

- amnesis. *Epidemiologiya i Infektsionnyye Bolezni=Aktual'nyye voprosy*, 2014; 3: 25–29. (In Russ.)]
2. Яцык Г.В., Одинаева Н.Д., Беляева И.А. Цитомегаловирусная инфекция. Практика педиатра. 2009; (10): 5–11. [Yacyk G.V., Odinaeva N.D., Belyaeva I.A. Cytomegalovirus infection. *Praktika pediatria*, 2009; (10): 5–11. (In Russ.)]
 3. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.Н., Шамшева О.В. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей. Учебник для вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 225–31. [Uchajkin V.F., Nisevich N.N., Shamsheva O.V. *Infectious diseases and vaccination in children. Textbook for high schools*. Moscow: GEOTAR-Media, 2007; 225–31. (In Russ.)]
 4. Кочкина С.С., Ситникова Е.П. Цитомегаловирусная инфекция у детей: клиника, диагностика, лечение. Учебное пособие для студентов. Ярославль, 2015:112с. [Kochkina S.S., Sitnikova E.P. *Cytomegalovirus infection in children: clinical features, diagnosis, treatment. Teaching aid for students*. Yaroslavl, 2015:112c. (In Russ.)]
 5. Swanson E.C., Schleiss M.R. Congenital cytomegalovirus infection; new prospects for prevention and therapy. *Pediatr. Clin. North Am.* 2013. April; 60(2):10.1016.
 6. Kimberlin D.W., Jester P.M., Sanchez P.J. et al. Valganciclovir for Symptomatic Congenital Cytomegalovirus Disease. *N.Engl.J. Med.* 2015. March, 5. 372:933–943.
 7. Артемчик Т. А., Шишко Г. А., Астапов А. А. Клинико-лабораторные критерии выбора терапии врожденной цитомегаловирусной инфекции. Военная медицина, 2014; 1:30–35. [Artemchik T. A., Shishko G. A., Astapov A. A. Clinical and laboratory criteria for the choice of therapy of congenital cytomegalovirus infection. *Voyennaya meditsina*, 2014; 1:30–35.]
 8. Клинические рекомендации (проект) по диагностике, лечению и профилактике врожденной цитомегаловирусной инфекции. <http://raspm.ru/index/php/metodicheskie-rekomendatsii>. [Clinical guidelines (project) for the diagnosis, treatment and prevention of congenital cytomegalovirus infection. <http://raspm.ru/index/php/metodicheskie-rekomendatsii>. (In Russ.)]
 9. Петрова Г.В., Шахгильдян В.И., Чистозвонова Е.А., Пугачева Т.А., и др. Опыт применения противовирусной терапии врожденной генерализованной цитомегаловирусной инфекции. Детские инфекции. 2016; 15(2): 61–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.22627/2072-8107-2016-15-2-61-68> [Petrova G.V., Shakhgildyan V.I., Chistozvonova E.A., Pugacheva T.A. Experience of Using the Antiviral Therapy of Generalized Congenital Cytomegalovirus Infection. *Detskie Infektsii=Children's Infections*. 2016; 15(2): 61–8. (In Russ.). DOI:10.22627/2072-8107-2016-15-2-61-68]
 10. Володин Н.Н., Дегтярева М.В. Новорожденные дети и особенности системы интерферонов. Вестник Ферона. 2013; (2): 15–8. [Volodin N.N., Degtyareva M.V. Newborns and features of the interferon system. *Vestnik FERONA*. 2013; (2): 15–8. (In Russ.)]
 11. Малиновская В.В., Деленян Н.В., Ариенко Р.Ю. Виферон — комплексный противовирусный и иммуномодулирующий препарат для детей и взрослых. Руководство для врачей. М., 2006. [Malinovskaya V.V., Delenyan N.V., Arienko R.Yu. *Viferon is a complex antiviral and immunomodulatory drug for children and adults. A guide for physicians*. Moscow, 2006. (In Russ.)]

