Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A60, A60.0, A60.1, A60.9 · Российское общество акушеров-гинекологов, Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов", Общероссийская общественная организация "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов"

Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция — хроническое рецидивирующее заболевание, передаваемое преимущественно половым путем и вызываемое ВПГ-1 и/или ВПГ-2. Рекомендация посвящена диагностике, системной противовирусной терапии, профилактике передачи инфекции и ведению беременных.

Главное

- Заболевание может протекать как первичный эпизод, рецидив или первичный эпизод латентно текущей инфекции; тяжелым считают течение при 6 и более обострениях в год.
- Типичная манифестация включает гиперемию и отек, единичные или множественные везикулезные элементы с прозрачным содержимым, затем эрозии, а также болезненные паховые лимфоузлы. Возможны атипичные формы без пузырьков — отек, эритема, трещины или язвы.
- До 70% случаев передачи ВПГ происходит при бессимптомном вирусовыделении, поэтому отсутствие высыпаний не исключает риск заражения.
- Диагноз обычно устанавливают по клинической картине; при необходимости, особенно при первичном эпизоде, подтверждают выявлением ДНК ВПГ-1 и/или ВПГ-2.
- При эрозивно-язвенных поражениях и особенно при первичном эпизоде нужно обследовать пациента на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты B и C.
- Лечение манифестного первичного эпизода и рецидива — системными противовирусными препаратами; ни один из перечисленных препаратов не имеет доказанного преимущества по влиянию на течение заболевания.
- Для снижения передачи инфекции следует отказаться от половых контактов во время рецидива, использовать барьерные методы при всех видах половых контактов и информировать пациента о возможности бессимптомного вирусовыделения.

Диагностика

1. Уточнить жалобы: везикулы или эрозии, боль, зуд, парестезии, дизурию, диспареунию, паховую лимфаденопатию, выделения и общие симптомы; выяснить, были ли похожие эпизоды раньше, возникали ли они в одном месте и помогала ли противовирусная терапия.
2. Осмотреть кожу и видимые слизистые наружных половых органов и перианальной области, наружное отверстие уретры и выделения; пальпировать уретру и регионарные лимфоузлы. У сексуально активных женщин дополнительно осмотреть влагалище и видимую часть шейки матки в зеркалах.
3. При необходимости подтвердить этиологию ПЦР или ПЦР в реальном времени: исследовать жидкость везикул, соскоб с эрозии или язвы, а с учетом локализации — отделяемое из цервикального канала, влагалища, уретры или прямой кишки.
4. Материал для молекулярного исследования желательно брать во время обострения и вне противовирусной терапии; перед исследованием исключают спринцевание, гигиенические процедуры с использованием средств интимной гигиены в день обследования и жиросодержащие вагинальные препараты за 3–5 дней.
5. Серологию на IgM и IgG используют при рецидивирующем или атипичном герпесе с отрицательной ПЦР в анамнезе, для обследования половых партнеров и при первичном проявлении во время беременности. Типоспецифичные IgG могут появиться через 2 недели – 3 месяца от начала симптомов.
6. При эрозивно-язвенных высыпаниях проводят тестирование на сифилис; при первичном эпизоде дополнительно исследуют ВИЧ, HBsAg и суммарные антитела к ВГС. При неустановленном источнике заражения исследование на сифилис повторяют через 3 месяца, а исследования на ВИЧ, HBsAg и антитела к ВГС — через 3, 6 и 9 месяцев.

