительность рецидивов заболевания. Препарат может быть рекомендован для широкого применения в терапии пациентов с герпетической инфекцией.

**Ключевые слова:** герпетическая инфекция, рецидивирующий генитальный герпес, Ферровир®, противовирусная активность

Широкий спектр клинических проявлений, вызываемых вирусом простого герпеса (ВПГ), позволяет рассматривать герпетическую инфекцию как междисциплинарную проблему. С заболеваниями, ассоциируемыми с ВПГ, постоянно встречаются дерматовенерологи и косметологи, акушеры-гинекологи, урологи, стоматологи, онкологи, педиатры, инфекционисты, невропатологи. Генитальный герпес — наиболее распространенное эрозивно-язвенное заболевание гениталий, возбудителем которого является ВПГ 1-го и/или 2-го типа [1]. Инфицирование происходит при орогенитальных, аногенитальных и генитальных половых контактах от партнера, имеющего герпетическую инфекцию, как при наличии клинической симптоматики, так и в период латентного выделения вируса.

По МКБ-10 генитальный герпес представлен в рубрике А 60, где выделяют шифры А 60.0 — Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта и А 60.1 — Герпетическая инфекция перианальных кожных покровов и прямой кишки. В клинической практике различают первый клинический эпизод и рецидивирующий генитальный герпес (РГГ).

Клиническая картина представлена сгруппированными везикулами, наполненными, чаще всего, серозным содержимым, с локализацией

на коже наружных половых органов, ягодиц и бедер, перианальной области слизистой оболочки влагалища и шейки матки, уретры. Больные предъявляют жалобы на зуд, жжение, боль в очагах поражения, в некоторых случаях отмечают вялость, быструю утомляемость, головную боль, субфебрильную температуру тела, парестезии по ходу нервных окончаний [2]. Более чем у 50 % пациентов с РГГ отмечают нарушения психоэмоциональной сферы, у 15 % — сексуальной [3]. Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений. Лабораторные методы исследования используют для уточнения этиологии заболевания, при атипичных формах, а также для дифференциальной диагностики. В клинической практике содержимое везикул, соскобы, биологические жидкости (кровь, моча) и секреты организма (слизь, секрет предстательной железы, эякулят) исследуют молекулярно-биологическими методами, прежде всего ПЦР, реже — методом культуры клеток и иммунофлюоресцентным (ПИФ) методом.

Целью терапии герпетической инфекции согласно принципам, основанным на отечественных и зарубежных рекомендациях, прежде всего Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК), ВОЗ, CDC, Европейских рекомендациях, является купирование клинических симптомов (зуд, жжение, боль, лихорадка), сокращение сроков эпителизации поражений, уменьшение частоты и тяжести рецидивов, предупреждение развития осложнений. Сложность терапии сопряжена с персистенцией виру-

Надежда Ивановна Чернова  
e-mail: d.chernova@mail.ru

сов в ЦНС и неспособностью противовирусных средств проникать через гематоэнцефалический барьер, выработкой вирусами механизмов снижения эффективности иммунного ответа хозяина, развитием резистентности к специфической терапии [4]. Среди противогерпетических препаратов наибольшее распространение получили ациклические нуклеозиды — Ацикловир, Валацикловир и Фамцикловир. Их систематическое применение блокирует репликацию ВПГ, обеспечивая частичный контроль инфекции. Препараты используют в режиме эпизодического или супрессивного лечения. Эпизодическая терапия подразумевает пероральный прием препаратов в момент обострения инфекции. Такой метод наиболее эффективен у пациентов с редкими высыпаниями.

*Рекомендуемые схемы для эпизодической терапии рецидивов:*

- Ацикловир 200 мг 5 раз в сутки перорально в течение 5 дней;
- или Ацикловир 400 мг 3 раза в сутки перорально в течение 5 дней;
- или Валацикловир 500 мг 2 раза в сутки перорально в течение 5 дней;
- или Фамцикловир 125 мг 2 раза в сутки перорально в течение 5 дней.

Супрессивная терапия (назначение препарата ежедневно) в 80 % случаев предотвращает рецидивы герпеса и обеспечивает психологическое преимущество над лечением, проводимым во время обострений. Режим наиболее эффективен у пациентов с высыпаниями чаще 6 раз в год или для предупреждения обострений при воздействии известного триггерного фактора.

