

Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта



РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)

Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2015

Категории МКБ: Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта (A60.0)

Разделы медицины: Дерматовенерология

Общая информация

Краткое описание

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «30» ноября 2015 года
Протокол № 18

Название протокола: Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта

Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта (синоним: генитальный герпес) - хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передающееся преимущественно половым путем, которое вызывается вирусом простого герпеса (ВПГ) II и/или I типа [1,2,3].

Код протокола:

Код (коды) МКБ X

A 60.0 Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта.

Сокращения, используемые в протоколе:

АГ – антиген

АсАТ – аспаратаминотрансфераза

АлАТ – аланинаминотрансфераза

АТ – антитела

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

в/м – внутримышечно

ВПГ – вирус простого герпеса

г - грамм

ГГ – генитальный герпес

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

ЕД – единицы действия

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем
ИФА – иммуноферментный анализ
мл – миллилитр
МНН – международное непатентованное название
МР – реакция микропреципитации
ПИФ – прямая иммунофлюоресценция
ПЦР – полимеразная цепная реакция
РНК – рибонуклеиновая кислота
р-р – раствор

Дата разработки протокола: 2014 год.

Дата пересмотра протокола: 2015 год.

Категория пациентов: взрослые, дети.

Пользователи протокола: дерматовенерологи, гинекологи, урологи, врачи общей практики
поликлиники, терапевты, педиатры.

Классификация

Клиническая классификация:

Клиническая классификация герпетической инфекции половых органов и мочеполового тракта [1,2,3]:

По кратности заболевания:

- первый клинический эпизод;
- рецидивирующий генитальный герпес.

По формам выделяют:

- манифестную, включая гемморрагическую;
- атипичную;
- абортивную;
- субклиническую.

Клиническая картина

Симптомы, течение

Диагностические критерии (описание достоверных признаков заболевания в зависимости от степени тяжести процесса):

Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- болезненность (зуд, парестезии) в области высыпаний;
- болезненность во время половых контактов (в особенности у женщин), при мочеиспускании.

Анамнез:

- первичный эпизод ГГ или его рецидив;
- при рецидивирующем ГГ: наличие в анамнезе рецидивов, проведение противовирусной терапии.

Физикальное обследование:

Локализация кожных поражений:

У женщин при этом поражаются наружные половые органы (половые губы, клитор), слизистая влагалища и шейки матки, которая является основным местом нахождения вируса герпеса у женщин.

У мужчин поражается область полового члена (баланопостит), мошонки, лобка, промежности. В патологический процесс нередко вовлекаются уретра, мочевого пузырь, простата, семенники.

У лиц обоего пола при орогенитальных контактах инфицируются миндалины, слизистые полости рта, при аногенитальных — область ануса, прямая кишка.

Патоморфологическая картина изменений на коже зависит от клинической формы:

1) При манифестной форме герпеса:

Единичные или множественные сгруппированные пузырьковые элементы полициклической фестончатой формы с серозным содержимым, нередко расположенные билатерально, на гиперемизированном основании. После вскрытия везикул образуются поверхностные, покрытые сероватым налетом эрозии 2-4 мм соответственно числу бывших пузырьков или сплошная эрозия (следствие слияния) с гладким дном и неподрытыми краями, окруженными ярко-красным ободком. При присоединении вторичной инфекции отмечается появление гнойного экссудата; увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов.

2) При атипичных формах ГГ: гиперемия и отечность области поражения при отсутствии патологических высыпаний, рецидивирующие трещины слизистой оболочки наружных половых органов, самостоятельно эпителизирующиеся в течение нескольких дней:

а) при «зудящей» форме генитального герпеса: периодическое локальное появление выраженного зуда и (или) жжения в области наружных половых органов при незначительном покраснении слизистой оболочки половых органов в очаге;

г) при геморрагической форме: единичные или множественные везикулы с геморрагическим содержимым;

д) при abortивной форме: единичное пятно (или папула) без присутствия типичных везикул, разрешающихся в течение нескольких дней самостоятельно;

3) При малосимптомной форме генитального герпеса: наличие одной или нескольких микротрещин, сопровождающихся незначительным зудом и характеризующихся кратковременным (менее суток) появлением (в отдельных случаях возможно отсутствие субъективных ощущений).

