

ՍԵՌԱԿԱՆ ՀԵՐՊԵՍԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Ուղեցույցը տրամադրում է վիրուսային ամենատարածված սեռավարակներից մեկի՝ սեռական հերպեսի վերաբերյալ արդի միջազգային գիտաբժշկական տեղեկատվության վրա հիմնված բուժական և կազմակերպչական գործառույթների համալիր: Փաստաթղթի նպատակն է բարելավել սեռական հերպեսով պացիենտների ախտորոշման և բուժման արդյունավետությունը:

Մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Տեղայնացման/ադապտացիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարակների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2010 European guideline for the management of genital herpes” ուղեցույցը: Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Սեռավարակների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության կողմից առաջարկվող համակարգը: Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները իրականացվել են ըստ ADAPTE մեթոդաբանության՝ միջմասնագիտական աշխատանքային խմբի անդամների առերես հանդիպումների և հեռահար շփումների միջոցով: Ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ ապահովվել է աշխատանքային խմբի բոլոր անդամների կոնսենսուս: Սույն Ուղեցույցը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտաբորժնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Բանալի բառեր

սեռական հերպես, Եվրոպական կլինիկական ուղեցույց, վարում, Herpes Simplex Virus, HSV, ախտորոշում, հակավիրուսային բուժում, կանխարգելում:

Պատասխանատու համակարգող

Կ.Ռ.Բաբայան Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մաշկաբանության և սեռավարակաբանության ամբիոնի վարիչ, պրոֆեսոր, ՀՀ ԱՆ գլխավոր մաշկավեներաբան, Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի նախագահ

Աշխատանքային խմբի անդամներ

Մ.Ռ.Սահակյան ՀՀ ԱՆ Մաշկաբանության և սեռավարակաբանության բժշկագիտական կենտրոնի տնօրեն, Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ուրոլոգիայի ամբիոնի դոցենտ, բ.գ.թ.

Գ.Ա.Հարությունյան Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մաշկաբանության և սեռավարակաբանության ամբիոնի դոցենտ, բ.գ.թ.

Հ.Ա.Հովհաննիսյան Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մաշկաբանության և սեռավարակաբանության ամբիոնի դասախոս

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է, որ վերջին 5 տարիների ընթացքում ստացել է գրանտներ MSD դեղագործական ընկերություններից արտասահմանում կայացող գիտաժողովների մասնակցության նպատակով, ինչպես նաև վարձատրվող դասախոսություններով հանդես է եկել Astellas, MSD, Sandoz դեղագործական ընկերությունների կողմից կազմակերպված գիտաժողոցներին: Աշխատանքային խմբի անդամների հայտարարագրերը ներկայացված են հավելված 2-ում: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները չեն ֆինանսավորվել ոչ մի կազմակերպության կողմից:

Շնորհակալական խոսք

Պատասխանատու համակարգողը իր երախտագիտությունն է հայտնում աշխատանքային խմբի բոլոջ այն դամներին ինչպես նաև սույն ուղեցույցի մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գիտելիքները տրամադրած գործընկերներին, հատկապես՝ Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի հայոց լեզվի և տերմինաբանության ամբիոնի վարիչ դոդ. Հ.Սուքիասյանին, ՀՀ ԿԳՆ Երևանի պետական համալսարանի Ֆարմացիայի ինստիտուտի կենսաբժշկության ամբիոնի վարիչ, ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի «Ապացուցողական բժշկություն» դասընթացի ղեկավար, ՀՀ ԱՆ Հանրապետական գիտաբժշկական գրադարանի «Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես»-ի գլխավոր խմբագիր, «Ապացուցողական բժշկության մասնագետների հայկական ասոցիացիա»-ի նախագահ՝ բ.գ.դ., պրոֆեսոր Ռուբեն Հովհաննեսյանին: Ինչպես նաև բոլոր այն կլինիկական օրդինատորներին և երիտասարդ մաշկավեներաբաններին, որոնք իրենց ակտիվ մասնակցությունն են ունեցել ուղեցույցների թարգմանչական աշխատանքների իրականացմանը:

Բովանդակություն

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Փոխանցման ռիսկը

Ախտորոշումը

Կլինիկական պատկերը

Լաբորատոր հետազոտում

Վարումը

Առաջնային միջադեպ (առաջնային էպիզոդ)

Կրկնվող սեռական հերպես

Զուգընկերների վարումը

Հղիների վարումը

Նորածնի վարումը

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի վերաբրեյալ առաջարկները

Գրականության ցանկ

Հավելված 1.

Հավելված 2.

Հապավումներ

ԴՆԹ – Դեզօքսիռիբոնուկլեինաթթու

ՊՇՌ – Պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա

ՍՎ - Սեռավարակ

Նախաբան

Հասարակ հերպեսի վիրուսով (տիպ 1 /HSV-1/ կամ տիպ 2 /HSV-2/) վարակման առաջին դրսևորումը (առաջնակի միջադեպ, առաջնակի էպիզոդ) արտահայտվում է շփումից 3-7 օր անց վիրուսի ներթափանցման տեղում որոշակի ախտանշաններով՝ էրիթեմային բծեր, որոնց հաջորդում են բշտիկներ: Հերպեսային ցանավորումը տեղակայվում է սովորաբար քթի, շրթունքների, հազվադեպ այլ մասերում՝ դեմքին, մատներին և այլն (HSV-1) կամ սեռական օրգանների (HSV-2) շրջանում: Երբեմն հիվանդությունն ընթանում է անախտաիշ (թաքնված): Վարակումից հետո վիրուսը մնում է թաքնված տեղային զգայական նյարդահանգույցում (գանգլիոնում): Պարբերաբար օրգանիզմի ընդհանուր դիմադրողականության անկման պատճառով վիրուսն ակտիվանում է՝ առաջացնելով հերպեսին բնորոշ ցանավորման կրկնում (կրկնվող հերպես): Այդպիսի կրկնումներ կարող են դիտարկվել բազմաթիվ անգամներ, որոնց ընթացքում հիվանդը վարակիչ է: Հիվանդության սրացումների հաճախականությունն ավելի արտահայտված է HSV-2-ի դեպքում:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Տեղայնացման/ադապտացիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարահների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2010 European guideline for the management of genital herpes” ուղեցույցը: Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Գրականական աղբյուրները ընտրվել են բանալի բառերի օգնությամբ իրականացված համակարգային որոնման հիման վրա: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ուղեցույցերի ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն և ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ, անգլերեն լեզու: Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները իրականացվել են ըստ ADAPTE մեթոդաբանության՝ միջմասնագիտական աշխատանքային խմբի անդամների առերես հանդիպումների և հեռահար շփումների միջոցով: Ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ ապահովվել է աշխատանքային խմբի բոլոր անդամների կոնսենսուս:

Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս հիմք է ընդունվել Սեռավարահների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության կողմից առաջարկվող համակարգը, որը ներկայացված է հավելված 1-ում:

Սույն Ուղեցույցը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Փոխանցման ռիսկը

Հիվանդության փոխանցման ամենամեծ ռիսկը ցանավորման կամ նախաախտանշան ժամանակահատվածում է: Հիվանդին խորհուրդ է տրվում սեռական ժուժկալություն, քանի որ այս շրջանում վիրուսային վարակը սփռվում է: **Ի դեպ, վարակը երբեմն ցանի բացակայության դեպքում կարող է փոխանցվել նաև անախտանիշ հերպեսի ժամանակ** (IIb,B) [1,2]:

Հերպեսի սեռական ճանապարհով փոխանցումը կանխելու նպատակով պահպանակների օգտագործման արդյունավետությունը պաշտոնապես չի գնահատվել, ուստի հիվանդներին առաջարկվում է զերծ մնալ որևէ շփումից:

Անատոմիաֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունների հետևանքով կանանց շրջանում վարակի փոխանցման հավանականությունն ավելի մեծ է:

Ախտորոշումը

Կլինիկական պատկերը

Սեռական հերպեսի դասական դրսևորումներն են էրիթեման, բշտիկներն ու քերծվածքների (էրոզիա) առաջացումը, հետագայում կեղևակալման ձևավորումը և հաճախ շրջանային ավշահանգույցների մեծացումը: Հերպեսը կրկնվելու դեպքում նախորդող (պրոդրոմալ) ախտանշանների զարգացումն ուղեկցվում է թեթև քորի և ծակծկոցի զգացողությամբ: Երբեմն հիվանդների շրջանում կարող է առաջանալ ատիպիկ ցանավորում՝ նման այլ սեռավարակների կամ մաշկախտերի: Հնարավոր են նաև վիրուսային սուր վարակներին բնորոշ ընդհանուր կլինիկական ախտանշաններ (տենդ, թուլության զգացողություն, մկանային ցավ):

Լաբորատոր հետազոտում

Հերպեսի հակամարմինները հայտնաբերող թեստերի մեծ մասը տիպայուրահատուկ չէ (կոմպլեմենտի կապման ռեակցիա, իմունաֆերմենտային հետազոտում): Այդ թեստերի իրականացումը գրեթե անիմաստ է սեռական հերպեսի վարման գործընթացում: Հիվանդության շճաբանական լիակատար գնահատման համար

անհրաժեշտ է HSV 1 և 2 տիպայուրահատուկ հակամարմինների հայտնաբերում [1]: Ի դեպ, տիպայուրահատուկ իմունային պատասխանների լիովին զարգացման համար անհրաժեշտ է առաջնակի միջադեպից հետո առնվազն 8-12 շաբաթ [1,3,4,5,6,7,8]:

Հարկ է նշել, որ վիրուսի մեկուսացումը բջջային կուլտուրայում, որը դիտվում էր որպես ախտորոշիչ ոսկե ստանդարտ, ներկա պայմաններում դանդաղ է իրականանում, աշխատատար և թույլ զգայուն արժեք ունեցող հետազոտություն է:

ԴՆԹ-ի հայտնաբերումը ՊՇՌ մեթոդով իրական ժամանակում բարձրացնում է HSV-ի հայտնաբերման հնարավորությունը մինչև 70%՝ վերոնշյալի համեմատ, ուստի նախընտրելի ախտորոշիչ տարբերակ է և հնարավորություն է տալիս HSV-ն արագ հայտնաբերելու և տեսակավորելու, քան ավանդական ՊՇՌ կիրառելիս:

Վիրուսային հակամարմիններ կարող են հայտնաբերվել ուղիղ իմունային-ֆլուորեսցենտման կամ իմունաֆերմենտային հետազոտմամբ: Սակայն այս մեթոդները բավականին թույլ զգայունություն ունեն և սովորաբար խորհուրդ չի տրվում կատարել:

Իմունաբլոթինգն ախտորոշիչ ոսկե ստանդարտ է: Այն >97% զգայուն է և >98% յուրահատուկ, սակայն ժամանակատար է և ոչ մատչելի:

Վարումը

Առաջնային միջադեպ (առաջնային էպիզոդ)

Սեռական հերպեսի առաջին բռնկումը հաճախ ունի երկարատև ընթացք: Հիվանդների մեծ մասը գանգատվում է ընդհանուր և տեղային երևույթներից:

Սրացման սկզբից առաջին 5 օրերի ընթացքում ներկայացած հիվանդները, ինչպես նաև ցանավորման նոր տարրեր ունեցող անձինք պետք է ստանան հակավիրուսային դեղամիջոցներ: **Ացիկլովիրը, վալացիկլովիրը և ֆամցիկլովիրը ներքին օգտագործման համար արդյունավետ են սրացումների ուժգնությունը մեղմացնելու ու հիվանդության տևողությունը կրճատելու առումով (Ib,A) [9,10]:**

