


ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Заместитель председателя
Ученого медицинского совета

 И.П. Костомарова
2016 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель руководителя
Департамента здравоохранения

 И.Н. Потекаев
2016 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПРОСТОЙ ГЕРПЕС.
ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Методические рекомендации
№9

Согласовано

Председатель профильной комиссии
по дерматовенерологии и косметологии
Департамента здравоохранения
города Москвы, к.м.н., доцент

 О.В. Жукова

«27»  2016 г.

Москва 2016

Учреждение-разработчик:

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

Составители:

Николай Николаевич Потехаев — научный руководитель Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, главный специалист дерматовенеролог и косметолог, доктор медицинских наук, профессор.

Алексей Анатольевич Халдин — ведущий научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук, профессор.

Ольга Валентиновна Жукова — главный врач Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, главный специалист дерматовенеролог и косметолог, доктор медицинских наук.

Георгий Александрович Дмитриев — главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук, профессор.

Рецензент: Антон Владимирович Молочков — заместитель директора ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского по науке и международным связям, профессор, доктор медицинских наук.

Настоящие методические рекомендации содержат современные сведения об эпидемиологии, диагностике, клинике, подходах к терапии и вторичной профилактике герпесвирусных инфекций. Представленные схемы лечения базируются на анализе зарубежных рекомендаций, знаний об этиопатогенезе герпесвирусного процесса, данных плацебо контролируемых многоцентровых рандомизированных исследований и метаанализе отечественного опыта. Методические рекомендации предназначены для врачей — дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, инфекционистов и других специалистов, занимающихся проблемами герпесвирусных инфекций.

ПРОСТОЙ ГЕРПЕС

Простой герпес (ПГ) — хроническое вирусное рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением кожи и слизистых разной локализации. В зависимости от локализации высыпаний выделяют генитальную, лабиальную, глутеальную и другие формы ПГ.

Этиология

Возбудитель — вирус простого герпеса (ВПГ) типа I или (и) II. ВПГ — ДНК содержащий возбудитель, относится к семейству альфа-герпесвирусов. Характеризуется коротким циклом репродукции (24 часа), высокой тропностью к клеткам эпителиоидного ряда и нервной системы, выраженным цитопатическим действием. Простой герпес — хроническая персистирующая инфекция человека. После первичного инфицирования вирус переходит в латентное состояние в сенсорных паравертебральных ганглиях. Повторные проявления инфекции связаны с потерей иммунного контроля над латентным состоянием ВПГ.

Эпидемиология

Простой герпес является самым распространенным вирусным заболеванием человека. Аногенитальная форма ПГ — самое частое вирусное заболевание области гениталий. Основные пути передачи инфекции — воздушно-капельный и контактно-бытовой, в том числе половой путь заражения. Особую опасность представляет бессимптомное вирусовыделение. До 50% случаев полового реинфицирования ВПГ наблюдается при отсутствии клинических проявлений ПГ. Данные сероэпидемиологических исследований указывают на повсеместное распространение ПГ, а также на прогрессивный рост инфицированности ВПГ типа I или (и) II и заболеваемости. Рост заболеваемости ПГ стабильно высокий. В Российской Федерации показатели заболеваемости аногенитальным простым герпесом (регистрируется как ИППП) в 2014 году составили 14,2 случая на 100 000 населения.

Классификация

Инфекции, вызванные вирусом герпеса (*Herpes simplex*) В00 МКБ-10 — В00.1

Герпетический везикулярный дерматит (герпетическое поражение лица, губ и другие)

Герпетический везикулярный дерматит — хроническое рецидивирующее герпетическое поражение любого участка кожи и слизистых вне генитальной локализации (лицо, губы, ягодицы, кисти и прочие).

МКБ-10 — А 60

Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (*Herpes simplex*)

Аногенитальная форма простого герпеса — хроническое рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением кожи и слизистых половых органов.

