

Одобен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «10» декабря 2024 года
Протокол №221

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
A60	Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (herpes simplex)
A60.0	Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта (N77.0*, N77.1*, N51. -*)
A60.1	Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки
A60.9	Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2014 год (пересмотр 2015 г./2024 г.)

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

АТ	антитела
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПГ	вирус простого герпеса
ГГ	генитальный герпес
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
МЕ	международная единица
ПЦР	полимеразная цепная реакция
ПГ	простой герпес
ЦНС	центральная нервная система
РКИ	рандомизированное контролируемое испытание
IgM	иммуноглобулин М
IgG	иммуноглобулин G

1.4 Пользователи протокола: взрослые и детские: дерматовенерологи, гинекологи, урологи, врачи общей практики, терапевты.

1.5 Категория пациентов: взрослые, подростки.

1.6 Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

Классы рекомендаций:

Класс	Определение	Формулировка в тексте
Класс I	По данным клинических исследований и/или по общему мнению данный метод лечения или вмешательство полезны и эффективны	Показано/ рекомендуется
Класс II	Противоречивые данные и/или расхождение мнений по поводу пользы/эффективности предлагаемого метода лечения или вмешательства	Формулировка зависит от подкласса а или b
Класс IIa	Имеющиеся данные свидетельствуют в пользу эффективности метода лечения или вмешательства	Должно рассматриваться/ следует рассматривать
Класс IIb	Польза/эффективность метода лечения или вмешательства установлены менее убедительно	Может рассматриваться
Класс III	По данным клинических исследований или общему мнению метод лечения или вмешательство бесполезны / не эффективны и в некоторых случаях могут быть вредны	Не рекомендуется

1.7 Определение [1-3]: Генитальный герпес - хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передающееся преимущественно половым путем, которое вызывается вирусом простого герпеса II и/или I типа.

1.8 Классификация [1-6]:

Клинико-морфологическая классификация ГГ:
первый клинический эпизод первичного ГГ;

первый клинический эпизод при существующем ГГ;
рецидивирующий ГГ: типичная и атипичная формы;
бессимптомное вирусовыделение.

Классификация тяжести клинического течения генитального герпеса:
легкая степень — обострение заболевания 3-4 раза в год, ремиссия не менее 4 месяцев;
средняя степень - обострение 4–6 раз в год, ремиссия не менее 2–3 месяцев;
тяжелая степень - ежемесячные обострения, ремиссия от нескольких дней до 6 недель.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ [1-3]:

2.1 Диагностические критерии [1-12]:

Анамнез:

- Источником заражения всегда является инфицированный человек, как при наличии клинической симптоматики герпетической инфекции, так и при ее отсутствии, в периоде вирусовыделения.
- Передача возбудителя ГГ может осуществляться при половом контакте, бытовым путем (через предметы быта, посуду, игрушки, медицинские инструменты), воздушно-капельным путём и парентеральным (трансплацентарным у детей) путём. Основной путь передачи ГГ является половой контакт.

Факторы риска инфицирования и заболевания ГГ у подростков:

- пол (девушки болеют чаще юношей);
- раннее начало половой жизни;
- частая смена половых партнеров;
- низкий социальный уровень жизни;
- наличие в анамнезе ИППП;
- ВИЧ-инфекция;
- иные факторы снижения иммунитета.

Если у пациента раньше никогда не было клинических признаков ГГ и в крови отсутствуют АТ к ВПГ, то впервые возникшие симптомы ГГ считают признаком первичной герпетической инфекции. Чаще всего первый клинический эпизод возникает после инкубационного периода 3–10 дней, отличаясь от последующих рецидивов более тяжелым и продолжительным течением (3–5 нед). Заболевание начинается с гриппоподобного состояния, озноба, повышения температуры тела.

Жалобы:

- на везикулезные, затем – эрозивные и/или язвенные высыпания в области наружных половых органов и перианальной области;
- на общее недомогание с симптомами интоксикации, головную боль, болезненность паховых лимфатических узлов;
- на зуд/боль парестезии в области поражения;
- на диспареунию (болезненность во время полового акта);
- при локализации высыпаний в уретре – дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании); при вагинальной локализации высыпаний – слизистогнойные вагинальные выделения.

В отдельных случаях первичное инфицирование половых органов протекает бессимптомно с дальнейшим формированием латентного носительства ВПГ или рецидивирующей формы ГГ.