Диагностика

Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:**Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- обнаружение вирус простого герпеса 1 и 2 типов в биологическом материале методом ПЦР;
- определение в сыворотке крови ИФА-методом специфических антител: Jg M, Jg G, Jg A;
- Реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном в сыворотке крови;
- общеклиническое исследование уrogenитального мазка (окраска метиленовым синим и/или по Граму) на другие ИППП (до начала терапии);
- определение вируса герпеса в биологическом материале в реакции иммунофлюоресценции.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- иммунограмма (Е-розетки и Манчини);
- цистоуретроскопия (лечебно-диагностическая);
- кольпоскопия.

Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: госпитализация не проводится.

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования не проведенные на амбулаторном уровне): госпитализация не проводится.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования не проведенные на амбулаторном уровне): госпитализация не проводится.

Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не проводится.

Инструментальные исследования:

- 1) Цистоуретроскопия: обнаружение воспалительной реакции слизистой уретры – эрозии, язвы, инфильтрация, стриктуры;
- 2) Кольпоскопия: обнаружение эрозии, язвенных поражений, кист, объемных образований.

Показания для консультации специалистов:

- акушер-гинеколог (при беременности);
- невропатолог (при наличии неврологических симптомов);
- иммунолога (при наличии иммунодефицитного состояния);
- психотерапевт (психологическая адаптация).

Лабораторная диагностика

Лабораторная диагностика [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27]:

- Определение в сыворотке крови ИФА-методом специфических антител: Jg M, Jg G, Jg A: обнаружение АТ к вирусу ВПГ;
- ПЦР в биологическом материале: обнаружение ДНК вируса ВПГ;
- Определение вируса герпеса в биологическом материале в реакции иммунофлюоресценции: обнаружение антигена и антител к ВПГ.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями (таблица 2), сопровождающимися эрозивно-язвенными высыпаниями (сифилисом, мягким шанкром, паховой гранулемой, баланопоститом, плазмоклеточным баланитом Зуна, болезнью Крона, болезнью Бехчета), а также некоторыми дерматозами (чесоткой, фиксированной эритемой, эритроплазией Кейра, контактным дерматитом, стрептококковым импетиго, шанкриформной пиодермией).

Таблица 2. Дифференциальная диагностика герпетической инфекции половых органов и мочеполового тракта.

Заболевание	Генитальные язвы	Примечания
	В первичном периоде может сопровождаться образованием	Положительные серологические

Сифилис	множественных первичных аффектов-твердых шанкров, во вторичном периоде-эрозивных папул	исследования на сифилис, обнаружение <i>T.pallidum</i> при микроскопии в темном поле
Мягкий шанкр	В начальной стадии образуются эрозии и язвы, сопровождающиеся болезненностью	Образуются округлые, а не полициклические эрозивно-язвенные элементы, отсутствует их сгруппированность. Реакция паховых лимфатических узлов ярко выражена. При микроскопии отделяемого язв обнаруживается возбудитель мягкого шанкра- <i>Haemophilus ducreyi</i>
Паховая гранулема	Начинается с образования узелка, пустулы, которые быстро изъязвляются, формируя первичный аффект-язву. По периферии часто возникают дочерние язвы-сателиты	Характерен выраженный распад тканей, края язв отечны, гиперемированы, несколько приподняты. При микробиологическом исследовании обнаруживают возбудитель-тельца Донована (<i>Calimmatobacterium granulomatis</i>)
Чесотка	Может протекать с эрозивными поражениями половых органов, возникающими вследствие расчесов и мацерации кожи серозным отделяемым	Наличие зудящих высыпаний в межпальцевых промежутках, на запястье, в локтевых ямках и в других, типичных для чесотки местах. Обнаружение чесоточного зудня при микроскопии.
Болезнь Бехчета	Сопровождается появлением афтозных болезненных высыпаний на половых органах	Высыпания имеются также в ротовой полости-афтозный стоматит. Характеры поражения глаз. Диагноз устанавливают на основании клинических признаков
Фиксированная эритема	Возникает в ответ на прием различных медикаментов сульфаниламидных препаратов, спотворных средств и др. Может сопровождаться образованием эрозивных элементов как на половых органах, так и в ротовой полости, и на других участках кожи	Характерен симптом «бычьего глаза»-эрозия образуется в центральной части пятна, интенсивность окраски которого убывает от центра к периферии. Тщательно собранный анамнез помогает установить правильный диагноз