Клиническое течение

В клинической практике различают первичный клинический эпизод (*первичный ПГ*) и повторные проявления инфекции (*рецидив ПГ*). По течению заболевание может быть редко рецидивирующим (1–2 обострения в год), умеренным (3–4 обострения в год) и часто рецидивирующим (6 обострений в год и более). Частота рецидивов напрямую зависит от степени депрессии иммунной системы, в первую очередь от степени снижения выработки эндогенного интерферона. В зависимости от тяжести течения герпесвирусного процесса возрастает риск развития системных осложнений ПГ. При крайне выраженных иммунодефицитах может наблюдаться перманентное течение ПГ (рецидивы следуют один за другим без интервалов).

Среди клинических проявлений ПГ наиболее часто встречается типичная форма заболевания. В этом случае после стадии предвестников рецидива наблюдается формирование сгруппированных везикул на слегка отечном, эритематозном фоне. После их вскрытия образуется слегка болезненная фестончатая эрозия, которая заживает путем эпителизации, не оставляя после себя следов. Без лечения длительность вирусного процесса может достигать 10–14 дней. Среди других клинических разновидностей следует отметить буллезную форму (формируется один многокамерный пузырь) и эрозивно-язвенную форму (пузырьки, вскрываясь, образуют язвочку, на ее месте формируется слегка атрофичный рубчик). Среди редких проявлений встречается эритематозная форма (развитие за-

болевания заканчивается на стадии формирования покраснения), склеро-дермоподобная (при длительном, часто рецидивирующем течении типичной формы ПГ на месте традиционных высыпаний развивается склерозирование, которое нарастает от рецидива к рецидиву) и отечная (за счет хорошо выраженной подкожной жировой клетчатки формируется выраженный отек, пузырьки не формируются).

Системные проявления ПГ могут быть в виде мигреней, бронхитов, эзофагитов, гастритов, поражения щитовидной железы, остеохондрозов. Клиническим признаком, указывающим на возможность системного герпетического поражения, является совпадение по времени высыпаний ПГ и жалоб системного генеза.

В случае поражения ВПГ органов мочеполовой системы могут развиваться герпетические уретриты, уретропростатиты и (или) циститы. В большинстве случаев их симптоматика, как и других системных осложнений, совпадает по времени возникновения с рецидивами ПГ в области гениталий. Реже они проявляются изолированно, без кожно-слизистых высыпаний.

Диагностика

Жалобы, клинические симптомы

Первичный ПГ. Первичный эпизод вирусной инфекции обычно возникает внезапно, не сопровождаясь продромальным периодом. На участке кожи, пораженной ВПГ, формируется массив сгруппированных пузырьков с серозным содержимым, занимающих достаточно большую площадь. У женщин может наблюдаться несколько очагов высыпаний. Высыпания сопровождаются болезненностью. Одновременно с высыпаниями на коже и (или) слизистых повышается температура до 39–40°C, увеличиваются и становятся болезненными регионарные лимфоузлы. У женщин при аногенитальной форме заболевания достаточно часто наблюдаются явления дизурии (учащение мочеиспускания).

Рецидив ПГ. Клиническая картина и жалобы при рецидиве ПГ достаточно характерны. Обострение, как правило, начинается со стадии предвестников. Примерно за сутки до появления высыпаний на местах традиционных проявлений ПГ пациенты ощущают разного рода субъективные ощущения (зуд, жжение, онемение и т. д.). Вслед за этим на ограниченном участке кожи или слизистых развивается слегка отечная эритема. Затем следует патогномоничная стадия ПГ — формирование сгруппированных пузырьков. Число их обычно незначительно. После этого формируется

слегка болезненная эрозия. Процесс заканчивается клиническим выздоровлением. Общие симптомы обычно не наблюдаются, лимфоузлы увеличиваются редко.

Очень важным критерием, свидетельствующим в пользу диагноза ПГ, является указание на ранее бывшие подобные высыпания, а также то, что клинические проявления приурочены к одному и тому же месту.