Информация о соавторах:

Ситникова Елена Павловна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детских болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: sep.med@mail.ru

Elena Sitnikova, MD, Professor, Head of the Department of Children's Diseases of the Faculty of Physiology of the State Medical University of Yaroslavl State Medical University of the Ministry of Health of Russia; e-mail: sep.med@mail.ru

Формирование здоровья у детей первого полугодия жизни методом превентивной терапии женщин с рецидивирующим течением герпетической инфекции

М. А. Овчинникова, Г. В. Санталова, И. С. Липатов, Ю. В. Тезиков

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

В статье представлена комплексная оценка состояния здоровья детей в первом полугодии жизни в зависимости от способа профилактики рецидивов герпетической инфекции у женщин на прегравидарном и антенатальном этапах. В работе использованы молекулярно-биологический, иммуноферментный, биохимический, инструментальные методы. Отмечена взаимосвязь между частотой рецидивов герпетической инфекции во время беременности, осложнениями гестации и соматической патологией у детей первого полугодия жизни. Результаты исследования подтверждают благоприятное влияние догестационной и антенатальной иммунокорректирующей и противовирусной превентивной терапии рецидивов заболевания на состояние плодово-плацентарного комплекса, течение беременности, механизмы фетопротекции в отношении внутриутробного инфицирования вирусом простого герпеса.

Ключевые слова: рецидивирующая герпетическая инфекция, прегравидарная подготовка, беременность, здоровье детей

Formation of Health in Infants by Method of Preventive Therapy of Women with a Recurrent Herpetic Infection

М. А. Ovchinnikova, G. V. Santalova, I. S. Lipatov, Yu. V. Tezikov

Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Samara, Russia

The article presents a comprehensive assessment of the health status of children in the first half of life, depending on the method of preventing recurrences of herpetic infection in women at pregravid and antenatal stages. The work used molecular-biological, immuno-enzymatic, biochemical, instrumental methods. The relationship

between the frequency of recurrence of herpetic infection during pregnancy, complications of gestation and somatic pathology in children of the first half of life was noted. The results of the study confirm the beneficial effect of pre-gestational and antenatal immunocorrective and antiviral preventive therapy of relapses of the disease on the condition of the placenta complex, the course of pregnancy, mechanisms of fetoprotection for intrauterine infection with herpes simplex virus.

Keywords: recurrent herpetic infection, pregravid preparation, pregnancy, children's health

Для цитирования: М.А. Овчинникова, Г.В. Санталова, И.С. Липатов, Ю.В. Тезиков. Формирование здоровья у детей первого полугодия жизни методом превентивной терапии женщин с рецидивирующим течением герпетической инфекции. Детские инфекции. 2018; 17(1): 45-49.
DOI: <http://dx.doi.org/10.22627/2072-8107-2018-17-1-45-49>

For citation: M.A. Ovchinnikova, G.V. Santalova, I.S. Lipatov, Yu.V. Thezikov. Formation of health in infants by method of preventive therapy of women with recurrent herpetic infection. Detskie Infektsii=Children's infections. 2018. 17 (1): 45-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.22627/2072-8107-2018-17-1-45-49>

Контактная информация: Овчинникова Марина Алексеевна, аспирант кафедры факультетской педиатрии, Самарский государственный медицинский университет; Россия, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89, marinasharypova@yandex.ru

Marina Ovchinnikova, postgraduate student of the faculty of Pediatrics Department, Samara State Medical University, Russia, Samara, marinasharypova@yandex.ru

Герпетическая инфекция (ГИ) у беременных приводит к таким осложнениям как угроза прерывания беременности, спонтанный аборт, неразвивающаяся беременность, привычное невынашивание, преждевременные роды, плацентарная недостаточность (ПН), многоводие, маловодие, задержка роста плода (ЗРП), внутриутробная гипоксия плода (ВГП), внутриутробная гибель плода, внутриутробное инфицирование плода (ВУИ) [1, 2]. Многообразие клинических проявлений обусловлено длительностью и формой манифестации инфекции у беременной, свойствами и вирулентностью вируса, состоянием плацентарного барьера и защитных сил как матери, так и плода [3, 4]. У детей младшего возраста ВУИ сопровождается соматической патологией, затрагивающей органы и системы организма: нарушения в иммунной системе, перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС) и ее последствия (ПППЦНС), патология желудочно-кишечного тракта, изменения в сердечно-сосудистой системе, нарушения со стороны мочевыделительной системы, задержка физического развития, длительный субфебрилитет, анемия [5, 6].

