СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие 4
Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция 6
Аногенитальные (венерические) бородавки 21
Атопический дерматит 39
Грибовидный микоз 75
Гонококковая инфекция 103
Дерматит контактный 122
Другие атрофические изменения кожи 145
Крапивница 161
Меланоформный невус 218
Псориаз 268
Псориаз артропатический. Псориатический артрит 309
Себорейный дерматит 348
Сифилис 363
Урогенитальные заболевания, вызванные Mycoplasma genitalium 419
Хламидийная инфекция 431
Экзема 448
Эритразма 472
Перечень лекарственных средств 481

Стандарты оказания медицинской помощи

Стандарт медицинской помощи детям при аногенитальной герпетической вирусной инфекции (диагностика и лечение) (приказ МЗ РФ N 319н от 12.05. 2022).

Стандарт медицинской помощи взрослым при аногенитальной герпетической вирусной инфекции (диагностика и лечение)(приказ МЗ РФ N 210н от 28.03.2022).

АНОГЕНИТАЛЬНАЯ ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Код МКБ: А60 (А60.0; А60.1; А60.9)
Год утверждения: 2021
ID МЗ РФ: КР679_1
Разработчик: Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»; Общероссийская общественная организация содействия охране материнства и детства «Российское общество акушеров-гинекологов»
Возрастная категория: любая возрастная категория

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота
ИФА — иммуноферментный анализ
IgM — иммуноглобулины класса М
IgG — иммуноглобулины класса G
МКБ-10 — Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
ВПГ — вирус простого герпеса
** — лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год (Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р)
# — применение off-label — вне зарегистрированных в инструкции лекарственного средства показаний осуществляется по решению врачебной комиссии, с разрешения Локального этического комитета медицинской организации (при наличии), с условием подписанного информированного согласия родителей (законного представителя) и пациента в возрасте старше 15 лет

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Аутоинокуляция — механический перенос инфекционного возбудителя с одного участка на другие участки тела.

Абортивная форма — форма заболевания, при которой проявляются не все клинические симптомы инфекции или клинические симптомы инфекции проявляются с минимальной выраженностью.

Герпетическая коинфекция — одновременное инфицирование вирусами герпеса II и I типов.

Латентная герпетическая инфекция — неактивная стадия инфекции, при которой вирус не обнаруживается в биологических материалах, но сохраняется в виде ДНК-белкового комплекса в нервных ганглиях.

Манифестная герпетическая инфекция — активная стадия инфекции, при которой отмечаются клинические симптомы.

Первичный (первый) эпизод герпеса — впервые выявленные клинические проявления герпетической инфекции.

Рецидив герпеса — повторно регистрируемые клинические проявления герпетической инфекции.

Супрессивная терапия герпетической инфекции — длительный, иногда многолетний, постоянный прием низких доз нуклеозидов и нуклеотидов, кроме ингибиторов обратной транскриптазы вне рецидива заболевания.

Эпизодическая терапия герпетической инфекции — прием нуклеозидов и нуклеотидов, кроме ингибиторов обратной транскриптазы в момент рецидива в терапевтических дозах при соблюдении кратности и длительности лечения.

1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ИЛИ СОСТОЯНИЮ (ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ

1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

Аногенитальная герпетическая инфекция (аногенитальный герпес) – хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, которое вызывается вирусом простого герпеса II и/или I типа.

1.2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

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

В очаге инокуляции происходит размножение вируса простого герпеса в эпителиоцитах, далее вирусы проникают в кровяное русло и лимфатическую систему, внедряются в нервные окончания кожи и слизистых оболочек. Продвигаясь центростремительно по аксоплазме, вирус простого герпеса достигает периферических, затем сегментарных и региональных чувствительных ганглиев центральной нервной системы, где сохраняется пожизненно в нервных клетках (латенция в виде безоболочечных L и PREP-частиц). Полный цикл репродукции герпесвиру-

сы 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 ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

Аногенитальный герпес — наиболее распространенное эрозивно-язвенное заболевание половых органов.

Эпидемиологические исследования указывают на повсеместное распространение герпетической инфекции. Ежегодно генитальным герпесом заболевают около 500 000 человек. У большинства из них инфекция остается не диагностированной вследствие частых субклинических и атипичных форм заболевания.

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

В Российской Федерации заболеваемость аногенитальной вирусной инфекцией в 2018 году составила 11,4 случаев на 100 тысяч населения, в том числе: среди детей 0-14 лет 0,17 на 100 тысяч соответствующего населения, среди лиц 15–17 лет – 7,6 на 100 тысяч соответствующего населения, среди взрослых лиц — 14,0 на 100 тысяч соответствующего населения.

Пути инфицирования.