Дополнительные жалобы, сопровождающие обострение простого герпеса, свидетельствуют о возможных системных осложнениях инфекции.

Эпидемиологический анамнез

Эпидемиологический анамнез более важен при аногенитальной форме ПГ. Среди данных эпидемиологического анамнеза в пользу диагноза «простой герпес» может свидетельствовать следующее: наличие ПГ у полового партнера, недавняя смена полового партнера, случайные незащищенные половые контакты. К группе риска по аногенитальному ПГ относятся лица, оказывающие сексуальные услуги на коммерческой основе, и лица, имеющие нетрадиционную сексуальную ориентацию.

Лабораторная диагностика

Как правило, диагноз ПГ ставят клинически, за исключением атипичных и стертых форм заболевания.

Лабораторная диагностика служит для верификации типа ВПГ (I и (или) II) и проведения дифференциальной диагностики с другими эрозивно-язвенными поражениями аногенитальной области.

Для уточнения типа ВПГ используют молекулярно-биологические методы (ПЦР-диагностика) с помощью официально зарегистрированных и разрешенных тест-систем. При этом проводится генотипирование с определением типа вируса (I или II), вызвавшего заболевание.

Дополнительно исследуют сыворотку крови на циркулирующие антитела к ВПГ (IgM, IgG, IgA). С этой целью может использоваться иммуноферментный анализ (ИФА). Обнаружение антител к ВПГ не является основанием для постановки диагноза, однако однозначно свидетельствует об инфицированности. При проведении серологической диагностики необходимо типирование — определение антител к ВПГ типа I и II. Исследование антител наиболее обосновано при подозрении на бессимптомное течение заболевания. Необходимо исследование парных сывороток крови с интервалом 7–10 дней для оценки динамики титров иммуноглобу-

линов. Резкое повышение титров IgM с последующим снижением показателей может свидетельствовать в пользу бессимптомной активации ВПГ. При необходимости проведения контрольных лабораторных исследований их осуществляют теми же методами, что при постановке диагноза, с использованием таких же тест-систем, наборов, реактивов и желательного в тех же лабораториях.

Инструментальные методы исследования

Данные методы исследования рекомендованы при подозрении на герпетическое поражение внутренних органов. В зависимости от жалоб обратившихся за медицинской помощью можно рекомендовать бронхоскопию, гастроскопию, УЗИ щитовидной железы и т. д. В случае подозрения на герпетический уретрит или цистит показано проведение уретроцистоскопии в момент обострения. При данном методе визуализируются типичные для ПГ эрозии в уретре или мочевом пузыре. Для уточнения характера поражения берут материал с его очагов с последующей верификацией на ВПГ.

Консультации смежных специалистов

В связи с возможностью развития системных осложнений, в том числе органов репродуктивной системы, необходима консультация гинеколога. В случае подозрения на поражение других внутренних органов и систем привлекаются специалисты соответствующего профиля.

При часто рецидивирующем течении необходима консультация клинического иммунолога для установления характера и степени вторичного иммунодефицита.

В случае развития герпесфобии и (или) психосоматической симптоматики, связанной с наличием аногенитального ПГ, показана консультация психоневролога.

Лечение

Показанием к лечению является установленный диагноз «простой герпес».

Лечение заболевания должно быть комплексным и комбинированным. Его целями являются купирование клинических проявлений ПГ, уменьшение частоты рецидивов герпесвирусного процесса, предотвращение развития осложнений ПГ, повышение качества жизни пациента.

Лечение необходимо назначать на как можно более ранних сроках обострения ПГ. Монотерапия ациклическими синтетическими нуклеози-

дами высокоэффективна в основном на стадии предвестников рецидива (момент репликации ВПГ). Независимо от сроков обращения пациента необходимо сочетанное назначение ациклических синтетических нуклеозидов и рекомбинантных интерферонов альфа-2b с антиоксидантами. За счет комбинированного противовирусного действия (нарушение размножения ВПГ и прямого вирусотоксического воздействия) данный метод лечения гарантированно сокращает сроки купирования обострения и позволяет значительно снизить риск развития системных осложнений.