*Рекомендуемые схемы для супрессивной терапии:*

- Валацикловир 500 мг 1 раз в сутки перорально;
- или Фамцикловир 250 мг внутрь 2 раза в сутки перорально;
- или Ацикловир 400 мг 2 раза в сутки перорально.

Основной проблемой для специалистов является частота и тяжесть рецидивов после прекращения лечения, решить которую в настоящее время не удается [5]. Применение химиотерапевтических средств с противогерпетической активностью показало, что, быстро и эффективно купируя острые проявления, они не предотвращают рецидивов герпетической инфекции, а в ряде случаев, даже не снижают их частоту [6]. Нереалистические ожидания от специфической терапии вызывают пессимизм у врачей и психоэмоциональные нарушения у пациентов и делают необходимым комплексное лечение больных с частыми рецидивами препаратами с противо-

вирусной, иммуномодулирующей и антиоксидантной активностью [7].

Наряду с разработкой новых химических противовирусных средств, прежде всего производных аминокислот, модифицированных пиримидиновых и пуриновых оснований, фосфорорганических синтетических соединений, ведется интенсивный поиск соединений растительного происхождения, способных корректировать факторы, провоцирующие воспаление, иммунные нарушения с одновременной активацией репаративных процессов. Это позволит сократить продолжительность основных симптомов заболевания, а также снизить вероятность осложнений.

В данном аспекте представляет интерес отечественный препарат природного происхождения «Ферровир®», действующим веществом которого является очищенная и стандартизованная соль дезоксирибонуклеата натрия в комплексе с железом. Это противовирусный препарат с иммуномодулирующим и протективным действием. Ферровир® является агонистом толл-подобных рецепторов 9 (*Toll-like receptors 9, TLR9, CD289*) [8], он активизирует противовирусный, противогрибковый и противомикробный иммунитет, проявляет противовирусное действие по отношению к РНК- и ДНК-содержащим вирусам. Стимулируемые Ферровиром® через *TLR9* плазматодитные дендритные клетки способны влиять на дифференциацию *Th0* в *Th2* (наивных *T*-хелперов в *T*-хелперы 2-го типа). Под влиянием *Th2* происходит дифференциация *B*-лимфоцитов в плазматические клетки, секретирующие *IgG2, IgG4*.

Интенсивность репарации многослойного плоского неороговевающего эпителия нижних половых путей после их язвенно-некротического поражения вирусом генитального герпеса лимитируется скоростью синтеза факторов фибро-, ангио-, эпителиогенеза. Основными клетками в этом процессе являются резидентные (тканевые) макрофаги *M2*. Наиболее активным и разносторонним медиатором фибро- и ангиогенеза (фундаментальных процессов, обеспечивающих репарацию тканей) является трансформирующий фактор роста  $\beta$  (*TGF- $\beta$* ), который синтезируется макрофагами *M2*, активируемыми через *TLR9*, мотивами *CpG*, содержащимися в Ферровире®. Стимулированные посредством дезоксирибонуклеата натрия макрофаги синтезируют трансформирующий фактор роста  $\beta$  (*TGF- $\beta$* ). Воздействуя на *TLR9* макрофагов в фазе очищения раны, усиливается фагоцитоз макрофагами тканевого детрита, инфекционных агентов (вирусы и эукариотическая флора).

После очищения поврежденной кожи и слизистой оболочки, когда воздействие инфекционного окружения на макрофаги посредством патоген-ассоциированных мембранных паттернов через рецепторы-«мусорщики» и лектиновые рецепторы отсутствует, стимуляция *TLR 9* Ферровиром® приводит к усилению ими синтеза *TGF-β*, противовоспалительного фактора и самого мощного стимулятора репарации и регенерации. Кроме того, *TGF-β* является противовоспалительным цитокином и ингибирует протеолиз, что также способствует уменьшению воспаления и началу репарации. Экспрессия *TGF-β* широко распространена в самых разных тканях, поэтому усиление его синтеза резидентными макрофагами под воздействием дезоксирибонуклеата натрия способно усиливать процессы репарации и регенерации. Кроме этого, стимулированные макрофаги синтезируют также *TGF-α*, фактор роста эпидермиса (*EGF*), что также способствует усилению процессов репарации, регенерации поврежденной кожи и слизистой оболочки [9]. Цель исследования — изучение клинической эффективности препарата «Ферровир®» (раствор для внутримышечного введения 15 мг/мл) в комплексной терапии пациентов с РГГ.