Цель исследования: оценить состояние здоровья детей первого полугодия жизни, рожденных от матерей с рецидивирующим течением герпетической инфекции, получавших превентивное лечение в прегравидарном и антенатальном периодах разработанным методом.

Материалы и методы исследования

Женщин, планирующих беременность, обследовали на наличие ГИ с применением методов ПЦР и ИФА. При выявлении факта инфицирования ВПГ-1,2 оценивали клиническое течение ГИ: латентное, рецидивирующее. Женщин с рецидивирующим течением ГИ выделяли в группу высокого риска по ВУИ плода.

Критериями исключения являлись: декомпенсированная экстрагенитальная патология, врожденные заболевания, персистирующие инфекции (в связи с их схожим с ГИ влиянием на течение беременности и развитие плода). Эффективность противорецидивной терапии оценивалась путем контроля течения беременности, состояния фетоплацентарного комплекса (ФПК) согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н и оценки соматического здоровья новорожденных и детей первого полугодия жизни, путем анализа историй развития новорожденного (фор-

ма N 097/у), амбулаторной карты ребенка (форма N 112/у).

Под наблюдением находились 342 женщины с рецидивирующим течением ГИ. I группу (основную) составили 112 женщин, которым профилактика рецидивов осуществлялась по схеме: на прегравидарном этапе за 3—6 мес. до предполагаемой беременности в период рецидива назначался препарат Аллоферон (Аллокин-альфа (Allokin-Alfa), ООО «Аллоферон», Россия, рег. № P N002829/01 от 16.01.2009) п/к 1 мг, 1 раз в 48 часов, №6 и препарат Ацикловир (Ацикловир (Aciclovir) ООО «Кировская Фармацевтическая Компания», Россия, рег. № ЛС-002612 от 23.03.2012) по 200 мг, 5 раз в день, рег os, 10 дней; за 1—2 мес. до планируемой беременности проводился анализ показателей неспецифического и специфического иммунитета — при наличии изменений лабораторных показателей, характерных для рецидивирующего течения ГИ, препарат Аллоферон назначался повторно (с 1-го дня цикла) п/к 1 мг, 1 раз в 48 часов, №6, при нормализации лабораторных показателей — лечение не проводилось; на антенатальном этапе в 24—26 нед. беременности применялся препарат человеческого рекомбинантный интерферон альфа-2b в комплексе с антиоксидантами витаминами С и Е (ВИФЕРОН®, Viferon), (ООО «Ферон», Россия, рег. № P N000017/01 от 06.10.2010) по 1 свече — 500 000 МЕ, 2 раза в день каждые 12 часов рег rectum, курс 5 дней; в 32—34 нед. беременности проводился контроль показателей неспецифического и специфического иммунитета — при изменении лабораторных показателей назначался повторный курс препаратом человеческого рекомбинантный интерферон альфа-2b (ВИФЕРОН®) по 1 свече — 500 000 МЕ, 2 раза в день каждые 12 часов, рег rectum, 5 дней; при рецидиве ГИ проводилась системная эпизодическая терапия препаратом Ацикловир по 200 мг, 5 раз в день, рег os, 10 дней и/или местная терапия препаратом Ацикловир; II группу (сравнения) составили 126 женщин, которым во время беременности проводилась только местная и/или эпизодическая системная химиотерапия Ацикловиром в период рецидива ГИ; III группу (сравнения) составили 104 женщины, которые отказались от проведения каких-либо лечебно-профилактических мероприятий. Контрольную группу составили 30 женщин с неосложненным течением гестации.