Первый клинический эпизод при существующей герпетической инфекции (на фоне серопозитивности к одному из типов ВПГ) протекает с менее яркой клинической картиной, чем при первичной инфицированности, но более выраженной, чем при рецидивирующем ГГ. Чаще наблюдают инфицирование ВПГ 2 при наличии АТ к ВПГ 1.

Рецидивирующий ГГ встречается в 50–70% случаев, он характеризуется хроническим течением, непредсказуемостью появления рецидива и срока ремиссии. К провоцирующим факторам относят: стрессы, переутомление, переохлаждение, менструацию. Типичная форма рецидивирующего ГГ характеризуется выраженной симптоматикой с развитием ограниченного, реже распространенного поражения (эритема, везикулезные высыпания и их вскрытие с образованием мокнущих эрозий, безрубцовая эпителизация) и локализацией рецидива на одном и том же участке кожи или слизистой оболочки.

За 12–48 ч до начала высыпаний могут появляться местные и общие продромальные симптомы: зуд и жжение в очаге, отечность, паховый лимфаденит на стороне поражения, субфебрилитет, слабость, недомогание.

Атипичная форма ГГ (эритематозная, буллезная, геморрагическая, зудящая, некротическая) при реактивации ВПГ у пациентов с неполноценным специфическим противогерпетическим иммунитетом (в 50–70% случаев, чаще у девушек) в одной из стадий развития воспаления (эритема, образование пузырей) или в одном из компонентов воспаления (отек, геморрагия, некроз), или субъективной симптоматики (стойкий зуд, жжение).

Диагноз атипичной формы рецидивирующего ГГ чаще всего устанавливают при хроническом воспалении половых органов, если наличие ВПГ лабораторно подтверждено в исследуемом материале. При этом отмечают:

- гиперемия и отечность кожных покровов и/или слизистых оболочек в области поражения при отсутствии патологических высыпаний;
- рецидивирующие трещины слизистой оболочки наружных половых органов, которые самостоятельно эпителизируются в течение 4–5 дней;
- единичные или множественные везикулезные элементы с геморрагическим содержимым (геморрагическая форма);
- очаги поражения в виде зудящего пятна или папулы при отсутствии везикулезных элементов (абортивная форма);
- кратковременные появления на слизистой оболочке наружных половых органов поверхностных трещинок, сопровождающихся незначительным зудом.
- у девушек (при наличии беременности в анамнезе) привычное невынашивание беременности (неразвивающаяся беременность, внутриутробная гибель плода);
- хронические (рецидивирующие) заболевания органов малого таза у обоих полов, не поддающиеся антибактериальной терапии;
- кондиломы в области паха;
- тазовый ганглионеврит.

Тяжесть и продолжительность клинических проявлений при рецидивах генитального герпеса менее выражены, чем при первом эпизоде заболевания.

Рецидивы при инфицировании ВПГ II типа возникают раньше и чаще, чем при инфицировании ВПГ I типа.

Физикальное обследование:

- На слизистых оболочках половых органов и/или прилежащих участках кожи на эритематозном фоне появляются зудящие, болезненные сгруппированные везикулярные элементы (8–10 и более), которые в дальнейшем превращаются в пустулы, вскрывающиеся с образованием язв, эпителизирующихся под коркой или без нее в течение 15–20 дней.
- Поражаются наружные половые органы, устье мочеиспускательного канала, промежность, перианальная область, бедра, ягодицы. Объективно определяется:
 - гиперемия и отечность области поражения: у мужчин – полового члена, мошонки, лобка, промежности; у женщин – малых и больших половых губ, вульвы, клитора, влагалища, шейки матки, лобка, промежности;
 - увеличение паховых лимфатических узлов;
 - единичные или множественные везикулезные элементы полициклической фестончатой формы с прозрачным содержимым, нередко билатеральные, на гиперемизированном основании, локализующиеся в области поражения;
 - после вскрытия везикулезных элементов образуются поверхностные, покрытые сероватым налетом язвы размером 2–4 мм соответственно числу бывших пузырьков или сплошная эрозия с гладким дном и неподрытыми краями, окруженными ярко красным ободком.

При присоединении вторичной инфекции отмечается появление гнойного экссудата; по мере эпителизации очагов поражения образуются тонкие корочки, которые отшелушиваются, оставляя вторичную пигментацию на месте бывших высыпаний.

Лабораторные исследования [1-12]:

Диагноз устанавливается на основании типичной клинической картины.