### Материалы и методы

Под наблюдением находилось 50 пациентов (16 мужчин и 34 женщины) в возрасте от 24 до 48 лет с рецидивирующим генитальным герпесом (РГГ) с жалобами на слабость, головную боль, субфебрильную температуру, разбитость, раздражительность, плаксивость, неприятные ощущения в области крестца и задней поверхности бедра, зуд, жжение и боль в очаге высыпаний. Для лечения/профилактики заболевания всегда использовали химические аналоги нуклеозидов — 37 (74 %) пациентов, периодически — 8 (16 %), не использовали — 5 (10 %).

Верификация диагноза проводилась на основании молекулярно-генетического исследования ПЦР в режиме реального времени (Real time PCR) с определением вирусной нагрузки и типированием ДНК ВПГ. Исследованию подвергался клинический материал с кожи и слизистых.

Методом произвольной выборки пациенты были распределены в две группы по 25 человек.

В 1-ю группу вошли 6 мужчин и 19 женщин, которым было проведено комплексное лечение препаратами: Валацикловир по 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней и Ферровир®, раствор для внутримышечного введения 15 мг/мл. Способ применения препарата «Ферровир®» заклю-

чался во внутримышечном введении раствора по 5 мл (75 мг) 1 раз в сутки через 24 ч в течение 10 дней, 10 инъекций на курс.

Во 2-ю группу (сравнения) вошли 10 мужчин и 15 женщин, получавших стандартную терапию Валацикловиром по 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней согласно Клиническим рекомендациям по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями РОДВК, 2013 г. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу, соматическому статусу, данным анамнеза и клиническим проявлениям заболевания ( $p > 0,05$ ).

Оценка эффективности терапии проводилась на основании динамики субъективных (зуд, жжение, боль, общее состояние) и объективных (везикулы, эрозии, корки) симптомов, времени эпителизации, увеличения длительности ремиссии самим больным и врачом-исследователем.

#### Критерии эффективности

Оценка эффективности терапии проводилась по следующей шкале:

- отсутствие эффекта — сохранившаяся частота обострений и интенсивности клинических симптомов;
- умеренная эффективность — уменьшение интенсивности клинических симптомов и увеличение длительности ремиссии в 1,5–2 раза;
- высокая эффективность — уменьшение интенсивности клинических симптомов и увеличение длительности ремиссии в 2,5–3 раза.

На протяжении исследования проводилось шесть визитов: скрининг (визит 0), на котором оценивались критерии включения пациентов, проводился сбор анамнеза, осмотр кожи и слизистых гениталий до лечения; через 1–2 дня после скрининга (визит 1) — назначение лечения; на 6-й день после окончания приема Валацикловира (визит 2). Далее на 30±5-й день исследования (визит 3); 60±5-й день исследования (визит 4); 180±5-й день исследования (визит 5) с лабораторным контролем (на 30±5, 60±5 дни).

Безопасность и переносимость лечения оценивалась на основе регистрации нежелательных явлений, сопутствующих заболеваний и лабораторных показателей.

### Результаты и обсуждения

Полученные результаты показали, что у пациентов группы 1, получавших комбинированную терапию Валацикловиром и препаратом «Ферровир®», типичные клинические проявления герпеса отмечены во всех 100 % случаях. У большинства больных 20 (80 %) очаги поражения локализовались в области ягодиц, у 5 —

на лобке. Частота рецидивов 2–3 раза в год была у 13 (52 %), 4–5 раз в год у 10 (40 %), 6 раз в год у 2 (8 %). Средняя длительность одного эпизода герпеса без лечения составила  $10 \pm 2$  дня (min 8 дней, max 21 дня). Средняя длительность рецидива герпеса при условии приема противогерпетических препаратов —  $7,32 \pm 2,2$  дня (min 5 дней, max 14 дней). В основном, все опрошенные пациенты связывали появление обострений с переохлаждением — 16 (64 %), стрессом — 20 (80 %), простудными заболеваниями — 14 (56 %), менструацией — 11 (44 %). У 13 (52 %) из 25 больных рецидивы герпеса сопровождалась выраженным депрессивным состоянием у 7 (28 %), субфебрильной температурой у 9 (36 %), головной болью у 4 (16 %), повышенной утомляемостью у 17 (68 %), нервозностью у 17 (68 %), нарушениями сна у 11 (44 %). Все больные предъявляли жалобы на боль по ходу нервных окончаний.