Обследование новорожденных на предмет ВУИ и реализации ГИ проводилось с применением методов ПЦР (кровь, слюна) и ИФА (кровь) двукратно в паре с ИФА матери [7, 8]. Все находившиеся под наблюдением беременные женщины были благополучно родоразрешены без перинатальных потерь. По результатам серологического исследования все дети, рожденные от матерей с ГИ, были распределены на группы: I группу составили 111 детей без ВУИ от матерей, получавших этапную противогерпетическую терапию по разработанному методу; II группу — 101 ребенок без ВУИ от матерей, получавших местную и эпизодическую системную терапию Ацикловиром; III группу — 67 детей без ВУИ от матерей, отказавшихся от проведения профилактических мероприятий; IV группу — 46 детей с ВУИ; V группу — 17 детей с внутриутробной реализацией ГИ. Контрольную группу составили 30 детей от здоровых матерей с физиологическим течением гестации.

Обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере Acer (Тайвань) в среде Windows 7 с использованием статистической программы SPSS Statistica версия 21 (лицензия № 20130626-3). Применялись методы дискриптивной статистики и корреляционного анализа по Спирмену. Эффективность разработанного метода профилактики оценивалась ключевыми показателями доказательной медицины (ЧБНЛ — число больных, которым необходимо проводить превентивное лечение, чтобы предотвратить неблагоприятный исход у одного пациента (1/CAR); ОШ — отношение шансов (A/B)/(C/D)) [9].

Результаты и их обсуждение

Ретроспективно по результатам наблюдения за беременными было выявлено, что рецидивы ГИ в I группе наблюдались у 3 женщин (2,8%), во II группе — у 126 (100%), в III группе — у 104 (100%). Количество рецидивов ГИ в период гестации в I, II, III группах беременных составило (Me [Q₁–Q₃]): 0 [0–1], 3 [2–5], 4 [3–7] соответственно.

Клинический анализ гестационных осложнений в I, II, III группах показал следующее: частота (%) раннего токсикоза составила 4,5, 70,6*, 71,2*; угрозы прерывания беременности — 9,8, 61,9*, 64,4*; плацентарной недостаточности — 11,6, 80,9*, 98,1*; задержки роста плода — 1,8, 31,7*, 43,3*, хронической гипоксии плода — 0, 45,2*, 67,0*; преждевременных родов — 1,8, 30,9*, 34,6*; преэклампсии — 0,9, 14,3*, 21,1* соответственно группам [* — разница статистически значима по сравнению с I группой ($p < 0,05$)]. Отмечена сильная положительная корреляционная связь между частотой рецидивов ГИ и развитием осложнений беременности (r от 0,82 до 0,91, при $p < 0,05$).

Обследование новорожденных на предмет внутриутробного инфицирования ВПГ показало, что в I группе внутриутробное инфицирование без реализации ГИ имело место в 1 (0,9%) наблюдении, во II группе — в 19 (15,1%), в III группе — в 26 (25%). Реализация ГИ отмечалась во II группе в 6 (4,8%) наблюдениях, в III группе — в 11 (10,6%), в I группе ни в одном из наблюдений.

Стандарты эффективности доказательной медицины в отношении метода профилактики ВУИ при сравнении I и III групп составили: ЧБНЛ 3 (95% ДИ 2–4); ОШ 0,02 (95% ДИ 0,002–0,12) при $p < 0,001$; при сравнении II и III групп составили: ЧБНЛ 6 (95% ДИ 4–25); ОШ 0,45 (95% ДИ 0,25–0,81) при $p < 0,0$. Следовательно, эффект в I группе по сравнению со II группой по показателю ЧБНЛ выше в 2 раза, по показателю ОШ — в 22,5 раза.

Патологические состояния у новорожденных групп сравнения от матерей с рецидивирующим течением ГИ представлены в таблице 1.