Основные лабораторные методы: нет.

Дополнительные лабораторные методы.

Для уточнения этиологии заболевания при атипичных формах применяются лабораторные методы исследования:

- Вирусологические исследования: материал – содержимое везикул, соскобы со слизистой оболочки мочеиспускательного канала, влагалища, цервикального канала, эндометрия, биологические жидкости и секреты организма (кровь, слизь, мочу, слезную жидкость, у мужчин — сперму).
- Молекулярно-биологические методы: выявление днк вируса методом пцр для подтверждения диагноза гг при бессимптомном течении.
- Иммуноферментный анализ: наличие антител к ВПГ-2 свидетельствует в пользу диагноза генитального герпеса, тогда как наличие антител к ВПГ-1 не позволяет дифференцировать генитальную и орофациальную инфекцию, в то же время ВПГ-1 может быть причиной рецидивирующих герпетических высыпаний генитальной области.

Обнаружение специфических IgM в отсутствие заболевания, а также с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями. IgG или 4-кратное увеличение титра специфических IgG в парных сыворотках с интервалом 12–14 дней указывает на первичное заражение. Обнаружение специфических IgM и IgG при отсутствии достоверного увеличения титра IgG в парных сыворотках свидетельствует об обострении хронической герпетической инфекции. Увеличение титра IgG выше средних значений – показание для дополнительного обследования пациента с целью обнаружения вируса.

- Реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном в сыворотке крови для исключения сифилиса.
- Обследование на ВИЧ-инфекцию при частоте рецидивов заболевания более 6 раз в год [5].

Инструментальные исследования: нет.

.

Показания для консультации специалистов.

В случае подозрения на поражение других внутренних органов и систем привлекаются специалисты соответствующего профиля, а также:

- Акушер-гинеколог (при беременности);
- Невропатолог (при наличии неврологических симптомов);
- Иммунолога (при часто рецидивирующем течении и установление наличия иммунодефицитного состояния).

2.2 Диагностический алгоритм [1,2]:

Генитальная герпес диагностируется клинически при наличии типичных проявлений.



2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [6]:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Сифилис	В первичном периоде может сопровождаться образованием множественных первичных аффектов-твердых шанкров, во вторичном периоде-эрозивных папул	Серологические исследования на сифилис или микроскопия в темном поле или ПЦР на T.pallidum	отрицательные результаты серологических тестов на T.pallidum или отсутствие бледных трепонем при микроскопии в темном поле или ПЦР
Мягкий шанкр	В начальной стадии образуются эрозии и язвы, сопровождающиеся болезненностью. Образуются округлые, а не	микроскопия отделяемого язв на обнаружение возбудителя мягкого шанкра-	При микроскопии отделяемого язв нет возбудителя мягкого шанкра- Haemophilus

	полициклические эрозивноязвенные элементы, отсутствует их сгруппированность. Реакция паховых лимфатических узлов ярко выражена.	Haemophilus ducreyi	ducreyi
Паховая гранулема	Начинается с образования узелка, пустулы, которые быстро изъязвляются, формируя первичный аффе́кт-язву. По периферии часто возникают дочерние язвы-сателлиты. Характерен выраженный распад тканей, края язв отечны, гиперемированы, несколько приподняты.	микробиологическое исследование на обнаружение возбудителя-тельца Донована (Calimmatobacterium granulomatis)	тельца Донована (Calimmatobacterium granulomatis) не обнаруживаются при микробиологическом исследовании
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.	микроскопия	Нет чесоточного зудя при микроскопии
Болезнь Бехчета	Сопровождается появлением афтозных болезненных высыпаний на половых органах. Высыпания имеются также в ротовой полости-афтозный стоматит. Характеры поражения глаз.	Нет	Диагноз устанавливают на основании клинических признаков
Фиксированная эритема	Возникает в ответ на прием различных медикаментов сульфаниламидных препаратов,	нет	Тщательно собранный анамнез помогает установить правильный диагноз

	снотворных 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.		
Эритроплазия Кейра	Характеризуется образованием розовато-красной бархатистой бляшки, которая иногда изъязвляется с появлением серозного отделяемого. Возникает после 50 лет.	гистологическое исследование	Установить диагноз помогают клиническая картина
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	нет	Установить диагноз помогают клиническая картина
Контактный дерматит, травма половых органов	Появляются вследствие аппликации на половые органы различных антисептиков, мазей и других средств. Встречаются аллергические реакции на латекс и смазку презервативов. Могут сопровождаться появлением эрозий на половом члене	нет	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.	цитологическое исследование, прямая иммунофлюоресценция	Исключить диагноз помогают клиническая картина и результаты цитологического исследования, прямой иммунофлюоресценции
Стрептококковое импетиго, шанкриформная пiodермия	Гнойничковые заболевания, которые могут протекать с образованием эрозивно-язвенных элементов	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.	нет	Диагноз исключает наличием соответствующей клинической картины и анамнеза

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [1-12].