Տեղային միջոցները՝ հակավիրուսային քսուքները, նվազ ազդեցիկ են, քան ներքին օրգտագործման միջոցները և նրանց կիրառումով կարելի է բացատրել

ացիկլովիրի նկատմամբ կայուն շտամների ձևավումը [11]: Հետևաբար տեղային միջոցները խորհուրդ չի տրվում կիրառել (IV,C):

Ներարկային դեղամիջոցներով բուժումը ցուցված է միայն այն դեպքերում, եթե հիվանդը չի կարող հակավիրուսային դեղեր ընդունել խմելով:

Առաջարկվող բուժման տարբերակները (I,A)՝

- ացիկլովիր 200 մգ, խմելու, օրը 5 անգամ, 5 օր,
- ացիկլովիր 400 մգ, խմելու, օրը 3 անգամ, 5 օր,
- վալացիկլովիր 500 մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 5 օր,
- ֆամցիկլովիր 250 մգ, խմելու, օրը 3 անգամ, 5 օր:

Օժանդակ միջոցներ

Խորհուրդ է տրվում հիպերտոնիկ աղային (NaCl) լուծույթով լոգանքներ կատարել 10 րոպե, օրը 2-3 անգամ և ընդունել ցավազրկողներ: **Զգուշություն պետք է ցուցաբերել մակերեսային անզգայացնող դեղամիջոցներ օգտագործելիս՝ հաշվի առնելով դրանց գերզգայունություն առաջացնող հատկությունը (IV,C) [12]:**

Հիվանդների իրազեկումը (I,A)

Սեռական հերպեսի առաջնային միջադեպի ժամանակ խորհրդատվությունը պետք է ներառի հետևյալ պարագաները՝ բնական ընթացքը, բուժման տարբերակները, սեռական կամ այլ եղանակներով վարակի փոխանցման հնարավորությունը, հղիության ընթացքում պտղին վարակի հնարավոր փոխանցումը, հիվանդության մասին մանկաբարձ-գինեկոլոգին իրազեկումը, հիվանդ անձի կողմից չվարակված հղի կնոջը վարակելու հետևանքները, զուգընկերոջը տեղեկացնելու տարբերակները (I,A) [13,14,15]:

Բարդությունների վարումը

Անհրաժեշտ է կազմակերպել ստացիոնար բուժում հետևյալ դեպքերում՝

- միզակապություն,
- մենինգիզմի զարգացում,
- ընդհանուր ախտանշանների առկայություն, ծանր ընթացք, տենդ, այլ օրգան-համակարգերի ներգրավում:

Հսկողությունը

Հետագա հսկողությունը սահմանվում է մինչև 3 ամիս՝ զուգորդվող այլ ՍՎ-ն բացառելու համար:

Կրկնվող սեռական հերպես

Առաջնային միջադեպից որոշ ժամանակ անց սեռական հերպեսը երբեմն կարող է տալ կրկնումներ, որոնք սովորաբար արտահայտվում են նվազ ախտանշաններով, քան առաջին բռնկումը: Ի դեպ, հաճախակի կրկնումները (տարիներ շարունակ) նպաստում են հիվանդի հոգեբանական բարդությունների ձևավորմանը:

Բուժումը նշանակվում է ելնելով հիվանդի վիճակից, սրացումների հաճախականությունից և ախտանշանների արտահայտվածությունից: Ոմանց դեպքում բավարար է միայն աղային լուծույթներով լոզանքների կամ փափկեցնող քսուքների կիրառումը:

Սեռական հերպեսի կրկնումների ծանրությունը և տևողությունը նվազեցնելու համար նույնպես արդյունավետ են ացիկլովիրը, վալացիկլովիրը և ֆամցիկլովիրը: Սրացումը կրճատվում է մի քանի օրով և ընթանում է ավելի մեղմ (I,A) [16,17,18]:

Բուժումը (I,A)՝

- ացիկլովիր 400մգ, խմելու, օրը 3 անգամ, 5 օր,
- ացիկլովիր 800մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 5 օր,
- վալացիկլովիր 1000մգ, խմելու, օրը 1 անգամ, 5 օր,

- ֆամցիկլովիր 125մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 5 օր:

Կարճաժամկետ բուժում՝

- ացիկլովիր 800մգ, խմելու, օրը 3 անգամ, 2 օր [19],
- **վալացիկլովիր 500մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 3 օր** (I,A) [21,22,23,24,25],
- ֆամվիկլովիր 1000մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 1 օր [20]:

Կանխարգելիչ ընկճող բուժում

Խորհուրդ է տրվում է այն հիվանդներին, որոնց դեպքում մեկ տարվա ընթացքում լինում են 6 և ավելի սրացումներ: Կարելի է նշանակել բուժում նաև ավելի սակավ սրացումներ ունեցողներին:

Առաջարկվող բուժման տարբերակները

Տարեկան 6 և ավելի սրացումների դեպքում՝

- **ացիկլովիր 800մգ, (խմելու, օրը 2 անգամ 400մգ) 6 – 12 ամիս** (II,B) [26],
- վալացիկլովիր 500մգ, խմելու, օրը 1 անգամ, 6 – 12 ամիս [27],

Տարեկան 10 և ավելի սրացումների դեպքում անհրաժեշտ է վալացիկլովիրի ավելի բարձր դեղաչափ՝ 1000մգ, օրը 2 անգամ կամ ֆամցիկլովիր 250մգ, օրը 2 անգամ:

Հակավիրուսային թերապիան պետք է դադարեցնել առավելագույնը 1 տարի անց, վերստին գնահատել սրացումների հաճախականությունը և անհրաժեշտության դեպքում վերանայել բուժումը:

Անձի համար որոշակի միջոցառումների ժամանակ (գործուղումներ, արձակուրդներ, քննություններ և այլն) ախտանշանները կանխելու համար նշանակվում են ընկճող թերապիայի կարճատև կուրսեր:

Բժիշկը պետք է նշի, որ ամբողջական կանխարգելիչ ազդեցություն ստացվում է միայն 5-օրյա բուժման դեպքում:

Զուգընկերների վարումը

Խորհրդատվության ժամանակ անհրաժեշտ է նկատի ունենալ հետևյալը.

- Վիրուսի փոխանցման վտանգի վերաբերյալ տեղեկություններ տրամադրել, հատկապես զուգընկերոջը զգուշացնել վիրուսի անախտանշան սփռման մասին:
- Զուգընկերների տեղեկացումն արդյունավետ միջոց է խորհրդատվական ցանցն ընդլայնելու, ինչպես նաև ՍՎ-ների տարածումը կանխելու համար:

Հղիների վարումը

Սեռական հերպեսի առաջնային միջադեպ

- Բուժումը նշանակվում է ըստ կլինիկական վիճակի՝ առաջնային բռնկման համար ընդունված վալացիկլովիրի կամ ացիկլովիրի դեղաչափերով:
- **Ացիկլովիրի և վալացիկլովիրի շարունակական ընդունումը հղիության վերջին 4 շաբաթում կարող է կանխել հիվանդության սրացումը ծննդաբերության ժամանակ, հետևաբար և խուսափել կեսարյան հատումից (I,B) [28,29,30,31,32,33]:**
- Կեսարյան հատումը պետք է առաջարկվի այն դեպքում, երբ անախտանշանները զարգանում են ծննդաբերությանը նախորդող վերջին 6 շաբաթում, քանի որ վիրուսի արտանետումը շատ մեծ է ծննդաբերության ընթացքում:
- Եթե բնականոն ծննդաբերությունն անխուսափելի է, ապա մորը և նորածնին կարելի է նշանակել վալացիկլովիրով բուժում՝ կրկնվող սեռական հերպեսի համար ընդունված դեղաչափերով:

Կրկնվող սեռական հերպես

- Նորածինների հերպեսը կանխելու համար կեսարյան հատում չպետք է կատարվի այն կանանց, ովքեր սեռական օրգանների շրջանում չունեն հերպեսին բնորոշ փստահարում:
- Սեռական հերպեսի սրացումները հղիության երրորդ եռամսյակում կարճատև են:

- Բուժումը կատարվում է վալացիկլովիրով, կրկնվող սեռական հերպեսի համար ընդունված դեղաչափերով:

Նշում. հերպեսով վարակվելու վտանգը բնականոն ծնվող պտղի համար բավականին քիչ է, նույնիսկ եթե ծննդաբերության ժամանակ ծննդկանը ունի հերպետիկ ցան: Ուստի պետք չէ հապճեպ որոշում ընդունել կեսարյան հատման վերաբերյալ:

Նորածինների վարակը կանխելու եղանակները

- Նախածննդյան շրջանում բոլոր կանանց պետք է հարցնել, թե իրենք կամ իրենց զուգընկերները երբևէ ունեցե՞լ են սեռական հերպես:
- Անամնեզում սեռական հերպես չունեցող կանայք վարակի փոխանցման վտանգը նվազեցնելու համար պետք է խուսափեն սեռական հարաբերությունից այն զուգընկերների հետ, որոնք ունեն սեռական հերպեսի ակտիվ արտահայտություններ (բշտիկային ցան, այրոցի և ցավի զգացողություն և այլն): Հղիության ընթացքում պահպանակի օգտագործումը կարող է նվազեցնել վարակի փոխանցման վտանգը:
- Հղի կանանց պետք է տեղեկացնել հերպեսային վարակի օրոգենիտալ ճանապարհով փոխանցման վտանգի մասին:
- Սեռական հերպեսի անամնեզ ունեցող կանայք ծննդաբերությունից առաջ պետք է ենթարկվեն հեշտոցի մանրակրկիտ զննման՝ այդ վարակի կլինիկական նշանները հայտնաբերելու համար:
- Նորածնի հետ շփվող յուրաքանչյուր անձ, ով ունի հարբերանային ակտիվ հերպես, պետք է տեղեկացված լինեն հերպեսի հպավարակային փոխանցման մասին:

Նորածնի վարումը

Ծննդաբերությունից անմիջապես առաջ սեռական հերպեսի առաջնային միջադեպով մորից ծնված երեխան (նորածինը) պետք է մանրակրկիտ հետազոտվի պալարման (թմրածության) նշանների, տենդի, թերսնման կամ ցանի վաղ հայտնաբերման համար, եթե ազդեցություն անմիջապես չի ներմուծվել:

Ծննդաբերությունից անմիջապես առաջ կրկնվող սեռական հերպեսով մորից ծնված երեխաների ծնողներին պետք է տեղեկացնել, որ անմիջապես հայտնեն նորածնի վարակի որևէ ախտանշանի առաջացման մասին (պալարում, տենդ, թերսնում կամ ցան):

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի վերաբերյալ առաջարկները

Տվյալ ուղեցույցի ներդրման գործում ոչ մի խոչընդոտ չկա: Նկարագրված հետազոտման մեթոդները և բուժման մեջ կիրառվող դեղամիջոցները հասանելի են ՀՀ ամբողջ տարածքում:

Հետևյալ ցուցանիշները կարելի է հաշվել ուղեցույցի կիրառումը գնահատելու համար՝

- 100% առաջնային էպիզոդով հիվանդներին պետք է առաջարկել բուժում
- 100% բուժում ստացողները պետք է ունենան ախտորոշման հաստատում նուկլեինաթթուների ամպլիֆիկացման թեստի միջոցով