Анализ соматического здоровья у новорожденных от женщин I, II и III групп показал достоверно более высокий ($p < 0,05$) риск развития такой патологии, как нарушение адаптации новорожденного, гипотрофия, перинатальное поражение ЦНС, анемия, синдром пролонгированной желтухи, дисбиоз кишечника. Отмечается средней силы и сильная положительная корреляционная

Таблица 1. Частота патологических состояний у новорожденных групп сравнения от матерей с рецидивирующим течением ГИ (% (абс.ч.))

Патологические состояния	Группы новорожденных				
	I группа (n = 111)	II группа (n = 101)	III группа (n = 67)	IV группа (n = 46)	V группа (n = 17)
Нарушение адаптации новорожденного	10,8 (12)	78,2* (79)	95,5* (64)	100* (46)	100* (17)
Гипотрофия	0,9 (1)	14,9* (15)	14,9* (10)	100* (46)	100* (17)
ППЦНС	0,9 (1)	45,5* (46)	58,2* (39)	100* (46)	100* (17)
Анемия	8,1 (9)	36,7* (34)	31,3* (21)	100* (46)	100* (17)
Синдром пролонгир. желтухи	0,9 (1)	5,0 (5)	6,0 (4)	34,8* (16)	41,2* (7)
Дисбиоз кишечника	1,8 (2)	6,9 (7)	13,4 (9)	23,9* (11)	23,5* (4)

* — разница статистически значима по сравнению с I группой ($p < 0,05$)

Таблица 2. Частота соматической патологии у детей первого полугодия жизни, рожденных от матерей с ГИ (% (абс.ч.))

Патологическое состояние	Группы детей				
	I группа (n = 111)	II группа (n = 101)	III группа (n = 67)	IV группа (n = 46)	V группа (n = 17)
ПППЦНС	0,9 (1)	45,5* (46)	58,2* (39)	100* (46)	100* (17)
Острый бронхит	—	18,8* (19)	13,4* (9)	26,1* (12)	64,7* (11)
Пневмония	—	—	1,5 (1)	8,7 (4)	29,4* (5)
ОРВИ	3,6 (4)	33,7* (34)	65,7* (44)	82,6* (38)	100* (17)
Дисбиоз кишечника	0,9 (1)	4,9 (5)	4,5 (3)	17,4* (8)	70,6* (12)
Гипотрофия	—	5,7 (6)	6,0 (4)	23,9 (11)	82,3* (14)
Гепатомегалия	—	—	—	8,7 (4)	70,6* (12)
Инфекция мочевыводящих путей	—	—	—	30,4* (14)	29,4* (5)
Пиелонефрит	—	—	—	—	11,8* (2)
Анемия	—	15,8 (16)	16,4 (11)	52,2* (24)	76,5* (13)
Атопический дерматит	—	10,9 (11)	6,0 (4)	13,0 (6)	23,5* (4)
Крапивница	2,7 (3)	15,8* (16)	17,9* (12)	45,6* (21)	52,9* (9)
Атрофия зрительного нерва	—	—	—	—	17,6* (3)
Хориоретинит	—	—	—	—	11,8 (2)
Нейросенсорная тугоухость	—	—	—	—	5,9 (1)
Пиелозктазия почек	—	—	—	—	11,8* (2)
Аномалия формы желчного пузыря	—	—	—	—	5,9 (1)

* — разница статистически значима по сравнению с I группой ($p < 0,05$)

связь между частотой осложнений гестации и развитием соматической патологии у новорожденных (r от 0,74 до 0,89, при $p < 0,05$). Такая патология, как кисты сосудистых сплетений 52,9%, кальцинаты головного мозга 35,3%, энцефалит 5,9%, хориоретинит 11,8%, герпетическая экзема 47,1%, гепатит 5,9%, нефрит 17,6%, аномалия развития органов 17,6%, пневмония 23,5% встречалась только у детей V группы и отнесена к герпесассоциированной патологии в связи с высокой специфичностью в отношении ГИ (SP > 90%) [5, 7].

Патологические состояния у детей первого полугодия жизни, рожденных от матерей с рецидивирующим течением ГИ представлены в таблице 2.

Полученные данные о достоверных различиях частоты соматической патологии у детей II, III, IV, V групп — без профилактических мероприятий по разработанному методу, по сравнению с I группой новорожденных, объясняются неблагоприятным фоном во время беременности (развитие раннего токсикоза как индикатора течения ранних сроков беременности, преэклампсии, ПН, гипоксии и задержки роста плода, угрозы прерывания беременности, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, преждевременных родов; значимые изменения лабораторно-инструмен-

тальных маркеров состояния ФПК), высокой частотой ВУИ и реализацией ГИ. При этом в I группе наблюдались единичные случаи развития соматических заболеваний и пограничных состояний. В V группе герпесассоциированная и сопутствующая патология носили глубокий характер и затрагивали все органы и системы.

Распределение детей первого полугодия жизни по группам здоровья представлено в таблице 3.

В I группе все дети отнесены к здоровым (I и II А группы), что свидетельствует о положительном влиянии прегравидарной и антенатальной профилактики по разработанному методу на течение беременности и формирование соматического здоровья детей, рожденных от герпесинфицированных женщин, вследствие предотвращения рецидивов ГИ в период гестации и фетопротективного действия метода.

Выводы

■ Благоприятное клиническое течение беременности в следствии прегравидарной и антенатальной профилактики рецидивирующего течения ГИ и фетопротективное действие препаратов Аллоферон и человеческий рекомбинантный интерферон альфа-2b (ВИФЕРОН®) за счет предотвращения альтерации ФПК ВПГ в антенна-

Таблица 3. Распределение детей первого полугодия жизни по группам здоровья (% (абс.ч.))

Группа здоровья	Группы детей				
	I группа (n = 111)	II группа (n = 101)	III группа (n = 67)	IV группа (n = 46)	V группа (n = 17)
I	28,8 (32)	5,9 (6)	6,0 (4)	—	—
II А	71,2 (79)	45,6 (46)	34,3 (23)	17,4 (8)	—
II Б	—	32,7* (33)	43,3 (29)	30,4 (14)	—
III	—	15,8 (16)	16,4 (11)	52,2 (24)	58,8 (10)
IV	—	—	—	—	35,3 (6)
V	—	—	—	—	5,9 (1)

* — различия достоверны по сравнению с I группой ($p < 0,05$)

тальном периоде способствуют снижению частоты развития соматической патологии у новорожденных и детей первых 6 месяцев жизни, рожденных от матерей с рецидивирующим течением ГИ.

■ Комплексный подход к профилактике рецидивов ГИ по разработанному методу у беременных женщин способствует снижению риска ВУИ плода в 20 раз по сравнению с группой, где применялась только эпизодическая системная химиотерапия, и в 40 раз по сравнению с группой, где профилактика рецидивов ГИ не проводилась, что свидетельствует о высокой эффективности превентивных периконцепционных и антенатальных мероприятий (ЧБНЛ 3 (95% ДИ 2–4); ОШ 0,02 (95% ДИ 0,002–0,12), $p < 0,001$).

■ Для снижения перинатальной патологии у герпесинфицированных беременных женщин необходимы догестационная подготовка и вторичная профилактика рецидивов ГИ во время беременности, отвечающие современным требованиям перинатальной фармакологии.

■ Данную задачу результативно решает предлагаемый метод превентивного лечения.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.
The authors declare no possible conflicts of interest.

Литература/References:

1. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Фролова Н.А. и др. Информативность предикторов больших акушерских синдромов у беременных с эмбриоплацентарной дисфункцией. Аспирантский вестник Поволжья. 2015. 5 (6): 48–55.
[Tezikov Yu. V., Lipatov, I. S., Frolova N. et al. Informative predictors of great obstetric syndromes in pregnant women with embryofetal dysfunction. *Aspirantskij vestnik Povolzh'ja = the Postgraduate Bulletin of the Volga region*. 2015. 5 (6): 48–55. (In Russ.)].
2. Radjabova Z.A. The investigation of biophysical profile of the fetus in pregnant women with herpes infection. *European science review*. 2016. 5(6):106–109.
3. Овчинникова М.А. Влияние рецидивирующего течения герпетической инфекции у беременных на фетоплацентарный комплекс и течение раннего неонатального периода у детей. Аспирантский вестник Поволжья. 2014. 1(2):123–7.
[Ovchinnikova M.A. the Impact of recurrent herpes infection in pregnancy on fetoplacental complex and during the early neonatal period. / *Aspirantskij vestnik Povolzh'ja = the Postgraduate Bulletin of the Volga region*. 2014. 1(2):123–7. (In Russ.)].
4. Straface G., Selmin A., Zanardo V., De Santis M., Ercoli A., and Scambia G. Herpes simplex virus infection in pregnancy. *Infectious*

- Diseases in Obstetrics and Gynecology*. 2012. Article ID 385697. — 6 pages. DOI:10.1155/2012/385697.
5. Gardella C., Brown Z. Prevention of neonatal herpes. *BJOG*. 2011. 118(2):187–192. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02785.x.
6. Фесенко М.Е., Мелашенко Е.И. Оценка эффективности реабилитационно-профилактических мероприятий у детей с врожденным неонатальным герпесом с учетом катамнеза в течение двух лет. Современная педиатрия. 2012. 2(42):32–34.
[Fesenko M.E., E.I. Melaschenko the effectiveness of rehabilitation and prevention measures in children with congenital neonatal herpes given the catamnesis within two years. *Sovremennaja pediatrija = Contemporary Pediatrics*. 2012. 2(42):32–34. (In Russ.)].
7. Володин Н.Н., Лобзин Ю.В., и др. Диагностика, лечение и профилактика врожденной инфекции, вызванной вирусом простого герпеса. Клинические рекомендации (протоколы) по неонатологии: монография; Под ред. Д.О. Иванова. СПб: Информ-Навигатор, 2016:355–370.
[Volodin N.N., Lobzin Y.V., et al. Diagnosis, treatment and prevention of congenital infection caused by the herpes simplex virus. *Clinical guidelines (protocols) in neonatology: monograph*; ed. by D.O. Ivanov. St. Petersburg: Inform-Navigator, 2016:355–370. (In Russ.)].
8. Sampedro M. A., Martinez L. A., Teatino P. M., Rodriguez-Granger J. Diagnosis of congenital infection. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* 2011. 29(5):15–20. DOI:10.1016/S0213-005X(11)70039-8
9. Котельников Г.П., Шпигель А.С. Доказательная медицина. Научно-обоснованная медицинская практика: монография. — изд. 2-е перераб и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012:242.
[Kotelnikov G.P., Spiegel A.S. Evidence-based medicine. Evidence-based medical practice: a monograph. ed. 2-nd revised and enlarged. M.: GEOTAR-Media, 2012:242. (In Russ.)].

Информация о соавторах:

Санталова Галина Владимировна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой факультетской педиатрии, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия, galina.santalova@mail.ru
Galina Santalova, MD, professor, head of the department of faculty pediatrics, Samara State Medical University, Samara, Russia, galina.santalova@mail.ru
Липатов Игорь Станиславович, д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия, i.lipatoff2012@yandex.ru
Igor Lipatov, MD, professor of the Department of Obstetrics and Gynecology №1, Samara State Medical University, Samara, Russia, i.lipatoff2012@yandex.ru
Тезиков Юрий Владимирович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия, yura.75@inbox.ru
Yuri Tezikov, MD, associate professor, head of the Department of Obstetrics and Gynecology №1, Samara State Medical University, Samara, Russia, yura.75@inbox.ru