3.1 Немедикаментозное лечение:

- Режим 2;
- Стол №15 (общий).

3.2 Медикаментозное лечение.

Цель лечения:

- купирование клинических симптомов ГГ;
- уменьшение частоты рецидивов заболевания и улучшение качества жизни пациентов;
- предупреждение развития осложнений;
- снижение риска инфицирования полового партнера.

Показания к проведению лечения.

Противовирусные препараты обеспечивают клинические преимущества для пациентов с симптомами и являются основой лечения.

Цели использования противовирусных препаратов для лечения ГГ:

- лечение или профилактика рецидивов симптоматического ГГ;
- улучшение качества жизни;
- подавление вируса для предотвращения передачи половым партнерам.

Консультирование по естественному течению генитального герпеса, рискам половой и перинатальной передачи и методам снижения передачи также является неотъемлемой частью клинического лечения.

Системные противовирусные препараты могут частично контролировать симптомы ГГ при лечении пациентов с первичным клиническим и рецидивирующим эпизодами или при использовании в качестве ежедневной супрессивной терапии. Однако эти препараты не уничтожают латентный вирус и не влияют на риск, частоту или тяжесть рецидивов после прекращения приема препарата.

Местная терапия противовирусными препаратами дает минимальную клиническую пользу и не рекомендуется.

Показанием к проведению лечения ГГ является наличие типичных клинических проявлений заболевания.

Наличие циркулирующих в сыворотке крови или других биологических жидкостях и секретах организма больного специфических противогерпетических антител не является показанием для назначения терапии.

Специфическое лечение необходимо начинать как можно раньше после появления первых симптомов заболевания. Применение ациклических нуклеозидов сокращает длительность эпизода и уменьшает выраженность симптомов, однако лечение не приводит к эрадикации вируса и не всегда влияет на частоту и тяжесть развития рецидивов в последующем.

Лечение беременных [1-12].

Риск передачи инфекции новорожденному от инфицированной матери высок (30% -50%) среди женщин, которые заразились генитальным герпесом незадолго до родов, и низким (<1%) среди женщин с пренатальным анамнезом рецидивирующего герпеса или у женщин, которые приобрели генитальный герпес в первой половине беременности

Беременным с высокой частотой рецидивов (более 6 раз в год) и тем, у кого в первом или во втором триместре возник первичный клинический эпизод, рекомендовано лечение в последние 4 недели беременности. Такая тактика снижает риск возникновения рецидива заболевания.

Кесарево сечение в качестве профилактики неонатального герпеса необходимо планировать всем беременным, у которых первичный эпизод возник после 34-й недели беременности, поскольку в этом случае существует значительный риск вирусывыделения во время родов. Если родоразрешение через естественные родовые пути неизбежно, необходимо проводить лечение у матери и ребенка.

Женщинам без подтвержденного генитального герпеса следует посоветовать воздерживаться от вагинальных половых контактов в течение третьего триместра с партнерами, которые известны или подозреваются в наличии генитального герпеса.

Кроме того, беременным женщинам без подтвержденного оролабиального герпеса следует рекомендовать воздерживаться от орального секса в течение третьего триместра с партнерами, о которых известно или подозревается оролабиальный герпес.

Ацикловир можно безопасно использовать для лечения женщин на всех стадиях беременности, а также кормящих грудью.

Лечение не следует откладывать. В третьем триместре лечение обычно продолжают ежедневным супрессивным ацикловиром 400 мг три раза в день до родов. Лечение рекомендуется начинать на 36 неделе беременности.

При неэффективности терапии ацикловиром и тяжелом течении ГГ у беременных можно назначить валацикловир, но только в случае, если потенциальная польза превосходит потенциальный риск.