Лечение

- При манифестном первичном эпизоде или рецидиве назначают системную противовирусную терапию; выбор зависит от тяжести, частоты рецидивов, периода инфекции и осложнений.
- Первичный эпизод: ацикловир детям от 3 лет и взрослым — 200 мг 5 раз в сутки 5 дней; при тяжелой первичной инфекции курс можно продлить. Альтернативы: валацикловир с 12 лет и у взрослых 500 мг 2 раза в сутки 7–10 дней или фамцикловир взрослым 250 мг 3 раза в сутки 5 дней.
- Рецидив: ацикловир детям от 3 лет и взрослым — 200 мг 5 раз в сутки 5 дней; валацикловир с 12 лет и у взрослых — 500 мг 2 раза в сутки 3 дня; фамцикловир взрослым — 125 мг 2 раза в сутки 5 дней или 1,0 г 2 раза в сутки в течение 1 дня.
- Эпизодическое лечение рецидива наиболее эффективно, если начать его в первые сутки болезни или в продромальный период; пациенту следует иметь запас препарата для немедленного приема.
- Супрессивная терапия показана при тяжелом, осложненном или часто рецидивирующем течении, более 6 рецидивах в год, тяжелом продроме, выраженной иммуносупрессии или нарушении психоэмоционального состояния в связи с возможностью передачи вируса. Варианты: валацикловир 500 мг 1 раз в сутки, фамцикловир взрослым 250 мг 2 раза в сутки или ацикловир детям от 3 лет и взрослым 200 мг 5 раз в сутки; длительность определяют индивидуально.
- Беременным при первичном, непервичном эпизоде или рецидиве с 36 недель до родов для профилактики неонатального герпеса назначают ацикловир 200 мг 5 раз в день или валацикловир 500 мг 2 раза в день. Для лечения первичного или непервичного эпизода во время беременности применяют ацикловир или валацикловир по 5–10 дней; ацикловир указан как препарат первого выбора.
- При рецидивирующем течении и низкой эффективности терапии рецидивов интерфероны могут добавляться к нуклеозидам и нуклеотидам согласно инструкции; также допускаются наружный ацикловир и некоторые антисептики по инструкции.

Когда направить и как наблюдать

- Беременных и женщин в период лактации направляют на первичную консультацию акушера-гинеколога для уточнения тактики ведения.
- При более чем 6 рецидивах в год показана консультация аллерголога-иммунолога для исключения заболеваний с нарушением работы иммунной системы.
- При задержке мочи госпитализируют в специализированный урологический стационар.
- При неврологической симптоматике требуется госпитализация в специализированный неврологический стационар.
- Основное лечение проводят амбулаторно.
- Диспансерное наблюдение не проводится.

Частые вопросы

Нужно ли подтверждать диагноз ПЦР у каждого пациента?

Диагноз может быть установлен по характерной клинической картине. ПЦР для выявления ДНК ВПГ-1 и/или ВПГ-2 используют при необходимости, особенно при первичном эпизоде, а также исследуют материал из высыпаний или соответствующего очага.

Можно ли заразиться от партнера без высыпаний?

Да. Передача возможна при бессимптомном вирусовыделении; на его долю приходится до 70% случаев передачи ВПГ.

Какая схема лечения рецидива наиболее практична?

Один из вариантов для взрослых — ацикловир 200 мг 5 раз в сутки 5 дней, валацикловир 500 мг 2 раза в сутки 3 дня или фамцикловир 125 мг 2 раза в сутки 5 дней. Начинать лечение лучше в первые сутки рецидива или в продромальный период.

Когда нужна супрессивная терапия?

Ее назначают при тяжелом, осложненном или часто рецидивирующем течении, более 6 рецидивах в год, тяжелом продроме, выраженной иммуносупрессии или нарушении психоэмоционального состояния в связи с возможностью передачи вируса. Длительность подбирают индивидуально и оценивают эффективность минимум по двум рецидивам.

Как выбирать способ родоразрешения при герпесе?

При первичном эпизоде в третьем триместре планируют кесарево сечение; кесарево также выполняют при клинических проявлениях или продроме во время родов. При первичном эпизоде в I–II триместре или рецидивирующем герпесе рекомендованы естественные роды, поскольку риск неонатального герпеса невелик.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/679-anogenitalnaya-gerpeticheskaya-virusnaya-infekciya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/679_2