Для быстрейшего стихания местных проявлений ПГ рекомендуется дополнительное назначение топических противогерпетических средств (гели, мази, кремы) на основе рекомбинантных интерферонов, ациклических нуклеозидов, фоскарнета и т. д.

Схемы лечения у взрослых

Лечение первичного эпизода ПГ, в том числе аногенитальной локализации:

- ацикловир по 200 мг 5 раз в сутки или по 400 мг 3 раза в сутки в течение 5–10 дней,
- или валацикловир по 500 мг 2 раза в сутки в течение 5–10 дней,
- или фамцикловир по 250 мг 3 раза в сутки в течение 5–10 дней.

Независимо от выбранного нуклеозида — рекомбинантный альфа-2b интерферон в сочетании с антиоксидантами (витамины С и Е) по одному ректальному суппозиторию, содержащему 500 000 МЕ, 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Лечение рецидивов ПГ, в том числе аногенитальной локализации:

- ацикловир по 200 мг 5 раз в сутки, или по 400 мг 3 раза в сутки, или по 800 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней,
- или валацикловир по 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней или 1,0 г 2 раза в сутки в течение 1 дня,
- или фамцикловир по 125 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней, или по 1,0 г 2 раза в сутки в течение 1 дня, или 500 мг однократно с последующим приемом еще трех доз по 250 мг с интервалом 12 часов.

Выбор схемы купирования рецидивов короткими схемами валацикловира или фамцикловира рекомендуется для пациентов с редкими рецидивами ПГ (до 2 раз в год). При более частых обострениях целесообразнее назначать 5-дневный курс лечения.

Независимо от выбранного нуклеозида и его схемы — рекомбинантный альфа-2b интерферон в сочетании с антиоксидантами (витамины С и Е) по одному ректальному суппозиторию, содержащему 500 000 МЕ, 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Лечение беременных

первичный эпизод

- ацикловир по 200 мг 5 раз в сутки или по 400 мг 3 раза в сутки в течение 5–10 дней,
- валацикловир по 500 мг 2 раза в день в течение 5–10 дней.

рецидив инфекции

- ацикловир по 200 мг 5 раз в сутки, или по 400 мг 3 раза в сутки, или по 800 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней,
- валацикловир по 500 мг 2 раза в день в течение 5 дней.

Начиная со 2-го триместра беременности (с 14-й недели) независимо от выбранного нуклеозида и его схемы — рекомбинантный альфа-2b интерферон в сочетании с антиоксидантами (витамины С и Е) по одному ректальному суппозиторию, содержащему 500 000 МЕ, 2 раза в сутки в течение 10 дней. Включение интерферонотерапии позволяет значительно снизить риск неонатальных осложнений и осложнений в послеродовом периоде.

Лечение детей (рецидивы инфекции)

Ацикловир по 200 мг 5 раз в сутки, или по 400 мг 3 раза в сутки, или по 800 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней + рекомбинантный альфа-2b интерферон в сочетании с антиоксидантами (витамины С и Е) по одному ректальному суппозиторию, содержащему 150 000 МЕ, 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Профилактика рецидивов

Первичная профилактика находится в стадии разработки.

Вторичная профилактика рецидивов предусматривает длительное назначение противовирусной терапии. Данный метод носит характер управляемого вирусного процесса и обеспечивает отсутствие обострений только на фоне приема лекарственных средств. Он рекомендуется пациентам с частотой рецидивов 6 раз в год и более. После прекращения их приема рецидивы, как правило, возобновляются с прежней частотой. Об этом обязательно следует предупреждать пациента. Существует два подхода

к супрессивной противовирусной терапии: длительная терапия и эпизодическая. Длительную терапию назначают на срок не менее 6 месяцев. Перерыв рекомендуется для оценки возможных изменений течения герпесвирусного процесса. При отсутствии положительной динамики лечение следует продолжить. При эпизодической терапии пациент сам принимает решение о длительности приема противовирусных препаратов. При эпизодической терапии пациент должен быть ориентирован на необходимость купирования каждого рецидива при прекращении пролонгированного приема препарата.