Женщинам, живущим с ВИЧ, и в анамнезе генитальным герпесом следует предлагать ацикловир 400 мг три раза в день с 32 недель беременности, чтобы снизить риск передачи ВИЧ-инфекции, особенно женщинам, которым планируются роды через естественные родовые пути. Следует рассмотреть возможность начала терапии на более раннем сроке беременности, чем обычно, ввиду повышенной вероятности преждевременных родов у ВИЧ-инфицированных женщин.

Лечение половых партнеров.

Половых партнеров, больных генитальным герпесом с клиническими проявлениями, следует обследовать и лечить так же, как и пациентов с генитальным герпесом.

При консультировании половых партнеров следует рекомендовать использовать презерватив вовремя полового акта, так как передача вируса может быть снижена с помощью супрессивной противовирусной терапии или использования презервативов.

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

№ п/п	Направление	Наименование препарата	Код АТХ	Дозировка, режим приема	Уровень доказательности
С первичным клиническим эпизодом ГГ					
1	Противовирусные препараты	Ацикловир	J05AB01	Взрослым, подросткам, беременным, в том числе ЛЖВ Таблетки по 200 мг 5 раз в сутки перорально в течение 7–10 дней или 400 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7–10 дней	A
				или	

2		*Валацикловир	J05AB11	Взрослым, подросткам, беременным в том числе ЛЖВ Таблетки по 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7–10 дней	А
		или			
3		Фамцикловир	J05AB09	Взрослым, в том числе ЛЖВ Таблетки по 250 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7–10 дней	А
Эпизодическая терапия от рецидивирующего ГГ					
4	Противовирусные препараты	Ацикловир	J05AB01	Взрослым, подросткам и беременным Таблетки по 200 мг 5 раз в сутки перорально в течение 5 дней или 400 мг перорально 3 раза в сутки в течение 5 дней или по 800 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней или по 800 мг перорально 3 раза в сутки в течение 2 дня	А
		или			
5		*Валацикловир	J05AB11	Взрослым, подросткам и беременным Таблетки по 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 3 дня	В
		или			

6		Фамцикловир	J05AB09	Взрослым Таблетки по 250 г перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней	В
ЛЖВ , получающие эпизодическую терапию от рецидивирующего ГГ					
7		Ацикловир	J05AB01	Взрослым, под- росткам, бере- менным Таблетки по 400 мг перорально 3 раза в сутки в те- чение 5 дней	А
		или			
8		*Валацикловир	J05AB11	Взрослым, под- росткам, в том числе беремен- ным Таблетки по 500 мг перорально 2 раза в сутки в те- чение 5 дней	В
		или			
9		Фамцикловир	J05AB09	Взрослым Таблетки по 500 г перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней	В
<p>С рецидивирующими, частыми, тяжелыми или вызывающими дистресс клиническими эпизодами ГГ в качестве супрессивной терапии. Длительность супрессивной терапии определяется индивидуально. При достижении стойкого улучшения супрессивная терапия может быть прекращена. Эффективность супрессивной терапии оценивают как минимум по двум рецидивам. В случае ухудшения течения заболевания в дальнейшем может быть принято решение о продолжении супрессивной терапии.</p>					
10		Ацикловир	J05AB01	Взрослым, под- росткам и бере- менным Таблетки по 400 мг 2 раза в сутки перорально	В
		или			
11		*Валацикловир	J05AB11	Взрослым, под- росткам и бере- менным Таблетки по 500	А

				мг 1 раз в сутки перорально	
				или	
12		Фамциклоvir	J05AB09	Взрослым Таблетки по 250 мг 2 раза в сутки перорально	A
<p>Для ЛЖВ с рецидивирующими, частыми, тяжелыми или вызывающими дистресс клиническими эпизодами ГГ в качестве супрессивной терапии. Длительность супрессивной терапии определяется индивидуально. При достижении стойкого улучшения супрессивная терапия может быть прекращена. Эффективность супрессивной терапии оценивают как минимум по двум рецидивам. В случае ухудшения течения заболевания в дальнейшем может быть принято решение о продолжении супрессивной терапии.</p>					
13		Ациклоvir	J05AB01	Взрослым, подросткам и беременным Таблетки по 400 мг 3 раза в сутки перорально	B
				или	
14		*Валациклоvir	J05AB11	Взрослым, подросткам и беременным Таблетки по 500 мг 2 раза в сутки перорально	A
				или	
15		Фамциклоvir	J05AB09	Взрослым Таблетки по 500 мг 2 раза в сутки перорально	A
<p>*Подростки с 12 лет, беременным только в случае, если потенциальная польза превосходит потенциальный риск</p>					

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

3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

3.4 Дальнейшее ведение:

- При отсутствии клинических проявлений заболевания пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.
- С учетом хронического течения вирусного процесса и невозможности элиминации ВПГ из организма человека контроль излеченности не проводится.

