

|  |
| --- |
| Клинические рекомендации |
| **Генитальный герпес** |
| МКБ 10: **A60** |
| Возрастная категория:**взрослые, дети** |
| ID: **КР208** |
| Год утверждения: **2016 (1 раз в 2 года)** |
| Профессиональные ассоциации: |
| * **Российское общество дерматовенерологов и косметологов** |
| Научным советом Министерства Здравоохранения Российской Федерации |

Оглавление

[Ключевые слова 3](#__RefHeading___doc_key_words)

[s"Термины и определения 5](#__RefHeading___doc_key_words)

[1. Краткая информация 6](#__RefHeading___doc_1)

[2. Диагностика 8](#__RefHeading___doc_2)

[3. Лечение 9](#__RefHeading___doc_3)

[4. Реабилитация 13](#__RefHeading___doc_4)

[5. Профилактика 13](#__RefHeading___doc_5)

[6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания 13](#__RefHeading___doc_6)

[Критерии оценки качества медицинской помощи 13](#__RefHeading___doc_criteria)

[Список литературы 14](#__RefHeading___doc_bible)

[Приложение А1. Состав рабочей группы 16](#__RefHeading___doc_a1)

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 17](#__RefHeading___doc_a2)

[Приложение А3. Связанные документы 19](#__RefHeading___doc_a3)

[Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента 19](#__RefHeading___doc_b)

[Приложение В. Информация для пациентов 20](#__RefHeading___doc_v)

[Приложение Г. 20](#__RefHeading___doc_g)

**Ключевые слова**

* Генитальный герпес
* Вирус простого герпеса I типа
* Вирус простого герпеса II типа

**Список сокращений**

ВПГ – вирус простого герпеса

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

МКБ – Международная классификация болезней

РКИ – рандомизированные контролируемые исследования

**Термины и определения**

Генитальный герпес – хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, которое вызывается вирусом простого герпеса II и/или I типа.

**1. Краткая информация**

## 1.1 Определение

Генитальный герпес – хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, которое вызывается вирусом простого герпеса II и/или I типа.

## 1.2 Этиология и патогенез

Генитальный герпес вызывается вирусом простого герпеса (ВПГ) как I, так и II типа, при этом частота выявления ВПГ II типа выше. ВПГ является дерматонейротропным ДНК-содержащим вирусом, относящимся к подсемейству альфа-герпесвирусов семейства Herpesviridae.

Инфицирование взрослых лиц может происходить  половым путем (при любых формах половых контактов с больным герпетической инфекцией как при наличии клинической симптоматики у партнера, являющегося источником заболевания, так и при ее отсутствии, но в период выделения вируса) и путем аутоинокуляции;  инфицирование детей – трансплацентарным (редко), перинатальным, половым, контактно-бытовым (при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми) путями и путем аутоинокуляции.

В очаге инокуляции происходит размножение ВПГ в эпителиоцитах, далее вирусы проникают в кровяное русло и лимфатическую систему, внедряются в нервные окончания кожи и слизистых оболочек. Продвигаясь центростремительно по аксоплазме, ВПГ достигают периферических, затем сегментарных и региональных чувствительных ганглиев центральной нервной системы, где сохраняются пожизненно в нервных клетках (латенция в виде безоболочечных L и PREP-частиц). Полный цикл репродукции герпесвирусы проходят только в клетках эпителиального типа. Под воздействием триггерных факторов (стрессовых ситуаций, ультрафиолетового или радиоактивного облучения, иммунодефицитных состояний и др.) происходит реактивация вируса и манифестация заболевания.

## 1.3 Эпидемиология

Генитальный герпес – наиболее распространенное эрозивно-язвенное заболевание гениталий. Сероэпидемиологические исследования указывают на повсеместное распространение генитальной герпетической инфекции. Ежегодно генитальным герпесом заболевают около 500 000 человек. У большинства из них инфекция остается недиагностированной вследствие частых субклинических и атипичных форм заболевания.

В эпидемиологии генитального герпеса важное значение имеет бессимптомное вирусовыделение: до 70% случаев передачи генитального ВПГ происходит при бессимптомном течении инфекционного процесса у больного.

Частота инфицирования вновь приобретенным ВПГ II типа составляет около 5 случаев на 100 человек в год. В Российской Федерации показатель заболеваемости генитальным герпесом в 2015 году  составил 13,5 случаев на 100000 населения: у лиц в возрасте от 0 до 14 лет – 0,1 случаев на 100000 населения, у лиц в возрасте 15-17 лет - 9,4 случаев на 100000 населения, у лиц в возрасте старше 18 лет - 16,4 случаев на 100000 населения.