При исследовании соскобов при помощи PCR ДНК вируса простого герпеса 2-го типа обнаружена у всех больных. Лечение начали через 24 ч от начала высыпаний 16 (64 %) человек, через 2 сут 9 (36 %) пациентов.

При опросе на втором визите купирование зуда и жжения на 2-й день лечения отмечали 22 (88 %) больных, на 3-й день — 1 (4 %) пациент, на 4-е сутки — 2 (8 %) человека (табл. 1).

Регресс боли в области чувствительных нервов на 3-й день лечения зарегистрирован в 21 (84 %) случае, на 4-й день лечения — в 3 (12 %), на 5-е сутки — у 1 (4 %) больного. Было зафиксировано, что 17 (68 %) пациентов отметили, что на фоне применения Ферровира® и Валацикловира время эпителизации герпетических поражений сократилось в 3 раза, у 8 (32 %) человек в 2 раза. Результаты анализа по динамике кожных проявлений показали, что на фоне комбинированной терапии новых высыпаний не было ни в одном случае, образование корок произошло на 2–3-й день, отпадение на 4–5-й день лечения.

При контрольном визите через  $30 \pm 2$  дня у пациентов, получавших терапию с включением препарата «Ферровир®», жалоб и рецидивов герпеса не регистрировали. При исследовании соскобов при помощи PCR через  $30 \pm 2$  дня все образцы были отрицательными.

На осмотре через  $60 \pm 2$ -й день после лечения у 2 (8 %) больных отмечено abortивное течение рецидива, самостоятельно разрешившееся в течение 3 дней: единичные везикулы, на гиперемированном отечном основании, сопровождающиеся незначительным зудом. Жжение и боль

по ходу седалищного нерва отсутствовали. При исследовании соскобов при помощи PCR через  $60 \pm 2$  дней отмечалось выделение ДНК вируса простого герпеса 2-го типа у 2 (8 %) больных.

Всего за период наблюдения 6 мес ( $180 \pm 2$ -й день) рецидивы герпеса после комбинированной терапии наблюдались у 7 (28 %) пациентов. При этом больные отмечали, что длительность и количество высыпаний уменьшились, отсутствовали явления продромы, температура, головная боль, нервозность, утомляемость, нарушения сна и, что особенно важно, боли по ходу седалищного нерва.

Таким образом, после проведения терапии с включением препарата «Ферровир®» высокая эффективность в отношении увеличения длительности ремиссии отмечалась у 16 (64 %) человек, умеренная эффективность — увеличение длительности ремиссии в 1,5–2 раза у 9 (36 %) пациентов, без эффекта больных не было (табл. 2).

Следует отметить, что при внутримышечном введении препарата «Ферровир®», раствор 15 мг/мл у 3 человек зарегистрирована гиперемия в области введения препарата, у 5 пациентов — болезненность в момент инъекции. Перечисленные жалобы не являлись ярко выраженными, носили транзиторный характер, не нарушали работоспособность и общее самочувствие, что не явилось поводом для отмены препарата.

При анализе данных пациентов группы 2, получавших терапию Валацикловиrom, типичное течение герпеса зарегистрировано у всех больных. Поражение в области ягодиц зарегистрировано у 16 (64 %) человек, бедра 2 (8 %), лобка 7 (28 %). Частота рецидивов 2–3 раза в год была у 17 (68 %), 4–5 раз в год у 4 (16 %), 6 раз в год у 4 (16 %). Средняя длительность одного эпизода герпеса (без лечения) —  $13 \pm 3$  дня. Среди факторов, провоцирующих рецидивы, назывались простудные заболевания — 11 (44 %), менструация — 8 (32 %), нервное перенапряжение — 16 (64 %). Рецидивы герпеса сопровождалась дискомфортом и болью по ходу нервных окончаний у 25 (100 %) больных, разбитостью у 15 (60 %) нервозностью у 14 (56 %).

При исследовании соскобов при помощи PCR ДНК вируса простого герпеса 1/2-го типа обнаружена у всех больных. Лечение начали в первый день высыпаний 18 (72 %) пациентов, во второй 7 (28 %) человек.