Գրականության ցանկ

1. Casper C, Wald A. Condom use and the prevention of genital herpes acquisition. Herpes. 2002 Apr; 9(1):10-4
2. Wald A, Langenberg AGM, Krantz E, Douglas JM, Handsfield HH, DiCarlo RP, Adimora AA, Izu AE, Morrow RA, Corey L. The relationship between condom use and herpes simplex virus acquisition. Ann Intern Med. 2005 Nov 15;143(10):707-13
3. Munday PE, Vuddamalay J, Slomka MJ, et al. Role of type specific herpes simplex virus serology in the diagnosis and management of genital herpes. Sex Transm Infect 1998; 74:175-8.
4. Ashley RL, Wald A. Genital herpes: review of the epidemic and potential use of type-specific serology. Clin Microbiol Rev 1999;12:1-8.
5. Malkin JE. Herpes simplex virus. Who should be tested. Herpes 2002;9:31.

6. Copas AJ, Cowan FM, Cunningham AL, Mindel A. An evidence based approach to testing for antibody to herpes simplex virus type 2. *Sex Transm Infect* 2002;78:430-4.
7. 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.
8. Ramaswamy M, McDonald C, Sabin C, Tenant-Flowers M, Smith M, Geretti AM. The epidemiology of genital infection with herpes simplex virus type 1 (HSV-1) and type 2 (HSV-2) in genitourinary medicine attendees in inner London. *Sex Transm Infect* 2005;81:306-8.
9. 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.
10. 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 Dis*1997;24:481-6.
11. Reyes M, Shaik NS, Graber JM, Nisenbaum R, Wetherall NT, Fukuda K, Reeves WC; Acyclovir-resistant genital herpes among persons attending sexually transmitted disease and human immunodeficiency virus clinics; *Arch Intern Med* 2003 Jan 13;163(1):76-80
12. Weightman, W.; Turner, T.; Allergic contact dermatitis from lignocaine: report of 29 cases and review of the literature; *Contact Dermatitis* 1998;39:265
13. Carney,O Ross,E Bunker,C, Ikkos, G and Mindel, A. A prospective study of the psychological impact on patients with a first episode of genital herpes. *Genitourinary Medicine*, 1994, 70, 40-45
14. Patel R, Tying S, Price MJ, et al. Impact of suppressive antiviral therapy on the health related quality of life of patients with recurrent genital herpes infection. *Sex Transm Infect* 1999; 75: 398 402
15. Green J. Kocsis A. Psychological factors in recurrent genital herpes. *Genitourinary Medicine*, 1997; 73: 253-259
16. Nilsen AE, AasenT, Halsos AM, et al. Efficacy of oral aciclovir in the treatment of initial and recurrent genital herpes. *Lancet* 1982;ii:571-3

17. 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.
18. 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 genital herpes: a randomized, double-blind multicenter trial. *JAMA* 1996;276:44-9
19. Wald A, Carrell D, Remington M, et al. Two-day regimen of acyclovir for treatment of recurrent genital herpes simplex virus type 2 infection. *Clin Infect Dis* 2002 34(7):944-8
20. 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
21. Wald A, Carrell D, Remington M, Kexel E, Zeh J, Corey L. Two-day regimen of aciclovir for treatment of recurrent genital herpes simplex virus type 2 infection. *Clin Infect Dis* 2002;34:944-8.
22. 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, placebo-controlled trial. *Clin Infect Dis* 2006;42:8-13
23. 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
24. 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.
25. 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
26. Mindel A, Faherty A, Carney O, Patou G, Freris M, Williams P. Dosage and safety of long-term suppressive aciclovir therapy for recurrent genital herpes. *Lancet* 1988;331:926-8

27. Lebrun-Vignes B et al. A meta-analysis to assess the efficacy of oral antiviral treatment to prevent genital herpes outbreaks. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:238-46
28. Sheffield JS, Hollier LM, Hill JB, Stuart GS, Wendel GD. Acyclovir prophylaxis to prevent herpes simplex virus recurrence at delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2003;102(6):1396–1403.
29. 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
30. 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(2):71–77
31. 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
32. 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
33. 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