У взрослых лиц:

- половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным герпетической инфекцией как при наличии клинической симптоматики герпетической инфекции у партнера, являющегося источником заболевания, так и при ее отсутствии, но в период выделения вируса (риск передачи вируса максимален при манифестации заболевания, а также в продромальный период) [1–4];
- аутоинокуляция.

У детей:

- трансплацентарный (редко);
- половой контакт;
- контактно-бытовой (при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми);
- аутоинокуляция. [103–105]

1.4. ОСОБЕННОСТИ КОДИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ

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 ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

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

Также заболевание классифицируют:

По тяжести течения: легкая (1–2 обострения в течение года), средней тяжести (3–5 обострений в течение года), тяжелая (6 обострений и более в течение года) формы;

По клинической картине: типичный и атипичный генитальный герпес[100-102].

По локализации:

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

1.6. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

В клинической практике различают: первичный клинический эпизод аногенитального герпеса; рецидивирующий аногенитальный герпес и первичный эпизод латентно текущей инфекции вируса простого герпеса.

Первичный эпизод характеризуется выраженной клинической картиной, может сопровождаться общим недомоганием и подъемом температуры тела до субфебрильных цифр.

Объективные симптомы

Манифестная (типичная) форма генитального герпеса:

- гиперемия и отечность кожных покровов и слизистых оболочек в области поражения: у мужчин - в области полового члена, мошонки, лобка, промежности, перианальной области; у женщин — в области вульвы, клитора, влагалища, шейки матки, лобка, промежности, перианальной области;
- единичные или множественные везикулезные элементы полициклической фестончатой формы с прозрачным содержимым, нередко билатеральные, на гиперемированном основании, локализующиеся 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. При присоединении вторичной инфекции отмечается появление гнойного экссудата;
- увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов.

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

Атипичные формы генитального герпеса могут быть представлены:
- эритемой и отеком без развития элементов сыпи (абортивная форма);
- очагом поражения в виде зудящего пятна различной величины, с неправильными очертаниями и нечеткими границами розоватого цвета (эритематозная форма);
- выраженным отеком подкожной жировой клетчатки без формирования пузырьков (отечная форма);
- рецидивирующими трещинами кожи и слизистой оболочки половых органов и/или перианальной области, сопровождающимися зудом, которые самостоятельно эпителизируются в течение 4–5 дней (форма трещин);
- язвочками, образующимися из пузырьков, после заживления которых формируются атрофичные рубчики (эрозивно-язвенная форма).
- единичными или множественными везикулезными элементами с геморрагическим содержимым (геморрагическая форма);
- длительно незаживающими язвами, трансформировавшимися из эрозий, образовавшихся после вскрытия пузырьков (язвенно-некротическая форма);
- одним многокамерным пузырем(буллезная форма).

Рецидивы при инфицировании ВПГ II типа возникают раньше и чаще, чем при инфицировании ВПГ I типа и сопровождаются более выраженной клинической симптоматикой [5, 6].

2. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ), МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

2.1. ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ

4С **Рекомендовано** проводить выявление жалоб, характерных для аногенитальной герпетической инфекции: на болезненные высыпания в области половых органов и/или в перианальной области; зуд, боль, парестезии в аногенитальной области; болезненность во время половых контактов (диспареуния); 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 [7–11].

2.2. ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

4С **Рекомендовано** проводить осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек половых органов, перианальной области с целью выявления характерных высыпаний [7–11].

Комментарий: *осмотр женщин проводится на гинекологическом кресле с использованием зеркал. Объективные клинические проявления генитального герпеса, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».*

4С **Рекомендовано** проведение осмотра и пальпации лимфатических узлов с определением их болезненности и размеров [7, 9, 11].

Комментарий: *исследование лимфатических узлов проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличие воспалительного, процессов.*

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

2.3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагноз устанавливается на основании характерной клинической картины; при необходимости подтверждается выявлением в исследуемом клиническом материале вируса простого герпеса II и/или I типа молекулярно-генетическими методами.

4С **Рекомендовано** установление диагноза аногенитального герпеса на основании типичных клинических проявлений заболевания [7–11].

Комментарий: *Важно оценивать анамнестические данные, свидетельствующие в пользу диагноза генитального герпеса, например указание на подобные высыпания в прошлом, появление элементов в одном и том же месте, эффективность противовирусной терапии в анамнезе.*

1В **Рекомендовано** для подтверждения этиологии заболевания выявление вируса простого герпеса молекулярно-биологическими методами в содержимом везикул, соскобах, биологических жидкостях и секретах организма (слизи, моче, секрете предстательной железы) в зависимости от клинической картины и данных анамнеза: молекулярно-биологическое исследование везикулярной жидкости, соскобов с высыпаний на вирус простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2); молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2); молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на вирус простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2); молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на вирус простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2); молекулярно-биологическое исследование отделяемого

слизистой оболочки прямой кишки на вирус простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) [12–20].

Комментарии: *При получении клинического материала следует учитывать возможное многоочаговое инфицирование. На результаты лабораторных исследований могут влиять: выраженность клинических проявлений, качество взятия клинического материала, условия хранения/транспортировки и сроков обработки материала. [14, 15, 16, 19].*

5С **Рекомендовано** серологическое исследование с целью выявления циркулирующих специфических антител (IgM, IgG) методом иммуноферментного анализа: определение антител класса G (IgG) к вирусу простого герпеса 1 типа (Herpes simplex virus 1) в крови; определение антител класса G (IgG) к вирусу простого герпеса 2 типа (Herpes simplex virus 2) в крови; определение антител класса M (IgM) к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) в крови [21–30]: при рецидивирующем аногенитальном герпесе или герпесе с атипичной клинической картиной и отрицательных результатах выявления вируса молекулярно-биологическими методами в анамнезе [23]; при обследовании половых партнеров пациентов с аногенитальным герпесом [24, 25].

Комментарий: *Важно консультировать женщин о профилактике инфицирования обоими типами вируса во время беременности.*

От появления клинических симптомов заболевания до обнаружения типоспецифичных IgG к вирусу простого герпеса проходит от 2 недель до 3 месяцев. [35, 36, 37].

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 [1].

При дискордантных результатах серологических исследований у половых партнеров проводят консультирование пациентов о возможностях снижения риска передачи вируса [26].

5С **Не рекомендовано** проведение молекулярно-биологических методов исследования для выявления вируса простого герпеса во время проведения противовирусной терапии [113].

Комментарии: *Получение клинического материала для диагностики молекулярно-биологическими методами осуществляется у женщин вне менструации и в период обострения генитального герпеса у мужчин и женщин.*

2.4. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Не применяется.

2.5. ИНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

5С **Рекомендуется** консультация врача-акушера-гинеколога при ведении беременных, женщин в период лактации, больных генитальным герпесом для уточнения тактики введения [38, 126].

5С **Рекомендована** консультация врача-неонатолога и/или врача-педиатра при ведении новорожденных и детей, больных герпетической инфекцией для уточнения тактики введения [81, 92, 127].

5С **Рекомендована** консультация врача-аллерголога-иммунолога при частом рецидивировании заболевания (более 6 раз в год) для исключения заболеваний, сопровождающихся нарушением работы иммунной системы [38, 128].

4С **Рекомендована** консультация врача — психотерапевта при наличии показаний для нормализации психо-эмоционального состояния пациентов [39–41].

4С **Рекомендована** консультация врача-уролога при подозрении на наличие герпетической инфекции мочевого пузыря [42, 129]

3. ЛЕЧЕНИЕ, ВКЛЮЧАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИИ, ДИЕТОТЕРАПИЮ, ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

3.1. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Пациентам с манифестной формой первичного аногенитального герпеса или рецидивом заболевания рекомендуется назначение системной противовирусной терапии препаратами нуклеозидов и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы с целью подавления репликации вируса для минимизации осложнений, снижения тяжести и сокращения сроков заболевания/рецидива, а также снижения риска рецидивирования заболевания в дальнейшем [43–49].

При выборе тактики лечения учитывают тяжесть заболевания, частоту рецидивов, период инфекции (первичный эпизод или рецидив), наличие и характер осложнений [50]:

Рекомендовано для лечения первичного клинического эпизода аногенитального герпеса назначать перорально:

2B ацикловир** 200 мг 5 раз в сутки в течение 7–10 дней, противопоказаны детям до 3-х лет [43, 44, 46, 54].

5C или ацикловир** 400 мг 3 раза в сутки в течение 7–10 дней [43, 46, 54, 130]

5C или валацикловир 500 мг 2 раза в сутки в течение 7–10 дней противопоказаны детям до 12 лет [44, 54].

5C или #фамцикловир 250 мг 3 раза в сутки в течение 7–10 дней [49, 54, 130].

2B **Рекомендовано** для лечения рецидива аногенитального герпеса назначать перорально: ацикловир** 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней [46, 47].

5C или #ацикловир**400 мг 3 раза в сутки в течение 5 дней [46, 47, 54, 130].

2B или #ацикловир** 800 мг 3 раза в сутки в течение 2 дней [57].

2B или валацикловир** 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней [48, 55, 60, 61].

2B или #валацикловир**1,0 г 2 раза в сутки в течение 1 дня [48, 54, 116].

2A или фамцикловир125 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней [49, 54].

2B или фамцикловир1,0 г 2 раза в сутки в течение 1 дня [58, 59].

Комментарии: *Ни один из препаратов не имеет преимущества в эффективности воздействия на течение заболевания [14, 43–49].*

1B **Рекомендовано** пациентам с тяжелым течением аногенитального герпеса, сопровождающимся рецидивами более 6 раз в год, в качестве супрессивной терапии генитального герпеса назначать перорально:
валацикловир** 500 мг 1 раз в сутки [29, 50]
или фамцикловир 250 мг 2 раза в сутки [50, 62]
или ацикловир** 400 мг 2 раза в сутки [50–53]
или валацикловир** 500 мг 2 раза в сутки [116]
или #валацикловир**1 г в сутки [116, 130]

Комментарии: *Показаниями к назначению супрессивной терапии являются: тяжелое, с частыми рецидивами (более 6 раз в год), осложненное течение заболевания; тяжелые продромальные симптомы; выраженная иммуносупрессия; нарушение психо-*

эмоционального состояния в связи с возможностью передачи вируса простого герпеса. Выбор режима дозирования #**валацикловира**** *1 г в сутки определяется частой рецидивирования генитального герпеса более 10 раз в год. 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.*

5С **Рекомендовано** при первичном эпизоде генитального герпеса во время беременности назначать
#ацикловир** 400 мг 3 раза в день или 200 мг 5 раз в день в течение 7–10 дней на любом сроке беременности [117, 118, 68].
или валацикловир 500 мг 2 раза в день в течение 7–10 дней на любом сроке беременности [117, 118].

Комментарий: *При рецидивах генитального герпеса во время беременности, сопровождающихся болью, лихорадкой, паховой лимфаденопатией и другими симптомами, возможно назначить* #**ацикловир**** *(400 мг 3 раз в день или 200 мг 5 раз в день) или* **валацикловир** *(500 мг 2 раза в день) в течение 3-5 дней на любом сроке беременности. Как при первичном эпизоде, так и при рецидивах генитального герпеса, терапия может быть назначена на меньшее или большее число дней в зависимости от длительности и тяжести заболевания. В случае тяжелых и диссеминированных форм заболевания* **ацикловир**** *может быть назначен внутривенно в дозе 5 мг/кг массы тела каждые 8 часов в течение 2–7 дней с последующим переходом на пероральный прием препарата. [117, 119]*

5С **Рекомендовано** для профилактики неонатального герпеса и снижения риска кесарева сечения беременным с первичным или рецидивирующим генитальным герпесом во время беременности назначить прием
#ацикловира** 400 мг 3 раза в день с 36 недели беременности до родоразрешения [67, 68, 117, 120, 121, 131]
или валацикловира 500 мг 2 раза в день с 36 недели беременности до родоразрешения [67, 68, 117, 120, 121]

5С **Рекомендовано** для профилактики неонатального герпеса планировать родоразрешение путем кесарева сечения всем беременным, у которых первичный эпизод генитального герпеса возник после 34-й недели беременности или были выявлены клинические проявления генитального герпеса накануне родов, т.к. в этом случае существует значительный риск вирусовыделения во время родов [38, 118].

Рекомендовано, если родоразрешение через естественные родовые пути неизбежно, проводить лечение матери и ребенка:

5С ацикловир** 200 мг 5 раз в сутки перорально в течение 5–10 дней [69, 136, 137, 134].

1A или #ацикловир** 400 мг 3 раза в сутки перорально в течение 5–10 дней [69, 134].

5C или валацикловир 500 мг 2 раза в сутки 5–10 дней [121–125, 136, 134]

5C **Рекомендовано** для профилактики неонатального герпеса при излитии околоплодных вод у пациенток с клиническими проявлениями генитального герпеса рассмотреть вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения в неотложном порядке [117].

5C **Рекомендовано** для лечения герпеса в периоде новорожденности: Ацикловир** 20 мг на кг массы тела внутривенно 3 раза в сутки в течение 10–21 дней (суточная доза 60 мг/кг/сутки) [65–70].

5C **Рекомендовано** при рецидивирующем течении заболевания, в случае низкой эффективности терапии рецидивов в качестве дополнительной терапии к нуклеозидам и нуклеотидам, кроме ингибиторов обратной транскриптазы назначение интерферонов интерферонов [71–76, 106–112].

Комментарии: *применяются препараты, содержащие интерферон-альфа-2b в виде суппозиториев, интерферон гамма [71–76, 106–112]. Для минимализации риска развития побочных эффектов интерферонов требуется их сочетание с витаминами, обладающими антиоксидантным действием (витамины с и Е). У беременных применение интерферона-альфа-2b разрешено со 2-го триместра.*

5C **Рекомендовано** местное применение антисептических препаратов, противовирусных препаратов в качестве дополнительного лечения пациентам с наличием клинических проявлений герпетической инфекции на коже и слизистых оболочках [138].

3.2. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Не применяется.

3.3. ИНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Диетотерапия не применяется.

Обезболивание не применяется.