Эритроплазия Кейра	Характеризуется образованием розовато-красной бархатистой бляшки, которая иногда изъязвляется с появлением серозного отделяемого	Возникает после 50 лет. Установить диагноз помогают клиническая картина и гистологическое исследование
Болезнь Крона	Терминальный илеит может протекать с образованием язв, расположенных как на половых органах, так и в перианальной области	Характерны абдоминальные боли, рубцы вследствие ранее перенесенной аппендэктомии, астеническое телосложение больных
	Появляются вследствие аппликации на половые органы различных	

Контактный дерматит, травма половых органов	половые органы различных антисептиков, мазей и других средств. Встречаются аллергические реакции на латекс и смазку презервативов. Могут сопровождаться появлением эрозий на половом члене	Установить диагноз помогает тщательно собранный анамнез
Пузырные дерматозы	Образование пузырных, а затем эрозивно-язвенных элементов, в том числе на половых органах	Имеются высыпания также и на других участках кожи - в ротовой полости. При дифференциальной диагностике используют цитологическое исследование, прямую иммунофлюоресценцию
Стрептококковое импетиго, шанкриформная пиодермия	Гнойничковые заболевания, которые могут протекать с образованием эрозивно-язвенных элементов	В отличие от герпетических поражений в отделяемом эрозий и язв обнаруживают стрептококки и стафилококки
Баланопостит	Образование болезненных эрозий на головке и внутреннем листке крайней плоти	Часто возникает при сопутствующем течении уретрита, вследствие мацераций уретральным отделяемым. Нередко выявляют снижение толерантности глюкозы. Диагноз устанавливают путем исключения других заболеваний

Лечение

Цели лечения:

- купирование клинических симптомов;
- уменьшение частоты рецидивов и улучшение качества жизни пациентов;
- предупреждение развития осложнений;
- снижение риска инфицирования полового партнера;
- профилактика инфицирования новорожденного в родах.

Тактика лечения

Немедикаментозное лечение:

Режим 2.

Стол №15 (общий).

Медикаментозное лечение

Выбор метода медикаментозного лечения зависит от формы заболевания (таблицы 3, 4, 5).

Таблица 3 Методы терапии первичного эпизода генитального герпеса

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
--------------------------	---------------	---------------	-----------	----------------------	------------

Противовирусные препараты (препараты выбора)	Ацикловир (Ib, A)	таблетки 200, 400, 800 мг	200 мг, 400 мг	по 200 мг 5 раз в день в течение 5-7 дней по 400 мг 3 раза в день в течение 5-7 дней	Пациентам, обратившимся к врачу в течение 5 дней со дня начала эпизода, или в тот момент, когда все еще образуются новые очаги, нужно назначить пероральные противовирусные препараты. Ацикловир, Валацикловир и Фамцикловир эффективны для уменьшения тяжести и длительности эпизода герпетической инфекции (Ib, A) [28,29,30]. Препараты местного действия менее эффективны, чем системные (IV, C) [31]. Единственным показанием к применению внутривенной терапии является неспособность пациента глотать или принимать пероральные препараты из-за рвоты. Внутривенная терапия не влияет на естественное течение генитального герпеса [32].
	Фамцикловир (Ib, A)	таблетки 125, 250 мг	250 мг	по 250 мг 3 раза в день в течение 5-7 дней	
	Валацикловир (Ib, A)	таблетки 500, 1000 мг	500 мг	по 500 мг 2 раза в день в течение 5-7 дней	

Таблица 4 Методы противовирусного лечения рецидивирующего генитального герпеса

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечан
Противовирусные препараты (препараты выбора)	Ацикловир (Ib, A)	таблетки 200, 400, 800 мг	200 мг, 400 мг, 800 мг	по 200 мг 5 раз в день в течение 5 дней по 400 мг 3 раза в день	Применен ацикловир, валацикловир, фамцикловир перорально эффективны

				<p>в течение 5 дней или коротким курсом 800 мг 3 раза в день в течение 2-х дней</p>	<p>уменьшен продолжит и тяжести рецидивов генитальн герпеса. Уменьшен продолжит составляе среднем 1 для больщ пациентов [33,34,35]. Различнык рандомизи контролир исследова выявили к значимых преимуществе эффектив одного противови препарата другим. Та эффектив валациклс выше, но ацикловиr Эффектив фамцикло сравнивал эффектив ацикловиr не сравни эффектив фамцикло валациклс фамцикло валациклс принимаю день, что чем 5-разс прием.</p>
--	--	--	--	---	---