- Валацикловир по 500 мг 1 (2) раз в день.
- Фамцикловир по 250 мг 2 раза в сутки.

Иммунная профилактика рецидивов ПГ находится в стадии клинических исследований (интерферонотерапия, вакцинотерапия, индукторы интерферона).

Контроль излеченности. Противозидемические мероприятия

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. В качестве противоэпидемических мероприятий рекомендуется консультирование пациента по вопросам ПГ, целью которого является грамотное информирование о заболевании, психологической адаптации к диагнозу. При аногенитальной локализации ПГ консультирование включает в себя формирование изменения поведения в сторону безопасного секса для предотвращения реинфицирования своих половых партнеров.

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Цитомегаловирусная инфекция, или цитомегалия, — хроническое вирусное заболевание человека с возможностью поражения половых органов и мочеполового тракта.

Этиология

Возбудитель — цитомегаловирус (ЦМВ). ЦМВ — ДНК содержащий возбудитель, относится к семейству бета-герпесвирусов. Отличается вы-

соким тропизмом к клеткам слюнных желез и в локализованной форме находится только там. Как и другие вирусы герпеса, ЦМВ обладает выраженным цитопатическим действием. Цитомегалия — хроническая персистирующая инфекция человека. После первичного инфицирования вирус переходит в латентное состояние и в большинстве случаев никогда себя клинически не проявляет. Развитие цитомегалии связано с потерей иммунного контроля над латентным состоянием ЦМВ. Инкубационный период составляет от 20 до 60 дней.

Эпидемиология

Заболевания, обусловленные ЦМВ, регистрируются повсеместно. По данным сероэпидемиологических исследований, к данному вирусу серопозитивны 50–80% людей. Источник заражения — человек с острой или латентной стадией заболевания. ЦМВ может находиться в слюне, отделяемом носоглотки, моче, семенной жидкости, секрете шейки матки. Пути передачи инфекции разнообразны — воздушно-капельный, контактно-бытовой, половой, транспланцитарный. У взрослых цитомегаловирусная инфекция встречается как сопутствующее заболевание при различных иммунодефицитных состояниях.

Классификация

Другие цитомегаловирусные болезни

МКБ-10 — В. 25.8

Единой классификации цитомегаловирусной инфекции нет. Принято выделять следующие формы заболевания.

А. Приобретенная цитомегалия:

- скрытая (локализованная) форма,
- острая моноклеозная форма,
- генерализованная форма;

Б. Врожденная цитомегалия:

- острая форма,
- хроническая цитомегалия.

Б. Цитомегалия у ВИЧ-инфицированных и других лиц с ослабленным иммунитетом.

Цитомегаловирусное поражение половых органов и мочеполовой системы обычно наблюдается при приобретенной цитомегалии, а также

у ВИЧ-инфицированных и при других иммунодефицитах (трансплантация, прием глюкокортикоидов и (или) цитостатиков).

Развивающиеся в этих случаях уретриты, орхиты и циститы специфических клинических особенностей не имеют, поэтому клинически поставить диагноз невозможно.

Диагностика

Жалобы, клинические симптомы

При острой фазе первично скрытой цитомегалии в случае вовлечения в инфекционный процесс половых органов мочеполовой системы пациенты могут предъявлять жалобы на появление выделений из уретры, сопровождающихся дискомфортом, учащенное мочеиспускание, мужчины — на болезненность в мошонке. Наряду с этим присутствуют жалобы общего характера, связанные с общей интоксикацией. Повышается температура, сопровождающаяся ознобами, появляются общая утомляемость, слабость, боли в мышцах. Нередко развивается спленомегалия. Заболевание длится 2–6 недель. По своей клинической картине острая фаза первично скрытой цитомегалии напоминает инфекционный мононуклеоз.