В ходе опроса на втором визите купирование зуда и жжения в области высыпаний на фоне приема Валацикловира на 2-й день лечения отмечали 2 (8 %) больных, на 3-й день — 8 (32 %) пациентов, на 4-й день — 15 (60 %), см. табл. 1.



Таблица 1

**Эффективность купирования клинических симптомов и рецидивов генитального герпеса у больных обеих групп**

Клинические симптомы	1-я группа (Ферровир® + Валацикловир), сут	2-я группа (Валацикловир), сут
Зуд и жжение	3±1*	4±1*
Начало эпителизации герпетических эрозий	3±1*	5±1*
Разрешение элементов	4±1*	7±1*
Регресс боли в области очагов высыпаний или по ходу нервных стволов	3±1*	9±1*
Длительность рецидива	4±1*	6±1*

\*  $p < 0,05$  — достоверность различий показателей от исходного значения

Таблица 2

**Эффективность терапии рецидивирующего генитального герпеса у больных обеих групп**

Группа	Противорецидивный эффект					
	высокий		умеренный		без эффекта	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1-я (Ферровир® + Валацикловир)	16	64	9	36	—	—
2-я (Валацикловир)	2	8	4	16	19	76

На фоне приема Валацикловира время эпителизации герпетических элементов составило 6 дней у 16 (64 %) больных, 7 дней — у 6 (24 %) человек, 8 дней — у 3 (12 %). Результаты анализа по динамике кожных проявлений показали, что во время приема препарата новые высыпания не появлялись в 100 % случаев.

Боль по ходу седалищного нерва купировалась на 4-й день лечения у 10 (40 %) больных, на 5-й день лечения — у 9 (36 %) пациентов, на 9–10-й день от начала терапии — у 6 (24 %).

При контрольном визите через 30±2-й день жалобы на неприятные ощущения по ходу седалищного нерва отмечали 7 (28 %) человек, рецидив в области ягодиц зарегистрирован у 3 (12 %) женщин, лобка — у 1 (4 %). При исследовании соскобов при помощи PCR через 30±2 положительные пробы получены в 7 (28 %) случаях.

На контрольном визите (на 60±2-й день) еще у 8 (32 %) больных зарегистрирован рецидив высыпаний в области лобка. При исследовании соскобов при помощи PCR через 60±2 дней отмечалось выделение ДНК вируса простого герпеса 2-го типа у 15 (60 %) больных.

Всего за период наблюдения 6 мес (180±2 дней) рецидивы герпеса после стандартной терапии наблюдались у 19 (76 %) пациентов, больные отмечали головную боль, нервозность, боли по ходу седалищного нерва.

Таким образом, после проведения стандартной терапии Валацикловиром высокая эффективность в отношении увеличения длительности ремиссии отмечалась у 2 (8 %) человек, умерен-

ная эффективность — у 4 (16 %), не отмечали увеличения межрецидивного периода 19 (76 %) больных (табл. 2).

Анализ полученных результатов в группах комплексной и стандартной терапии показал, что сокращение периода эпителизации герпетических поражений, уменьшение продолжительности боли, уменьшение длительности рецидива регистрировались чаще в группе 1 на фоне терапии препаратом «Ферровир®», раствор 15 мг/мл (рис. 1). Все пациенты основной группы на фоне приема Ферровира® отмечали быстрое исчезновение зуда и жжения на 2–3-й дни лечения, исчезновение неврологической симптоматики на 3–4-й день, быстрое разрешение элементов на 4–5-й день см. рис. 1. Период реэпителизации сократился в среднем в 3 раза ( $p < 0,05$ ).

При сравнении данных по длительности ремиссии в период наблюдения 6 мес отмечено, что в группе комбинированной терапии удалось достичь увеличения безрецидивного периода в 2,5–3 раза у 64 % пациентов, тогда как в группе стандартной терапии только у 8 %. Применение препарата «Ферровир®» в комплексной терапии пациентов с рецидивирующим генитальным герпесом заметно уменьшает частоту рецидивов в отдаленном периоде. При сравнительном анализе наблюдений пациентов в течение 6 мес после проведенной терапии отсутствие динамики субъективных и объективных симптомов последующих рецидивов отмечалось у 76 % стандартной терапии и только 28 % комплексной (рис. 3).

Практически у всех больных основной группы удалось достичь увеличения межрецидивного периода, поэтому полученные данные позволяют характеризовать противорецидивный эффект Ферровира® как высокий.

### Заключение

Таким образом, противовирусный препарат с иммуномодулирующим и протективным действием Ферровир®, раствор 15 мг/мл является эффективным и безопасным средством для терапии рецидивирующего генитального герпеса, оказывающим положительное влияние на длительность и частоту рецидивов заболевания.

Препарат может быть рекомендован для широкого применения в клинической практике для терапии пациентов с герпетической инфекцией.



Рис. 1. Динамика регресса субъективных и объективных симптомов в результате проводимой терапии

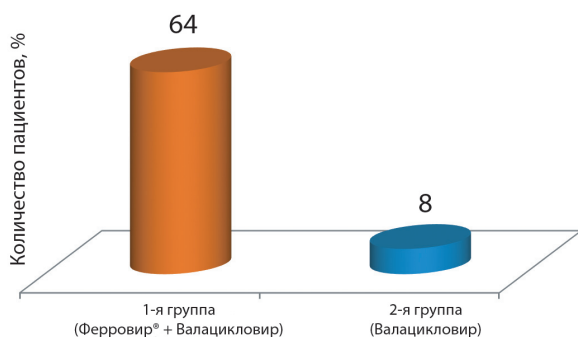


Рис. 2. Увеличение длительности ремиссии в исследуемых группах

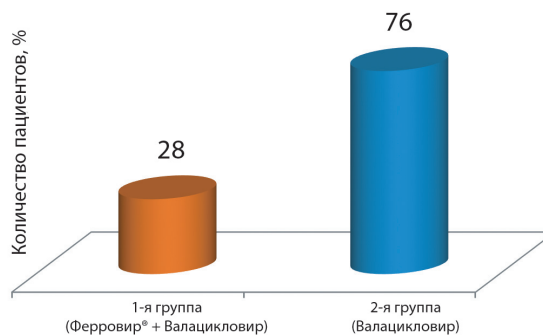


Рис. 3. Отсутствие динамики субъективных и объективных симптомов рецидивов после проведенной терапии

### Литература

1. Молочков В. А., Семенова Т. Б., Киселев В. И., Молочков А. В. Генитальные вирусные инфекции. М.: Бино, 2009.
2. Lott T. M. Psychoneuroimmunology and its clinical aspects in dermatology // In: 12th EADV Congress Abstracts. Barcelona, 2003. P. 34–42.
3. Львов А. Н., Халдин А. А., Иванов О. Л. Психосоматические и психореабилитационные аспекты рецидивирующего простого герпеса // Рос. журн. кож. и вен. болезней (Прилож. Герпес). 2008. С. 25–28.
4. Шульженко А. Е., Зуйкова И. Н. Современные подходы к диагностике и лечению герпесвирусных инфекций // Леч. врач. 2007. № 5. С. 52–55.
5. Исаков В. А., Рыбалкин С. Б., Романцов М. Г. Герпес-вирусная инфекция: Рекомендации для врачей. СПб., 2006.
6. Исаков В. А., Архипова Е. И., Исаков Д. В. Герпес-вирусные инфекции человека. СПб.: СпецЛит, 2013.
7. Исаков В. А., Исаков Д. В. Патогенез и лечение социально значимых вирусных урогенитальных инфекций (герпеса и папилломавирусной инфекции) // Клини. фармакол. и тер. 2014. № 23 (1). С. 7–13.
8. Филатов О. Ю., Кашаева О. В., Бугримов Д. Ю., Климович А. А. Морфофизиологические принципы иммунологического действия ДНК эукариот // Рос. иммунол. журн. 2013. Т. 7 (16). № 4.
9. Мейл Д., Бростофф Дж., Рот Д. Б., Ройт А. Иммунология. М.: Логосфера, 2007.

**N. I. Chernova, Yu. N. Perlamutrov**

A. I. Evdokimov Moscow State Medico-Dental University, Moscow

### Experience of use antiviral drugs with direct and indirect action in the treatment of patients with recurrent genital herpes

The results of the study described in this paper have shown high efficiency of treatment of patients with recurrent genital herpes by drug «Ferrovir®» (solution for intramuscular injection, 15 mg/ml). It quickly relieves clinical symptoms (itching, burning, pain along the nerve trunks, etc.) has a positive impact on the frequency and duration of relapses. The drug can be recommended for widespread use in the treatment of patients with herpes infection.

**Key words:** herpes infection, recurrent genital herpes, Ferrovir®, antiviral activity