## 1.4 Кодирование по МКБ 10

**Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция [herpes simplex]** (A60):

A60.0 – Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта;

A60.1 – Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки;

A60.9 – Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная.

## 1.5 Классификация

1. Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта:
2. герпетический уретрит;
3. герпетический вагинит;
4. герпетический цервицит;
5. герпетический цистит.
6. Герпетическая инфекция перианальных кожных покровов и прямой кишки.

В клинической практике также различают: первый клинический эпизод генитального герпеса и рецидивирующий генитальный герпес.

## 1.6 Клиническая картина

Манифестная (типичная) форма генитального герпеса характеризуется:

* гиперемией и отечностью кожных покровов и/или слизистых оболочек в области поражения: у мужчин – в области уретры, полового члена, мошонки, лобка, промежности, перианальной области; у женщин -  в области уретры, вульвы, клитора, влагалища, шейки матки, лобка, промежности, перианальной области;
* единичными или множественными везикулезными элементами полициклической фестончатой формы с прозрачным содержимым, нередко билатеральными, на гиперемированном основании, локализующимися в области поражения. После вскрытия везикулезных элементов образуются поверхностные, покрытые сероватым налетом эрозии размером 2-4 мм соответственно числу бывших пузырьков или сплошная эрозия с гладким дном и неподрытыми краями, окруженными ярко-красным ободком;
* увеличением и болезненностью паховых лимфатических узлов;
* появлением  гнойного экссудата при присоединении вторичной инфекции.

Атипичные формы генитального герпеса могут быть представлены:

* гиперемией и отечностью кожных покровов и/или слизистых оболочек в  области поражения при отсутствии патологических высыпаний;
* рецидивирующими трещинами слизистой оболочки наружных половых органов, которые самостоятельно эпителизируются в течение 4-5 дней;
* единичными или множественными везикулезными элементами с геморрагическим содержимым (геморрагическая форма);
* очагом поражения в виде зудящего пятна или папулы при отсутствии везикулезных элементов (абортивная форма);
* кратковременным появлением на слизистой оболочке наружных половых органов поверхностных трещинок, сопровождающихся незначительным зудом.

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.

**2. Диагностика**

## 2.1 Жалобы и анамнез

Больные предъявляют жалобы на болезненные высыпания в области половых органов и/или в перианальной области; зуд, боль, парестезии в области поражения; болезненность во время половых контактов (диспареуния); при локализации высыпаний в области уретры – на зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурию); при вагинальной локализации высыпаний – на слизисто-гнойные вагинальные выделения; на общие симптомы интоксикации (повышение температуры тела, головную боль, тошноту, недомогание, миалгию, нарушения сна), возникающие чаще  при первом эпизоде заболевания, чем при его рецидиве.

## 2.2 Физикальное обследование

Объективные клинические проявления генитального герпеса, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

## ****2.3 Лабораторная диагностика****

* + Для уточнения этиологии заболевания, при атипичных формах заболевания, а также с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями **рекомендуется**  исследование содержимого везикул, смывов с тканей и органов, мазков-отпечатков, соскобов, биологических жидкостей и секретов организма (слизи, мочи, секрета предстательной железы) молекулярно-биологическими методами с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации [1-3].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1+)

**Комментарии:** Чувствительность методов составляет 98-100%, специфичность - 100%. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие чего предъявляются строгие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала.

* + С целью выявления циркулирующих в сыворотке крови или других биологических жидкостях и секретах организма больного специфических противогерпетических антител (IgM, IgG) **рекомендуется** исследование методом иммуноферментного анализа [4-6].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 2++)

**Комментарии:** Чувствительность метода составляет 78-80%, специфичность – 80-90%.

## 2.4 Инструментальная диагностика

Не применяется.

## 2.5 Иная диагностика

* + **Рекомендуется** консультация врача-акушера-гинеколога при ведении беременных, больных генитальным герпесом [37].

**Уровень убедительности рекомендаций D** (уровень достоверности доказательств – 4)

* + **Рекомендуется** консультация врача-неонатолога и врача-педиатра при ведении новорожденных, больных герпетической инфекцией [37].

**Уровень убедительности рекомендаций  D** (уровень достоверности доказательств – 4)

* + **Рекомендуется** консультация врача-иммунолога при наличии иммунодефицитных состояний и частом рецидивировании заболевания (более 6 раз в год) [37].

**Уровень убедительности рекомендаций D** (уровень достоверности доказательств – 4)

**3. Лечение**

## 3.1 Консервативное лечение

* **Рекомендуется** для лечения первичного клинического эпизода генитального герпеса назначать перорально:

ацикловир\*\* 200 мг 5 раз в сутки в течение 7-10 дней [7-12, 16].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1+)

или

ацикловир\*\* 400 мг 3 раза в сутки в течение 7-10 дней [7-11,4-5]

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 2++)

или

валацикловир 500 мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [7-12, 16].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1+)

или

фамцикловир 250 мг 3 раза в сутки в течение 7-10 дней [7-12, 16].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1+)

* **Рекомендуется** для лечения рецидива генитального герпеса назначать перорально: ацикловир\*\* 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней [7, 9, 12, 13, 14-19].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1++)

или

ацикловир\*\* 400 мг 3 раза в сутки в течение 5 дней [8, 12]**.**

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 2++)

или

ацикловир\*\* 800 мг 3 раза в сутки в течение 2 дней [7, 9, 12, 13, 14-19].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1++)

или

валацикловир 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней [7, 9, 12, 13, 14-19].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1++)

или

валацикловир 1,0 г 2 раза в сутки в течение 1 дня [8, 12]**.**

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 2++)

или

фамцикловир 125 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней [7, 9, 12, 13, 14-19].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1++)

или

фамцикловир 1,0 г 2 раза в сутки в течение 1 дня [7, 9, 12, 13, 14-19].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств –1++)

**Комментарии:** Показанием к проведению лечения генитального герпеса является наличие 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.

Ни один из препаратов не имеет преимущества в эффективности воздействия на течение заболевания [1-9].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1+)

Лечение не приводит к эрадикации вируса и не всегда влияет на частоту и тяжесть развития рецидивов в последующем.

* **Рекомендуется** в качестве супрессивной терапии генитального герпеса назначать перорально:

валацикловир 500 мг 1 раз в сутки [19, 20]**.**

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1++)

или

фамцикловир 250 мг 2 раза в сутки [19, 20].

**Уровень убедительности рекомендаций А (**уровень достоверности доказательств – 1++)

или

ацикловир\*\* 400 мг 2 раза в сутки [20, 21].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 2+)

**Комментарии:** Показаниями к назначению супрессивной терапии являются: тяжелое, с частыми рецидивами (более 6 раз в год) и осложнениями течение заболевания; тяжелые продромальные симптомы; выраженная иммуносупрессия; нарушение психоэмоционального состояния в связи с возможностью передачи ВПГ.

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.

* **Рекомендуется** при рецидивирующем течении заболевания применение интерферона системного действия:

интерферон гамма\*\* 500000 МЕ 1 раз в сутки подкожно через день, на курс 5 инъекций [32-35].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 2+)

* **Рекомендуется** для лечения беременных с высокой частотой рецидивов в анамнезе (более 6 раз в год) и тем, у кого в I или во II триместре возник первичный клинический эпизод, прием ацикловира в последние 4 недели беременности. Такая тактика снижает риск возникновения рецидива заболевания [22-28].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1++)

·         **Рекомендуется** в качестве профилактики неонатального герпеса планировать кесарево сечение всем беременным, у которых первичный эпизод возник после 34-й недели беременности, т.к. в этом случае существует значительный риск вирусовыделения во время родов [37].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 2+)

·         **Рекомендуется**, если родоразрешение через естественные родовые пути неизбежно, проводить лечение у матери и ребенка:

ацикловир\*\* 200 мг 5 раз в сутки перорально в течение 5-10 дней [30].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – 3)

или

ацикловир\*\* 400 мг 3 раза в сутки перорально в течение 5-10 дней [30].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – 3)

* **Рекомендуется** для лечения герпеса в периоде новорожденности:

 ацикловир\*\* 20 мг на кг массы тела внутривенно 3 раза в сутки в течение 10-21 дней [28,29 -31].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1++)

## 3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

## 3.3 Иное лечение

Не применяется.

**4. Реабилитация**

Не применяется.

**5. Профилактика**

Профилактика:

* исключение случайных половых контактов;
* использование средств барьерной контрацепции;
* обследование и лечение половых партнеров.

Профилактика инфицирования генитальным герпесом здорового полового партнера:

* валацикловир 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 12 месяцев при регулярных половых контактах [36].

**Уровень убедительности рекомендаций­­ - А** (уровень достоверности доказательств –1-)

**6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания**

**Критерии оценки качества медицинской помощи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№№** | **Критерии качества** | **Уровень достоверности доказательств** | **Уровень убедительности доказательств** |
| 1 | Проведена терапия ацикловиром или валацикловиром или фамцикловиром | 1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 3 | A, B, C |
| 2 | Достигнуто исчезновение клинических симптомов заболевания (клиническое выздоровление) | 4 | D |
| 3 | Достигнуто уменьшение частоты и/или продолжительности рецидивов генитального герпеса при назначении длительной супрессивной терапии | 4 | D |

**Список литературы**

1. Geretti AM and Brown DW. National survey of diagnostic  services for genital herpes. Sex Transm Infect 2005; 81:  316–317.

2. Scoular A. Using the evidence base on genital herpes: optimising the use of diagnostic tests and information  provision. Sex Transm Infect 2002; 78: 160–165.

3. Wald A, Huang M-L, Carrell D, et al. Polymerase chain    reaction for detection of herpes simplex virus (HSV)  DNA on mucosal surfaces: comparison with HSV isolation   in cell culture. J Infect Dis 2003; 188: 1345–3151.

4. Wald A, Ericsson M, Krantz E, et al. Oral shedding of  herpes simplex virus type 2. Sex Transm Infect 2004; 80: 272–276.

5. Ramaswamy M, McDonald C, Smith M, et al. Diagnosis   of genital herpes by real time PCR in routine clinical  practice. Sex Transm Infect 2004; 80: 406–410.

6. Ashley RL. Performance and use of HSV type-specific    serology test kits. Herpes 2002; 9: 38–45.

7. Nilsen AE, AasenT, Halsos AM, et al. Efficacy of oral aciclovir in the treatment of initial and recurrent genital herpes. Lancet 1982; 571-3.

8. Spruance SL, Tyring TK, 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.

9. Sacks SL, Aoki FY, Diaz-Mitoma F, Sellors J, Shafran SD, for the Canadian Famciclovir Study. Patient-initiated, twice daily, oral famciclovir for early recurrent genjnital herpes: a randomized, double-blind multicenter trial. JAMA 1996; 276: 44-9.

10. 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.

11. Fife KH, Barbarash RA, 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 Dis1997; 24: 481-6.

12. Mertz GJ. Management of genital herpes.  Adv Exp Med Biol. 1996;394: 1-10.

13. Wald A, Carrell D, Remington M, et al. Two-day regiment of acyclovir for treatment of recurrent genital herpes simplex virus type 2 infection. Clin Infect Dis 2002; 34(7): 944-8.

14. Aoki FY, Tyring S, Diaz-Mitoma F, Gross G, Gao J, Hamed K. Single-day, patient-initiated famciclovir therapy for recurrent genital herpes: a randomized, double-blind, placebocontrolled trial. Clin Infect Dis 2006; 42: 8-13.

15. Abudalu M, Tyring S, Koltun W, Bodsworth N, Hamed K. Single-day. patient-initiated famciclovir therapy versus 3-day valaciclovir regimen for recurrent genital herpes: a randomized, double-blind, comparative trial. Clin Infect Dis 2008; 47: 651-8.

16. Leone PA, Trottier S, Miller JM. Valaciclovir for episodic treatment of genital herpes: a shorter 3-day treatment course compared with 5-day treatment. Clin Infect Dis 2002; 34: 958-62.

17. Strand A, Patel R, Wulf HC, Coates KM and The International Valaciclovir Study Group. Aborted genital herpes simplex virus lesions: findings from a randomised controlled trial with valaciclovir. Sex Transm Infect 2002; 78: 435-9.

18. Bodsworth N, Bloch M, McNulty A, 2-day versus 5-day famciclovir as treatment of recurrences of genital herpes: results of the FaST study, Sexual Health 2008; 5(3): 219-225.

19. Рахматулина М.Р. Эпизодическая терапия рецидивирующей герпетической инфекции: результаты проспективного постмаркетингового исследования. Вестник дерматологии и венерологии,2009; №5: С. 120-124.

20. Lebrun-Vignes B et al. A meta-analysis to assess the efficacy of oral antiviral treatment to prevent genital herpes outbreaks.JAm Acad Dermatol 2007; 57: 238-46.

21. Sheffield JS, Hollier LM, Hill JB, Stuart GS, Wendel GD Jr. Acyclovir prophylaxis to prevent herpes simplex virus recurrence at delivery: a systematic review. Obstet Gynecol 2003;102: 1396–403.

22. Watts DH, Brown ZA, Money D, Selke S, Huang ML, Sacks SL, et al. A double-blind, 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: 836–43.

23. Scott LL, Hollier LM, McIntire D, Sanchez PJ, Jackson GL, Wendel GD Jr. Acyclovir suppression to prevent recurrent genital herpes at delivery. Infect Dis Obstet Gynecol 2002; 10: 71–7.

24. 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

25. Scott LL, Sanchez PJ, Jackson GL, Zeray F, Wendel GD Jr. Acyclovir suppression to prevent cesarean delivery after first-episode genital herpes. Obstet Gynecol. 1996; 87(1): 69–73.

26. 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.

27. 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.

28. 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.

29. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care: Care of healthy women  and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 55. Manchester: NICE; 2007.

30. Hollier LM, Wendel GD. Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplx virus (HSV) recurrences and neonatal infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1.

31. A. M. Kesson, “Management of neonatal herpes simplex virus infection,” Paediatric Drugs, 2001; vol. 3, no. 2: pp. 81–90.

32. Cantin E, Tanamachi B., Openshaw H. Role for gamma interferon in control of herpes simplex virus type 1 reactivation. J. Virol. 1999; 73: 3418-3423.

33. Sainz B. Jr., Halford W.P. Alpha/Beta interferon and gamma interferon synergize to inhibit the replication of herpes simplex virus type 1. J. Virol., 2002; 76(22): 11541–11550.

34. Рахматулина М.Р. Интерферон-гамма в терапии генитального герпеса. Инфекционные болезни, 2007; № 3: С. 76-79.

35. Sundmacher R., Mattes A., Neumann-Haefelin D. et al. The potency of interferon-alpha 2 and interferon-gamma in a combination therapy of herpes keratitis. A controlled clinical study. Curr. Eye Res., 1987; 6(1): 273–276.

36. 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.

37. Клинические рекомендации РОДВК по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями.: Издательский дом  Деловой Экспресс,  2012: 1-112.

**Приложение А1. Состав рабочей группы**

1. Кубанова Анна Алексеевна – академик РАН,  доктор медицинских наук, профессор, Президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
2. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
3. Рахматулина Маргарита Рафиковна – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
4. Соколовский Евгений Владиславович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
5. Перламутров Юрий Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
6. Чернова Надежда Ивановна – доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

**Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**

## ****Целевая аудитория клинических рекомендаций:****

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи, акушеры-гинекологи, урологи, педиатры;
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

## ****Таблица П1- Уровни достоверности доказательств****

|  |  |
| --- | --- |
| **Уровни**  **достоверности доказательств** | **Описание** |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Неаналитические исследования (например, описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнение экспертов |

## ****Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций****

|  |  |
| --- | --- |
| **Уровень убедительности доказательств** | **Характеристика показателя** |
| А | По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов  или  группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов  или  экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов;  или  экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4;  или  экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+ |

## ****Порядок обновления клинических рекомендаций****

Рекомендации в предварительной версии рецензируются независимыми экспертами. Комментарии, полученные от экспертов, систематизируются и обсуждаются членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации или причины отказа от внесения изменений регистрируются.

Предварительная версия рекомендаций выставляется для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно анализируются членами рабочей группы.

**Приложение А3. Связанные документы**

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.

**Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента**

**Приложение В. Информация для пациентов**

1. Генитальный герпес – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся пожизненной персистенцией вируса простого герпеса в организме.
2. Во время рецидива генитального герпеса и в период лечения необходимо воздержаться от половых контактов.
3. Передача инфекции может происходить при отсутствии клинических проявлений заболевания в результате бессимптомного вирусовыделения.
4. Презервативы, при использовании их постоянно и правильно, способствуют снижению риска инфицирования полового партнера
5. Рекомендуется обследование на другие инфекции, передаваемые половым путем.
6. Показанием к проведению лечения генитального герпеса является наличие 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.
7. Ни один из препаратов не имеет преимущества в эффективности воздействия на течение заболевания.
8. Лечение не приводит к эрадикации (уничтожению) вируса простого герпеса и не всегда влияет на частоту и тяжесть развития рецидивов в последующем.

**Приложение Г.**