При острой фазе вторично скрытой цитомегалии общие симптомы и увеличение селезенки наблюдаются редко.

Эпидемиологический анамнез

Среди данных эпидемиологического анамнеза имеют значение возможное наличие ЦМВ у полового партнера, число половых партнеров, возможное переливание крови, прием глюкокортикоидов и (или) цитостатиков, наличие ЦМВ у близких родственников.

Лабораторные методы исследования

Диагноз поражения половых органов и мочеполовой системы цитомегаловирусной природы может быть поставлен только на основании лабораторного обследования. Обследование для исключения повторного перекрестного заражения целесообразно проводить у всех выявленных половых партнеров.

Лабораторная диагностика базируется на трех методах.

Цитоскопическое исследование биологических материалов (соскоб из уретры, моча, слюна и т. д.) — обнаружение специфических для ЦМВ гигантских клеток («совиный глаз»).

Молекулярно-биологическая диагностика (ПЦР-диагностика) — основана на выявлении специфической вирусной ДНК. В настоящее время наиболее достоверный метод диагностики.

Иммуноферментный анализ (ИФА) — основан на выявлении специфических антител к ЦМВ. При обнаружении только IgM имеет место острая фаза вирусного процесса, обнаружение IgM и IgG свидетельствует об обострении латентной формы инфекции, обнаружение только IgG говорит о стихании клинических проявлений и переходе ЦМВ в латентное состояние. Проведение ИФА для оценки динамики IgM и IgG целесообразно проводить в парных сыворотках крови с интервалом 7–10 дней.

При необходимости проведения контрольных лабораторных исследований используют те же методы, что при постановке диагноза, с применением таких же тест-систем, наборов, реактивов и желательны в тех же лабораториях.

Консультации смежных специалистов

При подтверждении диагноза «цитомегаловирусная инфекция» женщин обязательно следует направлять на консультацию к гинекологу. Возможны развитие вирусного эндометриоза и сальпингофарита, поражение шейки матки, а также высок риск транспланцентарного заражения плода во время беременности.

При наличии симптомов, свидетельствующих о генерализации цитомегалии, пациента необходимо направить к инфекционисту для обследования на ВИЧ-инфекцию.

Лечение

Специфического лечения и профилактики цитомегаловирусной инфекции нет. Рекомендуется комбинированная терапия противовирусными препаратами — аналогами ациклических нуклеозидов и иммунными средствами — интерферонотерапия. В тяжелых случаях применяется посиндромальная терапия (в зависимости от вовлечения в инфекционный процесс внутренних органов). Обоснованием включения в терапевтический комплекс противовирусных средств иммунного действия (интерферонов) является то, что клинические проявления инфекции обычно связаны с иммунодефицитными состояниями разной степени выраженности.

Купирование острой фазы ЦМВ-инфекции:

- ганцикловир по 10 мг/кг в сутки внутривенно 2 раза в день в течение 2–3 недель,

- или валганцикловир по 900 мг 2 раза в сутки в течение 2–3 недель,
- или фоскарнет по 60 мг/кг в сутки внутривенно каждые 8 часов в течение 2–3 недель.

Независимо от выбранного противовирусного средства — рекомбинантный альфа-2b интерферон в сочетании с антиоксидантами (витамины С и Е) по одному ректальному суппозиторию, содержащему 1 000 000 МЕ, 2 раза в сутки в течение 10 дней. В зависимости от клинического эффекта возможны повторные курсы интерферонотерапии с интервалами 10 дней.

В акушерско-гинекологической практике в комплексном лечении цитомегаловирусной инфекции дополнительно назначают гаммаглобулин по 3 мл внутримышечно с интервалом 2 дня.

В настоящее время профилактические и лечебные ЦМВ-вакцины находятся в стадии разработки.

Контроль излеченности.