	Фамцикловир (Ib, A)	таблетки 125, 250 мг	125 мг, 1000 мг	по 125 мг 2 раза в день в течение 5 дней или коротким курсом по 1000 мг 2 раза в день в течение одного дня	
	Валацикловир (Ib, A)	таблетки 500, 1000 мг	500 мг, 1000 мг	по 500 мг 2 раза в день в течение 3 дней или по 1000 мг 1 раз в день в течение 5 дней	
	Комплексное соединение растительных протеинов и флавоноидов в гликозилированной форме	капли для внутреннего и наружного применения во флаконе-капельнице, 30, 50 мл	в среднем, 10 капель за 1 прием	3 раза в день	Применяют только у иммунодефицитных пациентов
	Оксидигидроакридинила ацетат натрия	раствор для внутримышечного введения в ампулах	250 мг	1 раз в день	
	Интерферон альфа-2 человеческий рекомбинантный, Таурин	суппозитории для вагинального или ректального введения	125 000, 250 000 МЕ	1 раз в сутки	
	Меглюмина акридонацетат	раствор для внутривенного и внутримышечного введения в ампулах 125мг/мл	в среднем, 125 мг	1 раз в день	

Таблица 5 Методы супрессивной терапии рецидивирующего генитального герпеса

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
Противовирусные препараты	Ацикловир (Ib, A)	таблетки 200,	200 мг, 400 мг	по 200 мг 4 раза в день	Все исследования эффективности

(препараты выбора)		400,800 мг		по 400 мг 2 раз в день	<p>супрессивной терапии проводили у пациентов с количеством рецидивов > 6 в год.</p> <p>Самое большое число данных накоплено в отношении супрессивной противовирусной терапии ацикловиром (Ib, A) [37].</p> <p>Наблюдение за безопасностью лечения и возможностью развития устойчивости при длительной супрессивной терапии продолжается уже больше 18 лет.</p> <p>Статистически значимых различий между применением валацикловира (500 мг в день) и фамцикловира (250 мг дважды в день) в супрессивной терапии выявлено не было (IV, C) [7].</p> <p>Валацикловир при приеме по 250 мг 2 раза в день был так же эффективен у всех пациентов, как и ацикловир (по 400 мг 2 раза в день) [36].</p> <p>У пациентов с отсутствием (или недостаточным) эффекта (-ом) ежедневная подавляющая доза валацикловира или фамцикловира может быть увеличена вдвое (IV, C).</p> <p>У пациентов с меньшей частотой рецидивов (<10 в год) может быть эффективным однократный прием валацикловира (500 мг 1 раз в день). Пациентам с большей частотой рецидивов (>10 в год) для контроля инфекции требуются более высокие однократные дозы валацикловира (1000 мг 1 раз в день).</p>
--------------------	--	------------	--	------------------------	---

	Фамцикловир	таблетки 125, 250 мг	250 мг	по 250 мг 2 раза в день	
	Валацикловир	таблетки 500, 1000 мг	250 мг, 500 мг, 1000 мг	по 250 мг 2 раза в день по 500 мг 2 раза в день (при рецидивах < 10) или по 1000 мг 1 раз в день (при рецидивах >10)	

Особые ситуации

Некоторые группы пациентов имеют свои особенности, поэтому далее представлены рекомендуемые схемы и для них при различных ситуациях.

Лечение ВПГ у пациентов, больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных:

Лечение первичного случая ВПГ:

Рекомендуемые дозы:

- ацикловир по 200-400 мг пять раз в день, 400 мг-800 мг согласно рекомендациям (IV, С);
- валацикловир по 500-1000 мг два раза в сутки (IV, С);
- фамцикловир по 250-500 мг три раза в день (IV, С).

Лечение рецидивирующего заболевания:

У больных ВИЧ-инфекцией с признаками иммунной недостаточности достаточно применение стандартных доз противовирусных препаратов (1b, А). У пациентов с прогрессирующим течением заболевания необходимо удвоить стандартную дозу противовирусных препаратов и продолжить лечение на срок более 5 дней (1b, Б).

Супрессивная терапия:

Лучшим доказательством достижения супрессии является применение валацикловира по 500 мг 2 раза в день и ацикловира по 400 мг 2 раза в день (1b, А). Если при применении данных стандартных доз отмечается отсутствие супрессии, то необходимо увеличить дозы препаратов в два раза, а если и это не помогает, то можно применить фамцикловир по 500 мг 2 раза в день (IIa, В).

Лечение беременных женщин с первым эпизодом генитального герпеса:

- Заражение в первом и втором триместре беременности

Предпринимая все меры по сохранению беременности, следует придерживаться выжидательной тактики и планировать вагинальные роды (IV, С).

Постоянный прием ацикловира по 400 мг три раза в день в последние 4 недели беременности может предупредить развитие рецидива к моменту родов и, следовательно, отпадет необходимость в кесаревом сечении (Ib, В) [38,39,40,41,42,43].

- Заражение в третьем триместре (IV, С)

при возникновении эпизода ГГ за 6 недель до родов, рекомендуется проведение кесарева сечения во всех случаях, поскольку в этом случае очень велик риск выделения вируса из половых путей во время родов (Ib, Б).

Постоянный прием ацикловира по 400 мг три раза в день в последние 4 недели беременности может предупредить развитие рецидива к моменту родов.

В случае если нельзя провести кесарево сечение, показано противовирусное лечение ацикловиром матери и ребенка [44].

Лечение беременных женщин с рецидивирующим генитальным герпесом (III, В) [45] женщинам с рецидивирующим течением ГГ при отсутствии клинических симптомов ГГ или наличия коротких эпизодов к моменту родов кесарево сечение не показано и противовирусная терапия не проводится.

Лечение беременных ВИЧ-инфицированных женщин с рецидивирующей герпетической инфекции (IV, С) [19]

Супрессивная терапия ацикловиром в дозе 400 мг три раза в день при сроке гестации в 32 недели у женщин с антителами к ВИЧ и в анамнезе болезни, у которых отмечались рецидивы герпеса, позволяет уменьшить риск передачи ВПГ-1 инфекции, в особенности в тех ситуациях, когда планируются вагинальные роды. Начинать терапию нужно как можно раньше, учитывая высокую вероятность развития преждевременных родов (IV, С).

Супрессивная терапия женщинам с коинфекцией ВИЧ и ВПГ-1 и 2 без признаков генитальных поражений не показана [46].

Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

- Ацикловир (Ib, A) (таблетки 200, 400, 800 мг);
- Валацикловир (таблетки 125, 250 мг);
- Фамцикловир (таблетки 500, 1000 мг).

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

- Комплексное соединение растительных протеинов и флавоноидов в гликозилированной форме (капли для внутреннего и наружного применения во флаконе-капельнице, 30, 50 мл);
- Оксодигидроакридина ацетат натрия (раствор для внутримышечного введения в ампулах);
- Интерферон альфа-2 человеческий рекомбинантный, Таурин (суппозитории для вагинального или ректального введения);
- Очищенный экстракт побегов растения *Solanum tuberosum* (раствор для в/в введения в ампулах 0,04мг/мл 5мл, суппозитории ректальные);
- Меглюмина акридонацетат (раствор для внутривенного и внутримышечного введения в ампулах 125мг/мл).

Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне: не проводится.

Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи: не проводится.

Другие виды лечения: не проводятся.

Хирургическое вмешательство: не проводится.

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

- отсутствие клинических симптомов заболевания;
- уменьшение частоты рецидивов;
- отсутствие осложнений.

Препараты (действующие вещества), применяющиеся при лечении (<https://drugs.medelement.com/>)

Ацикловир (Acyclovir)

Валацикловир (Valacyclovir)

Интерферон альфа 2b (Interferon alfa-2b)

Комплексное соединение растительных протеинов и флавоноидов в гликозилированной форме

Меглюмин (Meglumine)

Оксодигидроакридинацетат натрия (Oxodihydroacridinylacetate sodium)

Очищенный экстракт побегов растения *Solanum tuberosum* (The purified extract of plant shoots *Solanum tuberosum*)

Таурин (Taurine)

Фамцикловир (Famciclovir)

Госпитализация

Показания к госпитализации с указанием типа госпитализации: госпитализация не проводится.

Профилактика

Профилактические мероприятия:

- Своевременное выявление, обследование и лечение половых партнеров;
- Исключение беспорядочных половых связей в последствие;
- Массовая профилактическая пропаганда, предусматривающая понятие личной и общественной профилактике ИППП через средства массовой информации, памятки и мультимедийные программы;
- Индивидуальные консультации и профилактические беседы с родителями и учащимися старших классов по вопросам межличностных отношений, полноценной информации о сексуальных отношениях, последствий раннего начала половой жизни, нежелательной беременности, разъяснение правил безопасного секса (применение презерватива);
- В кабинетах приема врачей дерматовенерологов, акушер-гинекологов, урологов, кабинетах профилактических осмотров ввести часы приема с целью консультирования по способам предотвращения или снижения риска инфицирования герпетической инфекцией и другими ИППП;
- Подготовка волонтеров, учащихся образовательных учреждений для проведения бесед о безопасном поведении и распространении литературы информационно-образовательного характера по вопросам профилактики ИППП.

Дальнейшее ведение [48]:

После лечения пациенту даются рекомендации по профилактике ГГ согласно п. 14.5. Проводится информирование о необходимости обращения за медицинской помощью при развитии рецидивирующего характера течения заболевания.

Информация

Источники и литература

I. Протоколы заседаний Экспертного совета РЦРЗ МЗСР РК, 2015

1. Список использованной литературы: 1. Европейское руководство по ведению больных по ЗППП.-2001 г.- Журнал 12.-№3ю- 111 с. 2. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями.-2011 г.- с.- 109 3. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 // Department of health and human services Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations and Reports December 17, 2010 / Vol. 59 / No. RR-12./ p. 114. 1. Европейское руководство по ведению больных по ЗППП.-2001 г.- Журнал 12.-№3ю- 111 с. 2. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями.-2011 г.- с.- 109 3. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 // Department of health and human services Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations and Reports December 17, 2010 / Vol. 59 / No. RR-12./ p. 114. 4. Casper C., Wald A. Condom use and the prevention of genital herpes acquisition. // Herpes. 2002 Apr; 9(1):10-4. 5. Gupta R., Warren T., Wald A. Genital herpes. // Lancet. 2007;370:2127-37. 6. Van Doornum G.J., Guldemeester J., Osterhaus A.D., Niesters H.G. Diagnosing herpesvirus infections by real-time amplification and rapid culture // J. Clin. Microbiol. 2003;41:576-80. 7. Geretti A.M. Genital herpes // Sex. Transm. Infect. 2006;82. Suppl 4:iv31-4. 8. Munday P.E., Vuddamalay J., Slomka M.J., et al. Role of type specific herpes simplex virus serology in the diagnosis and management of genital herpes // Sex. Transm. Infect. 1998; 74:175-8. 9. Ashley R.L., Wald A. Genital herpes: review of the epidemic and potential use of typespecific serology // Clin. Microbiol. Rev. 1999;12:1-8. 10. Malkin J.E. Herpes simplex virus. Who should be tested // Herpes.- 2002;9:31. 11. Copas A.J., Cowan F.M., Cunningham A.L., Mindel A. An evidence based approach to testing for antibody to herpes simplex virus type 2 // Sex. Transm. Infect. 2002;78:430-4. 12. Corey L., Wald A., Patel R. et al. Once daily valaciclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes // N. Engl. J. Med. 2004;350:11-20. 13. Ramaswamy M., McDonald C., Sabin C., Tenant-Flowers M., Smith M., Geretti A.M. The epidemiology of genital infection with herpes simplex virus type 1 (HSV-1) and type 2 (HSV-2) in genitourinary medicine attendees in inner London // Sex. Transm. Infect. 2005;81:306-8. 14. Rouse D.J., Stringer J.S.A. An appraisal of screening for maternal type-specific herpes simplex antibodies to prevent neonatal herpes // Am. J. Obstet. Gynecol. 2000;183:400-6. 15. Tita A.T., Grobman W.A., Rouse D.J. Antenatal herpes serologic screening: an appraisal of the evidence // Obstet. Gynecol. 2006;108:1247-53. 16. Wald A., Link K. Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2-seropositive persons: a meta-analysis // J. Infect. Dis. 2002;185:45-52. 17. Strick L.B., Wald A., Celum C. Management of herpes simplex virus type 2 infection in HIV type 1-infected persons // Clin. Infect. Dis. 2006;43:347-56. 18. Ramaswamy M., Geretti A.M. Interactions and management issues in HSV and HIV coinfection // Expert Rev. Infect. Ther 2007; 5:231-43. 19. Drake A.L., John-Stewart G.C., Wald A., et al. Herpes simplex virus type 2 and risk of intrapartum human immunodeficiency virus transmission // Obstet Gynecol. 2007;109:403-9. 20. Bollen L.J., Whitehead S.J., Mock P.A., et al. Maternal herpes simplex virus type 2 coinfection increases the risk of perinatal HIV transmission: possibility to further decrease transmission? // AIDS. 2008;22:1169-76. 21. Chen K.T., Tuomala R.E., Chu C., et al. No association between antepartum serologic and genital tract evidence of herpes simplex virus-2 coinfection and perinatal HIV-1 transmission // Am. J. Obstet. Gynecol. 2008;198:399. e1-5. 22. Ashley R.L. Performance and use of HSV type-specific serology test kits. // Herpes 2002;9:38-45. 23. Smith J.S., Bailey R.C., Westreich D.J., et al. Herpes simplex virus type 2 antibody detection performance in Kisumu, Kenya, using the Herpeselect ELISA, Kalon ELISA, Western blot and inhibition testing // Sex. Transm. Infect. 2009;85:92-6. 24. Gopal R., Gibbs T., Slomka M.J., et al. A monoclonal blocking EIA for herpes simplex virus type 2 antibody: validation for seroepidemiological studies in Africa // J. Virol. Methods 2000; 87:71-80. 25. Morrow R.A., Friedrich D., Krantz E. Performance of the Focus and Kalon enzyme-linked immunosorbent assays for antibodies to herpes simplex virus type 2 glycoprotein G in culturedocumented cases of genital herpes // J. Clin. Microbiol. 2003; 41:5212-4. 26. Van Dyck E., Buve A., Weiss H.A., et al. Performance of commercially available enzyme immunoassays for detection of antibodies against herpes simplex virus type 2 in African populations // J. Clin. Microbiol. 2004;42:2961-5. 27. Golden M.R., Ashley-Morrow R., Swenson P., Hogrefe W.R., Handsfield H.H., Wald A. Herpes simplex virus type 2 (HSV-2) Western blot confirmatory testing among men testing positive for HSV-2

using the focus enzyme-linked immunosorbent assay in a sexually transmitted disease clinic // *Sex. Transm. Dis.* 2005;32:771-7. 28. Corey L., Benedetti J., Critchlow C., et al. Treatment of primary first-episode genital herpes simplex virus infections with aciclovir: results of topical, intravenous and oral therapy // *J. Antimicrob. Chemother.* 1983;12(suppl B):79-88. 29. Fife K.H., Barbarash R.A., Rudolph T., DeGregorio B., Roth R. Valaciclovir versus aciclovir in the treatment of first-episode genital herpes infection. Results of an international multicenter, double-blind, randomized clinical trial. The Valaciclovir International Herpes Simplex Virus Study Group // *Sex Transm Dis*1997;24:481-6. 30. Leone P.A., Trottier S., Miller J.M. Valacyclovir for episodic treatment of genital herpes: a shorter 3-day treatment course compared with 5-day treatment. // *Clin Infect Dis* 2002;34:958–62. 31. Reyes M., Shaik N.S., Graber J.M., Nisenbaum R., Wetherall N.T., Fukuda K., Reeves W.C. Acyclovir-resistant genital herpes among persons attending sexually transmitted disease and human immunodeficiency virus clinics // *Arch. Intern. Med.* 2003 Jan 13;163(1):76-80 /45. 32. Corey L., Mindel A., Fife K.H., Sutherland S., Benedetti J., Adier M.W. Risk of recurrence after treatment of first-episode genital herpes with intravenous acyclovir // *Sex. Transm. Dis.* 1985;12:215-18. 33. Nilsen A.E., Aasen T., Halsos A.M., et al. Efficacy of oral aciclovir in the treatment of initial and recurrent genital herpes // *Lancet* 1982; ii:571-3. 34. Spruance S.L., Tyring T.K., DeGregorio B., Miller C., Beutner K. and the Valaciclovir study group. A large-scale, placebo controlled, dose ranging trial of peroral valaciclovir for episodic treatment of recurrent herpes genitalis // *Arch. Intern. Med.* 1996;156:1729-35. 35. Sacks S.L., Aoki F.Y., Diaz-Mitoma F., Sellors J., Shafran S.D., for the Canadian Famciclovir Study. Patient-initiated, twice daily, oral famciclovir for early recurrent genital herpes: a randomized, double-blind multicenter trial // *JAMA* 1996;276:44-9. 36. Patel R., Bodsworth N.J., Wooley P., et al. and the International Valaciclovir HSV Study Group. Valaciclovir for the suppression of recurrent genital HSV infection: a placebo controlled study of once daily therapy // *Genitourin Med.* 1997;73:105-9. 37. Mertz G.J., Jones C.C., Mills J. et al. Long-term aciclovir suppression of frequently recurring genital herpes simplex virus infection. A multicenter double-blind trial // *JAMA* 1988;260:201-6. 38. Sheffield J.S., Hollier L.M., Hill J.B., Stuart G.S., Wendel G.D. Acyclovir prophylaxis to prevent herpes simplex virus recurrence at delivery: a systematic review // *Obstet. Gynecol.* 2003;102(6):1396–1403. 39. Watts D.H., Brown Z.A., Money D. et al. A doubleblind, randomized, placebo-controlled trial of acyclovir in late pregnancy for the reduction of Herpes simplex virus shedding and cesarean delivery // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003;188(3):836–843. 40. Scott L.L., Hollier L.M., McIntire D., Sanchez P.J., Jackson G.L., Wendel G.D. Jr. Acyclovir suppression to prevent recurrent genital herpes at delivery // *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.* 2002;10(2):71–77. 41. Brocklehurst P., Kinghorn G., Carney O et al. A randomised placebo-controlled trial of suppressive acyclovir in late pregnancy in women with recurrent genital herpes infection // *Br. J. Obstet Gynaecol.* 1998; 105(3):275–280. 42. Scott L.L., Sanchez P.J., Jackson G.L., Zeray F., Wendel G.D. Jr. Acyclovir suppression to prevent cesarean delivery after first-episode genital herpes // *Obstet. Gynecol.* 1996;87(1):69–73. 43. Braig S., Luton D., Sibony O. et al. Acyclovir prophylaxis in late pregnancy prevents recurrent genital herpes and viral shedding // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2001;96(1):55–58. 44. Hollier L.M., Wendel G.D. Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus (HSV) recurrences and neonatal infection // *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. 45. Chen K.T., Segu M., Lumey L.H. et al. Genital herpes simplex virus infection and perinatal transmission of human immunodeficiency virus // *Obstet. Gynecol.* 2005; 106:1341-8. 46. Poeran J., Wildschut H., Gaytant M., Galama J., Steegers E., van der Meijden W. The incidence of neonatal herpes in The Netherlands // *J. Clin. Virol.* 2008 Aug;42(4):321-5. 47. Prober C.G., Sullender W.M., Yasukawa L.L., Au D.A., Yeager A.E., Arvin A. Low risk of herpes simplex virus infections in neonates exposed to the virus at the time of vaginal delivery to mothers with recurrent genital herpes // *N. Engl. J. Med.* 1987;316:240-4. 48. Mertz G.J., Schmidt O., Jourdan J.L., et al. Frequency of acquisition of first episode genital infection with herpes simplex virus infection from symptomatic and asymptomatic source contacts // *Sex. Transm. Dis.* 1985;12:33-9.

Информация

Список разработчиков.

- 1) Батпенова Г.Р. д.м.н., главный внештатный дерматовенеролог МЗ РК, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана».
- 2) Баев А.И. к.м.н., с.н.с. РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗ РК.
- 3) Джетписбаева З.С. к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана».
- 4) Джулфаева М.Г. главный врач РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗ РК.
- 5) Ахмадьяр Н.С. – д.м.н., клинический фармаколог АО «Национальный научный центр материнства и детства»

Конфликт интересов: отсутствует.

Рецензент: Нурушева С.М., д.м.н., заведующая кафедрой кожных и венерических болезней РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова».

Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.