- Результаты терапии оценивают по срокам купирования обострения и уменьшению частоты последующих рецидивов.

Профилактика:

- Индивидуальное консультирование с психологом с целью снижения эмоционального напряжения пациента.
- Проведение групповых занятий с подростками по вопросам ИППП, в том числе и ГГ, здорового образа жизни, безопасных интимных отношений.
- Проведение психологических тренингов о важности безопасных интимных отношений.
- После перенесённого эпизода ГГ формирование изменения поведения в сторону безопасного интимного поведения для предотвращения реинфицирования своих половых партнеров.

3.5 Индикаторы эффективности лечения:

- Ускорение разрешения клинических проявлений;
- Уменьшение частоты рецидивов генитального герпеса;
- Улучшение качества жизни пациентов.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ: нет.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ: нет.

6. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе: нет.

7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

7.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Абишев Асылхан Туреханович – кандидат медицинских наук, заместитель директора по клинической и противоэпидемической деятельности Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний МЗ РК.
- 2) Утегенова Алия Казиевна – кандидат медицинских наук, врач дерматовенеролог отдела клинического мониторинга Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний МЗ РК.
- 3) Кипшакбаев Рафаиль Копбосынович - клинический фармаколог, ассоциированный профессор, кандидат медицинских наук Международной школы медицины Каспийского Университета.
- 4) Хабижанов Аскар Болатович – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой дерматовенерологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова».
- 5) Толыбекова Алима Алмасовна – кандидат медицинских наук, заведующая курсом дерматовенерологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет».
- 6) Таубаева Айнур Абимуллаевна – врач дерматовенеролог, заведующая стационарным отделением РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК.

7) Ольховская Екатерина Владимировна – врач-дерматовенеролог высшей категории, магистр МВА, директор, ГКП на ПХВ «Областной кожно-венерологический диспансер» управления здравоохранения акимата ЗКО.

8) Танирбергенов Серик Тарасович – врач акушер-гинеколог, магистр делового администрирования, Национальный программный аналитик в области по сексуальному и репродуктивному здоровью, Страновой офис Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Казахстане.

9) Оспанова Санимбала Алмешевна – кандидат медицинских наук, врач дерматовенеролог, заведующая отделом послевузовского и дополнительного образования Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний МЗ РК.

10) Аймахашова Перизат Нахаевна – врач дерматовенеролог, 1 категории ГКП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» управления общественного здравоохранения г.Алматы.

7.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

7.3 Рецензенты: Байсекенова Гульнара Витальевна – кандидат медицинских наук, заведующая кожно-венерологическим центром при КГП на ПХВ «Павлодарская областная больница им. Г.Султанова».

7.4. Условия пересмотра протокола: Пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

7.5 Список использованной литературы:

1) European guidelines for the management of genital herpes, 2024.

2) WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus, 2016.

3) Kimberly A. Workowski, MD; Laura H. Bachmann, MD et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021, US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention, MMWR / July 23, 2021 / Vol. 70 / No.

4) Christine Johnston, Division of STD Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA; University of Washington, Seattle, Washington, USA; and Fred Hutchinson Cancer Research Center, Seattle, Washington, USA, Diagnosis and Management of Genital Herpes: Key Questions and Review of the Evidence for the 2021 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, Clinical Infectious Diseases® 2022;74(S2):S134–43.

5) Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2021 <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/herpes.htm>.

6) British Association of Sexual Health and HIV. UK National Guideline for the Management of Anogenital Herpes. 2014.

7) Guidelines for the Management of Genital Herpes 2021 <https://sti.guidelines.org.au/sexually-transmissible-infections/genital-herpes-simplex-virus-hsv>.

8) IUSTI Guidelines on the Management of Herpes 2019 <https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Herpes.pdf>.

- 9) Management of Genital Herpes in Pregnancy, Foley E, Clarke E, Beckett VA, Harrison S, Pillai A, FitzGerald M, Owen P, Low-Beer N, Patel R., Guideline date: October 2014.
- 10) Watts DH, Brown ZA, 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.
- 11) Hollier LM, Wendel GD. Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus (HSV) recurrences and neonatal infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1.