Противоэпидемические мероприятия

В качестве контроля излеченности следует оценивать купирование клинических проявлений заболевания, а также проводить повторные лабораторные исследования методом ИФА на антитела к ЦМВ. Прекращение выработки IgM или значительное снижение их титров будет свидетельствовать о переходе вирусного процесса в латентную форму.

С учетом повсеместной распространенности цитомегаловирусной инфекции и разнообразия путей ее передачи противоэпидемические мероприятия малоэффективны. К наиболее существенным относится использование презерватива при любых видах секса (генитальный, оральный, анальный).

Рекомендуемая литература

Гомберг М. А. Рекомендации по ведению больных с генитальным герпесом: чему учит мировой опыт // Российский журнал кожных и венерических болезней: Герпес. 2009. № 2. С. 57–62.

Краснопольский В. И., Тареева Т. Г., Малиновская В. В. Мониторинг беременных с вирусными инфекциями семейства герпеса. М.; Медицинские технологии, 2012. 35 с.

Малышев Н. А., Самогулов К. З., Каражас Н. В. Цитомегаловирусная инфекция: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение. М.; ГЕОС, 2001.

Неизвестная эпидемия: герпес/Под ред. Л. Н. Хахалина. Смоленск: Фармакаграфикс, 1997. 162 с.

Самгин М. А., Халдин А. А. Простой герпес: дерматологические аспекты. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 159 с.

Современные аспекты герпесвирусной инфекции. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика: Методические рекомендации/Сост. Н. В. Каражас и др. Правительство Москвы, Департамент здравоохранения. М.: Спецкнига, 2012. 128 с.

Халдин А. А., Баскакова Д. В., Васильев А. Н. Виферон (суппозитории, мазь, гель) в комплексной терапии герпесвирусных инфекций // Российский журнал кожных и венерических болезней: Герпес. 2009. № 1. С. 38–41.

Bodsworth N., Bloch M., McNult A. 2-day versus 5-day famciclovir as treatment of recurrences of genital herpes: results of FaST study // Sexual Healt. 2008,5;219–25.

Brenda I. Bartlett, Stephen K. Tyring, Kenneth Fife et al. Схемы лечения фамцикловиrom пациентов с частыми рецидивами генитального герпеса: исследование RELIEF // Российский журнал кожных и венерических болезней: Герпес. 2010. № 1. С. 31–35.

Zimmermann A. D., Michel I, Pavic E. et al. Phosphorylation of acyclovir, ganciclovir, penciclovir and S2242 by the cytomegalovirus UL97 protein: a quantitative analysis using recombinant vaccine viruses // Antiviral Res. 1997, 36;35–42.

Reitano M., Tyring S., Lang W. et al. Валацикловир в супрессивной терапии рецидивирующей генитальной инфекции, вызванной вирусом простого герпеса (широкомасштабное исследование по подбору дозы) // Российский журнал кожных и венерических болезней: Герпес. 2007. № 1. С. 33–40.

Tyring S. K., Dias-Mitoma F., Shafran S. D. et al. Пероральный фамцикловир для супрессии рецидивирующего генитального герпеса: комбинированные данные двух рандомизированных контролируемых исследований // Российский журнал кожных и венерических болезней: Герпес. 2008. № 2. С.29–34.

Содержание

ПРОСТОЙ ГЕРПЕС	3
Этиология	3
Эпидемиология	3
Классификация	4
Клиническое течение.....	4
Диагностика	5
Эпидемиологический анамнез	6
Лабораторная диагностика	6
Инструментальные методы исследования	7
Консультации смежных специалистов	7
Лечение	7
Контроль излеченности. Противоэпидемические мероприятия	10
ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ	10
Этиология	10
Эпидемиология	11
Классификация	11
Диагностика	12
Лечение	13
Купирование острой фазы ЦМВ-инфекции:	13
Контроль излеченности. Противоэпидемические мероприятия	14
Рекомендуемая литература	15