Ապացուցողականության մակարդակները

- Ia Ապացույցները ստացվել են պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումների մետա-վերլուծություններից
- Ib Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ պատահական բաշխմամբ վերահսկվող հետազոտությունից
- IIa Ապացույցները ստացել են առնվազն մեկ լիարժեք նախագծած ոչ պատահական բաշխմամբ փորձարկումից
- IIb Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ լիարժեք նախագծված կեղծ-փորձարարական հետազոտությունից
- III Ապացույցները ստացվել են լիարժեք նախագծված ոչ փորձարարական նկարագրողական հետազոտություններից, ինչպիսիք են համեմատական հետազոտությունները, կորելացիոն հետազոտությունները և դեպքերի վերահսկման նկարագրությունները
- IV Ապացույցները ստացվել են փորձագիտական խմբերի զեկույցների կամ կարծիքների և (կամ) անվանի հեղինակների կլինիկական փորձառության հիման վրա

Ապացույցների մակարդակը

A (Ia, Ib մակարդակի ապացույցներ)

Պահանջվում է առնվազն մեկ ՊԲՎՓ, որպես ընդհանուր առմամբ բարձր որակի գրականության հատված, հասցեագրված տվյալ հանձնարարականին:

B (IIa, IIb, III մակարդակի ապացույցներ)

Պահանջվում է լիարժեք իրականացված հասանելի ոչ ՊԲՎՓ-եր հասցեագրված տվյալ հանձնարարականին:

C (IV մակարդակի ապացույցներ)

Պահանջվում է փորձագիտական խորհրդի զեկույցներից կամ կարծիքներից և (կամ) հեղինակավոր գիտնականների կլինիկական փորձառությունից ստացված ապացույցներ հասցեագրված տվյալ հանձնարարականին: Ցույց է տալիս տվյալ հանձնարարականին ուղղակիորեն առընչվող որակյալ հետազոտությունների բացակայությունը:

Աշխատանքային խմբի անդամների հայտարարագրեր

Ես, **Միքայել Ռաֆիկի Սահակյանս**, հանդիսանալով Սեռավարակների վարման ուղեցույցի աշխատանքային խմբի անդամ, հայտարարում եմ, որ վերջին հինգ տարիների ընթացքում ներկայացրել եմ մի շարք վարձատրվող դասախոսություններ Աստելաս, Տոնուս Լես և Գեդեոն Ռիխտեր դեղագործական ընկերությունների կողմից կազմակերպված գիտագործմանական կոնֆերանսների ժամանակ:

Ես, **Հովհաննես Արտաշեսի Հովհաննիսյանս**, հանդիսանալով Սեռավարակների վարման ուղեցույցի աշխատանքային խմբի անդամ, հայտարարում եմ, որ 2015թ.-ին ստացել եմ գրանտ ՄԵԴԱ դեղագործական ընկերություններից արտասահմանում կայացող գիտաժողովների մասնակցության նպատակով: Վերջին հինգ տարիների ընթացքում ներկայացրել եմ մի շարք վարձատրվող դասախոսություններ մաշկավեներաբանության արդի հիմնախնդիրների վերաբերյալ Աստելաս, Մեդա, Բեռլին Խեմի Մենարինի, Սանդոզ, Բայեռ, Գեդեոն Ռիխտեր դեղագործական ընկերությունների կողմից կազմակերպված գիտագործմանական կոնֆերանսների ժամանակ:

Ես, **Գրիգոր Ալբերտի Հարությունյանս**, հանդիսանալով Սեռավարակների վարման ուղեցույցի աշխատանքային խմբի անդամ, հայտարարում եմ, վերջին հինգ տարիների ընթացքում չեմ ունեցել ֆինանսական առընչություն ոչ մի դեղագործական ընկերության հետ: