

КОНСПЕКТ (с объяснениями и пояснениями):

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

Простой герпес (ПГ) у взрослых

ID: 492_2

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: B00.1, B00.2, B00.3, B00.4, B00.7, B00.8, B00.9, B34.9, K12.1

Возрастная категория: Взрослые

Дата размещения КР: 27.10.2025

Первоисточник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/492_2

ОГЛАВЛЕНИЕ

КОНСПЕКТ (с объяснениями и пояснениями):

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ: Простой герпес (ПГ) у

взрослых ID: 492_2 Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: B00.1, B00.2, B00.3, B00.4, B00.7, B00.8, B00.9, B34.9, K12.1 Возрастная категория: Взрослые

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений

Термины и определения

1.1 Определение заболевания

1.2 Этиология и патогенез

Возбудитель

Основные звенья патогенеза

Проникновение и размножение

Механизмы «иммунного ускользания»

Взаимодействие с клетками иммунной системы

Противогерпетический иммунитет

Интерферонодефицит

Триггерные факторы рецидива

Сенсибилизация

1.3 Эпидемиология

Распространённость (по данным ВОЗ)

Ситуация в Российской Федерации

Структура клинических форм

Вирусный энцефалит, вызванный ВПГ

Характеристика инфекции

1.4 Кодирование по МКБ-10

1.5 Классификация заболевания

- 1.5.1 По механизму инфицирования
- 1.5.2 По форме инфекционного процесса
- 1.5.3 По длительности присутствия вируса в организме
- 1.5.4 По клиническим проявлениям и локализации
- 1.5.5 По наличию осложнений
- 1.5.6 По периоду заболевания
- 1.5.7 По степени тяжести
- 1.5.8 По стадии
- 1.5.9 По форме инфекции
- 1.6 Клиническая картина заболевания
 - Первичный простой герпес
 - Рецидивирующий простой герпес
 - Особенности клинических форм
- 2. Диагностика заболевания
 - Критерии установления диагноза
 - 2.1 Жалобы и анамнез
 - 2.2 Физикальное обследование
 - 2.3 Лабораторные диагностические исследования
 - 2.3.1 Неспецифическая лабораторная диагностика
 - 2.3.2 Специфическая лабораторная диагностика
 - 2.4 Инструментальные диагностические исследования
 - Спинномозговая пункция
 - Нейровизуализация
 - Инструментальные исследования при висцеральных поражениях
 - 2.5 Иные диагностические исследования
 - Консультации врачей-специалистов
 - Обследование на ВИЧ-инфекцию

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Принципы лечения

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Этиотропная (*противовирусная*) терапия

Эпизодическая терапия

Внутривенная терапия

Профилактическая (*превентивная / супрессивная*) терапия

Интерферонотерапия

Дополнительные противовирусные и иммуностимулирующие препараты

Вакциноterapia

Ведение беременных женщин с ПГ

3.1.2 Патогенетическая и симптоматическая терапия

3.2 Хирургическое лечение

3.3 Иное лечение

Обезболивание и антипиретики

Десенсибилизирующая терапия

Диетотерапия

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

5.1 Неспецифическая профилактика

5.2 Специфическая профилактика рецидивов ПГ

5.3 Диспансерное наблюдение

6. Организация оказания медицинской помощи

Условия оказания медицинских услуг

Амбулаторное звено

Стационарное звено

Рекомендации по условиям лечения

7. Дополнительная информация

Прогноз и факторы исхода

7.1 Простой герпес у реципиентов солидных органов и костного мозга, пациентов с онкогематологическими заболеваниями

Стратегии предупреждения ПГ

Приложение В. Информация для пациента

Список сокращений

АГ — антиген

АлАТ — аланинаминотрансфераза

АсАТ — аспартатаминотрансфераза

АТ — антитела

В/м — внутримышечно

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ВПГ — вирус простого герпеса

ВПГ-1 — вирус простого герпеса **первого** типа

ВПГ-2 — вирус простого герпеса **второго** типа

ВЭБ — вирус Эпштейна-Барр

ГГ — генитальный герпес

ГИ — герпесвирусная инфекция

ГС — герпетический стоматит

ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

ИППП — инфекции, передающиеся половым путем

ИФА — иммуноферментный анализ

КТ — компьютерная томография

мг — миллиграмм

мл — миллилитр

МЗ РФ — Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ-10 — Международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье **10-го** пересмотра

МРТ — магнитно-резонансная томография

НАСИБ — Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика **В. И. Покровского**

ОГС — острый герпетический стоматит

ПВТ — противовирусная терапия

ПГ — простой герпес

ПЦР — полимеразная цепная реакция

РАН — Российская академия наук

РКИ — рандомизированное контролируемое исследование

РФ — Российская Федерация

СМЖ — спинномозговая жидкость — биологическая жидкость, постоянно циркулирующая в желудочках головного мозга, ликворопроводящих путях и субарахноидальном пространстве головного и спинного мозга

УДД — уровень достоверности доказательств

УЗИ — ультразвуковое исследование

УУР — уровень убедительности рекомендаций

ФЗ — федеральный закон

ЦИК — циркулирующие иммунные комплексы

ЦМВ — цитомегаловирус

ЦНС — центральная нервная система

ЩФ — щелочная фосфатаза

IgA — иммуноглобулины класса **A**

IgM — иммуноглобулины класса **M**

IgG — иммуноглобулины класса **G**

Термины и определения

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

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

Герпетическая ко-инфекция — одновременное инфицирование **несколькими** типами вирусов герпеса.

Исходы заболеваний — медицинские и биологические последствия заболевания.

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.

Нозологическая форма — совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями.

Осложнение заболевания — присоединение к заболеванию:

- синдрома нарушения физиологического процесса;
- нарушения целостности органа или его стенки;
- кровотечения;

- развившейся **острой** или **хронической** недостаточности функции органа или системы органов.

Основное заболевание — заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

Пантропизм — способность вирусов поражать **разные** системы и органы.

Персистенция — способность вируса **непрерывно** или **циклично** размножаться (реплицироваться) в инфицированных клетках тропных тканей, что создает **постоянную** угрозу развития инфекционного процесса.

Первичная инфекция — развивается после заражения вирусом **неинфицированного ранее** лица. Сопровождается появлением противовирусных антител (сероконверсией), **4-кратным** нарастанием концентрации иммуноглобулинов класса **G**.

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

Превентивная противовирусная терапия — прием противовирусных препаратов системного действия из группы **нуклеозиды и нуклеотиды** (кроме ингибиторов обратной транскриптазы) для предупреждения развития различных осложнений.

Простой герпес — широко распространенная вирусная инфекция, вызываемая вирусами простого герпеса **1** и **2** типов; характеризуется многообразными проявлениями: от **бессимптомного** течения или поражения кожи и слизистых разной локализации до **тяжёлых генерализованных** форм с поражением внутренних органов, ЦНС.

Рецидив герпеса — повторно регистрируемые клинические проявления герпетической инфекции.

Распространенная форма простого герпеса — два и более очага поражения.

Суперинфекция (субклиническая и клиническая) — наложение одной инфекции на другую; например, заражение **ВПГ-2** половым путем лица, страдающего герпетическим стоматитом, вызванным **ВПГ-1**.

Супрессивная терапия — **длительный**, иногда **многолетний**, **постоянный** прием **низких** доз противовирусных препаратов системного действия из группы **нуклеозиды и нуклеотиды** (кроме ингибиторов обратной транскриптазы) **вне рецидива** заболевания.

Сопутствующее заболевание — заболевание, которое **не имеет** причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

Тяжесть заболевания или состояния — критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их

функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.

Эпизодическая терапия — прием противовирусных препаратов системного действия из группы **нуклеозиды и нуклеотиды** (кроме ингибиторов обратной транскриптазы) **в момент рецидива** в терапевтических дозах при соблюдении кратности и длительности лечения.

1.1 Определение заболевания

Простой герпес (ПГ) — широко распространённая **вирусная инфекция**, вызываемая вирусами простого герпеса **ВПГ-1** и **ВПГ-2**; характеризуется многообразием проявлений:

- от **бессимптомного** течения или поражения кожи и слизистых разной локализации
- до **тяжёлых генерализованных** форм с поражением **ЦНС**, внутренних органов, глаз

(Герпетиформная экзема, аногенитальная герпетическая инфекция, неонатальный герпес и герпетические заболевания глаз рассматриваются в отдельных клинических рекомендациях.)

1.2 Этиология и патогенез

Возбудитель

ВПГ-1 и **ВПГ-2** (*Simplexvirus humanalpha 1* и *2*, *HSV-1* и *HSV-2*) — относятся к семейству **Orthoherpesviridae**, подсемейству **Alphaherpesvirinae**. Геном — **линейная двуспиральная ДНК**.

Биологические свойства:

- **пантропизм** (способность поражать разные ткани и органы)
- **пожизненная персистенция и латенция** в организме

Основные звенья патогенеза

- **тропизм ВПГ к эпителиальным и нервным клеткам** (обуславливает полиморфизм клиники)
- **инфицирование сенсорных ганглиев** вегетативной нервной системы
- **пожизненная персистенция**
- **способность к реактивации** под влиянием **триггерных факторов** (инфекционных и неинфекционных)

Проникновение и размножение

ВПГ проникает через **слизистые оболочки и кожу** (риск заражения повышается при их *травматизации*), в ряде случаев — с **инфицированным донорским материалом**.

Первый этап — абсорбция и размножение вируса в месте инокуляции (*у входных ворот*): слизистые полости рта, красная кайма губ, верхние дыхательные пути, конъюнктура, половые органы. Размножение в эпителиальных клетках → их гибель → **очаги некроза и везикулы**. Далее — лимфогенное и гематогенное распространение в **лимфатические узлы** → **лимфаденит, вирусемия** → **гематогенная диссеминация** во внутренние органы, мозг, отдалённые лимфоузлы.

Второй этап — **неврогенное** проникновение ВПГ в **сенсорные (симпатические) регионарные нервные**

ганглии, где вирус сохраняется **пожизненно** с периодической **реактивацией**.

ВПГ-1	ВПГ-2
Преимущественно поражает слизистую ротовой полости , носоглотки , губ	Преимущественно поражает гениталии , промежность , анальную область , нижние конечности , ягодицы
Персистирует в ганглиях тройничного нерва (<i>Гассеров узел</i>) и других черепно-мозговых нервов	Персистирует в ганглиях пояснично-крестцового отдела позвоночника
Распространение по зрительному нерву (<i>офтальмогерпес</i>) и обонятельному нерву (<i>с проникновением в ЦНС</i>), реже гематогенно	Гематогенное занос в отдалённые ганглии может вызывать поражение гениталий при неполовом заражении через слизистую рта

Центробежное распространение ВПГ во время рецидива определяет **анатомическое постоянство** очагов поражения.

Механизмы «иммунного ускользания»

- В нервных ганглиях вирус **недоступен** действию гуморального и клеточного иммунитета (*антитела и Т-киллеры не проникают*)
- Вирус распространяется **межклеточно** — по межклеточным мостикам, минуя межклеточное пространство и **избегая контакта** с нейтрализующими антителами
- Отмечается также персистирование ВПГ в **эпидермоцитах** кожи и **эпителии** слизистых

Взаимодействие с клетками иммунной системы

ВПГ инфицирует клетки **мононуклеарно-макрофагальной системы, нейтрофилы, лимфоциты**. Репликация в нейтрофилах и лимфоцитах → их **деструкция**.

- **Пермиссивные** макрофаги (*поддерживают размножение вируса*) → чувствительность макроорганизма → **клинические проявления**
- **Непермиссивные** макрофаги → **абортивная инфекция** → **субклинические формы**

Противогерпетический иммунитет

Особенности:

- **нестерильный** (*вирус не элиминируется*)
- **типоспецифический** (*преимущественно против соответствующего типа*)
- **частично перекрестный**

Гуморальный иммунитет — неэффективен: вирус в ганглиях сохраняется в форме **ДНК-белкового комплекса** (*не интактных частиц*). Рецидивы возникают **на фоне высоких титров** антител. Антитела **не защищают** от:

- **аутоинокуляции** (*заражения в другое место*)
- **суперинфекции** (*серологически родственным штаммом*)

Однако высокий уровень антител может обеспечить **защиту плода** от внутриутробного инфицирования.

Клеточный иммунитет (*Т-киллеры, естественные киллеры, макрофаги*) играет важную роль в **предупреждении рецидивов**, однако возможны

ежемесячные рецидивы и **без существенных изменений** иммунологических показателей.

Иммунодефицит по Т-клеточному типу обусловлен репродукцией вируса в лимфоцитах, нейтрофилах, моноцитах-макрофагах: подавление **хемотаксиса**, снижение **фагоцитоза**, угнетение **естественных киллеров** и **бласттрансформации лимфоцитов**.

Интерферонодефицит

Уровни **α -**, **β -** и **γ -интерферонов** у пациентов с рецидивирующим ПГ снижены в **10–20 раз** по сравнению с контрольной группой. Также регистрируется **местное подавление** образования интерферона в очагах поражения.

Триггерные факторы рецидива

- **снижение иммунореактивности (общей и местной)**
- **острые инфекции (грипп, ОРВИ)**
- **эндокринные нарушения**
- **приём антибиотиков, кортикостероидов, противоопухолевых препаратов**
- **гиперинсоляция, переохлаждение**
- **психоэмоциональный стресс**
- **хирургические и косметологические вмешательства**

Сенсибилизация

Развивается **реакция гиперчувствительности замедленного типа** (покраснение, отёчность, зуд в очаге). У аллергиков течение ПГ **более тяжёлое**.

1.3 Эпидемиология

Распространённость (по данным ВОЗ)

Показатель	ВПГ-1	ВПГ-2
Число инфицированных в мире	~3,7 млрд человек	~417 млн человек
Возрастная группа	до 50 лет	15–49 лет
Доля населения	67%	11%

Инфицированность **увеличивается с возрастом** и зависит от социально-экономического уровня и бытовых традиций.

Ситуация в Российской Федерации

Учитывается только **аногенитальная герпетическая инфекция** (вызванная ВПГ-1/-2). В 2020 г. заболеваемость составила **8,7** случаев на **100 тыс.** населения. *(Официальная статистика не отражает реальную картину из-за частых субклинических и атипичных форм.)*

Структура клинических форм

- **манифестные формы** — **10–15%** случаев
- **малосимптомные формы** — **10%** случаев
- **без эпизодов герпеса в анамнезе** — **70%** лиц

Вирусный энцефалит, вызванный ВПГ

Наиболее часто диагностируемый вирусный энцефалит в промышленно развитых странах. Заболеваемость — **1** на **250 000–500 000** человек.

Характеристика инфекции

ПГ — антропоноз. Инфицирование в большинстве случаев происходит в детском возрасте.

Пути передачи:

- воздушно-капельный
- контактно-бытовой
- аутоинокуляция

Входные ворота: кожа губ, слизистая полости рта, реже носоглотки, конъюнктива глаз. Наибольшую опасность представляют больные с **высыпаниями**.

Ятрогенные (горизонтальные) пути:
гемотрансфузионный, трансплантационный
(пересадка органов, тканей, костного мозга, роговицы).

Вертикальный механизм:

- **внутриутробное** инфицирование *(через материнскую кровь, восходящим путем)*
- заражение **во время родов** *(при прохождении через инфицированный родовой канал)*

Ситуация у беременной	Риск инфицирования плода
Первичный генитальный герпес за 6 недель до родов	до 50%
Рецидив генитального герпеса	3–5%

1.4 Кодирование по МКБ-10

Код	Название
B00.1	Герпетический везикулярный дерматит

Код	Название
B00.2	Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит
B00.3+	Герпетический менингит (<i>G02.0*</i>)
B00.4+	Герпетический энцефалит (<i>G05.1*</i>)
B00.7	Диссеминированная герпетическая болезнь
B00.8	Другие формы герпетических инфекций
B00.9	Герпетическая инфекция неуточнённая
B34.9	Вирусная инфекция неуточнённая
K12.1	Другие формы стоматита

1.5 Классификация заболевания

1.5.1 По механизму инфицирования

- **приобретённая:**
 - **первичная**
 - **рецидивирующая**
- **врождённая**

1.5.2 По форме инфекционного процесса

- **латентная** (*вирус присутствует, клинических проявлений нет*)
- **локализованная** (*один очаг поражения*)
- **распространённая** (*два и более очага*)
- **генерализованная** (*множественное поражение органов и систем*)

1.5.3 По длительности присутствия вируса в организме

- **острая**
- **хроническая**

- **медленная** (*прогредиентное течение с постепенным нарастанием симптоматики*)

1.5.4 По клиническим проявлениям и локализации

Типичные формы:

- **Поражение слизистых ЖКТ:** стоматит, гингивит, эзофагит и др.
- **Поражение кожи:** герпес губ, крыльев носа, лица, рук, ягодиц и др.
- **Поражение половых органов и уrogenитального тракта:** вульвит, вагинит, цервицит, уретрит, поражение мочевого пузыря и др.
- **Поражение глаз (*офтальмогерпес*):** конъюнктивит, кератит, иридоциклит, неврит зрительного нерва, оптикомиелит и др.
- **Поражение нервной системы:** менингит, энцефалит, менингоэнцефалит, неврит, менингоэнцефалорадикулит, поражения бульбарных нервов и др.
- **Поражение внутренних органов:** трахеобронхит, пневмония, гепатит, панкреатит и др.
- **Генерализованный ПГ:**
 - **висцеральная форма** (*пневмония, гепатит, эзофагит и др.*)
 - **диссеминированная форма** (*сепсис*)

Атипичные формы:

- **абортивная** (*сглаженные, быстро исчезающие симптомы*)
- **отёчная**
- **зостериформный** простой герпес (*по типу опоясывающего лишая*)

- **герпетиформная экзема** (*варицеллеформный пустулёз Капоши — тяжёлое поражение кожи на фоне атопического дерматита*)
- **язвенно-некротическая**
- **геморрагическая** (*с кровоизлияниями в содержимое везикул*)
- **эрозивно-язвенная**
- **диссеминированная**
- **рупиидная** (*коркообразные массивные наслоения*)
- **мигрирующая**

1.5.5 По наличию осложнений

- **без осложнений**
- **с наличием осложнений**

1.5.6 По периоду заболевания

- **продромальный** (*предвестники — зуд, жжение, покалывание до появления высыпаний*)
- **катаральный** (*явления воспаления слизистых*)
- **период высыпаний**
- **период регресса** (*угасание симптомов, заживление*)

1.5.7 По степени тяжести

Степень	Критерий
лёгкая	1–3 рецидива в год
средней тяжести	4–6 рецидивов в год
тяжёлая	6 и более рецидивов в год

1.5.8 По стадии

- **активная:**

- с клиническими проявлениями (рецидив)
- бессимптомная (вирус выделяется, но симптомов нет)
- неактивная (латентное носительство)

1.5.9 По форме инфекции

- Первичная инфекция:
 - первичная манифестная (с клиническими проявлениями)
 - первичная субклиническая (без выраженных проявлений)
 - первичная инфекция с одиночным местом внедрения вируса
 - первичная инфекция с множественными входными воротами
- Аутоинокуляция (перенос вируса на другие участки тела)
- Латентная инфекция
- Первый эпизод герпеса (впервые выявленные клинические проявления, независимо от давности инфицирования)
- Рецидив герпеса
- Ко-инфекция (одновременное инфицирование несколькими типами ВПГ)
- Суперинфекция (наслоение новой инфекции на уже имеющуюся)

1.6 Клиническая картина заболевания

Клинические проявления ПГ зависят от **механизма инфицирования, локализации** патологического процесса и его **распространённости, состояния иммунной системы** больного.

В клинической практике различают **первичный клинический эпизод** (*первичный ПГ*) и **повторные проявления инфекции** (*рецидив ПГ*). Частота рецидивов напрямую зависит от степени **депрессии иммунной системы**, в первую очередь — от снижения выработки **эндогенного интерферона**. При выраженных иммунодефицитах возможно **перманентное течение** (*рецидивы следуют один за другим без интервалов*).

Первичный простой герпес

Возникает после **первого контакта** с ВПГ, чаще — в **детском возрасте**. У серонегативных реципиентов трансплантации возможна **первичная инфекция от аллотрансплантата** (*донорская инфекция*) в любом возрасте.

Характеризуется **выраженной** клинической симптоматикой, может сопровождаться **стадией предвестников**.

Субъективные симптомы:

- **жжение, покалывание, боль** в области высыпаний
- **усталость, разбитость, слабость, недомогание, снижение работоспособности**
- **головная боль, светобоязнь, раздражительность, нарушение сна, парестезии**
- **повышение температуры тела**
- **болезненность/увеличение региональных лимфоузлов**

Объективные симптомы — манифестная (*типичная*) форма:

- **гиперемия и отёчность** кожи и слизистых в области поражения
- **единичные или множественные** везикулы **полициклической фестончатой формы** с прозрачным содержимым
- **поверхностные эрозии** размером **2–4 мм** (*после вскрытия везикул*), корки; при присоединении вторичной инфекции — **гнойный экссудат**

Атипичные формы:

- **абортивная** — эритема и отёк без развития элементов сыпи
- **эритематозная** — эритематозное зудящее пятно с нечёткими границами
- **эрозивно-язвенная** — язвочки с формированием **атрофических рубчиков** после заживления
- **отёчная** — выраженный отёк подкожной жировой клетчатки без пузырьков
- **форма трещин** — трещины кожи и слизистой, сопровождающиеся зудом
- **геморрагическая** — везикулёзные элементы с **геморрагическим** содержимым
- **язвенно-некротическая** — длительно незаживающие язвы
- **буллёзная** — один **многокамерный пузырь**

Продолжительность:

- **первичный эпизод** — **10–14 и более дней**

- **рецидив** — в среднем **5–6** дней (у иммунокомпрометированных больных — более длительные, с высоким риском диссеминации)

Первичный ПГ, обусловленный **ВПГ-1** и/или **ВПГ-2**, протекает **сходно**.

Рецидивирующий простой герпес

Отличается **меньшей интенсивностью** и **продолжительностью** клинических проявлений.

Частота рецидивов — от **1–3** до **6–12** и более обострений в год. У некоторых пациентов процесс принимает **«монотонный» непрерывный характер** (новые высыпания появляются, когда предыдущие ещё не разрешились).

Локализация обычно фиксирована на месте внедрения вируса — **«locus minoris»** (место наименьшего сопротивления).

Продромальные явления: жжение, покалывание, зуд.

Высыпания:

- **сгруппированные пузырьки** размером **1,5–2 мм** на фоне эритемы
- содержимое **прозрачное** → **мутнеет** → иногда становится **геморрагическим**
- чаще — **единичный очаг** из **3–5** сгруппированных пузырьков
- после вскрытия — **болезненные эрозии** с **фестончатыми очертаниями**, мягким

гиперемизированным основанием, гладкой влажной поверхностью

- при вторичном инфицировании — **поверхностная язвочка** с отёком по периферии
- **регионарный лимфаденит** (*умеренно болезненные лимфоузлы*)
- после эпителизации — **медленно разрешающаяся гиперпигментация**
- при локализации на коже — содержимое сохнет в **корочки**

Системные проявления: эзофагит, гастрит, бронхит, пневмония, поражение **щитовидной железы** и др. Совпадение по времени высыпаний и системных жалоб может свидетельствовать о **системном поражении**.

Неврологические нарушения (*часто без кожных проявлений*): полирадикулопатия, ганглионеврит, менингоэнцефалит, поперечный миелит, рецидивирующий лимфоцитарный менингит (*менингит Моллара*).

Особенности клинических форм

Герпетический стоматит (ГС)

Поражение **слизистой оболочки полости рта** с высыпаниями и эрозиями в области **языка, внутренней поверхности губ, дёсен, щёк, твёрдого и мягкого нёба**.

- **инкубационный период** — 1–8 дней
- **отёк, гиперемия, сгруппированные везикулы** → **полициклические эрозии**

- **гингивит** (гиперемия, боль, кровоточивость дёсен)
- **обильная саливация** с повышением вязкости слюны
- на коже перiorальной зоны — **пузырьки, эрозии, корочки**
- **регионарные подчелюстные лимфоузлы** увеличены, болезненны
- при **среднетяжёлой** и **тяжёлой** формах — **двустороннее** воспаление подчелюстных и шейных лимфоузлов
- **лимфаденит** может предшествовать высыпаниям и сохраняться **7–10** дней после эпителизации
- жалобы: **болезненность, дискомфорт при приёме пищи, неприятный запах изо рта**
- ГС — **самолимитирующее** заболевание (самопроизвольно ограничивающееся)

Герпетический везикулярный дерматит (ГВД)

Хроническое рецидивирующее поражение любого участка кожи и слизистых вне генитальной локализации.

- **мелкие сгруппированные пузырьки** на гиперемизированном отёчном основании
- после вскрытия — **эрозии** с полициклическими краями, иногда сливающиеся в более крупный очаг
- **зуд, жжение, боль**
- у ряда больных — **повышение температуры, увеличение регионарных лимфоузлов**

Висцеральная форма ПГ

Поражение **внутренних органов**:

- **лёгкие** — бронхит, трахеобронхит, пневмония, пневмонит
- **пищевод** — эзофагит
- **печень** — гепатит (*обратимое повышение печёночных ферментов*)
- **сердце** — миокардит
- **коагулопатии**

Лихорадка, лейкопения и гепатит — общие признаки **диссеминированного** заболевания. Пневмонит наиболее часто встречается у реципиентов трансплантации **сердца и лёгких**.

Герпетический энцефалит

ВПГ вызывают **менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты, менингоэнцефалорадикулиты, невриты**, поражения **бульбарных нервов**. ВПГ-2 чаще вызывает **менингит** у взрослых (*особенно рецидивирующий*) и **менингоэнцефалит** у иммунокомпрометированных лиц.

Ключевые факты:

- энцефалит чаще развивается в результате **активации латентного вируса**
- в **95%** случаев возбудитель — **ВПГ-1**
- в **1/3** случаев при поражении ЦНС **кожных проявлений нет**
- во время беременности — чаще в конце **2-го** и начале **3-го** триместра

4 периода течения энцефалита:

Период	Длительность
1. Инфекционных проявлений (до неврологических нарушений)	1–30 сут.
2. Неврологических нарушений	1–50 сут.
3. Реконвалесценции	1–12 мес.
4. Остаточных явлений	(постоянные)

Клиническая картина:

- **острое начало** — повышение температуры, общеинфекционные проявления, **слабость, головная боль, тошнота/рвота**, респираторные симптомы
- температура **38–39 °С и выше**; лихорадочный период — в среднем **12** дней
- **нарушение сознания** (спутанность, оглушённость, дезориентация) — у большинства; **кома** — у **12%**
- **эпилептические припадки** (тонические и клонические судороги) — у **>50%**; у **1/3** — заболевание начинается с **судорожного синдрома**
- **психические расстройства** — у **80%**; у **20%** — заболевание начинается с психических нарушений
- **галлюцинации** (чаще зрительные), **афазии**, **немотивированные поступки**
- **двигательные нарушения** (центральные параличи и парезы) — у **1/3**
- **поражение черепных нервов** (глазодвигательного, лицевого)
- **менингеальный синдром** (гиперестезия, светобоязнь, ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского) — у **1/3**

- изменения в **спинномозговой жидкости** — у **90%**: клетки **6–1600** в 1 мкл, белок **0,4–9,9** г/л

Прогноз:

- без лечения — быстрое прогрессирование с **отёком мозга**, разрушением ствола → **смерть** в течение **7–14** дней
- летальность без лечения — **>50%**
- у **2/3** выживших — **психоневрологические осложнения** и отдалённые последствия

2. Диагностика заболевания

Критерии установления диагноза

Диагноз ПГ у взрослых устанавливается на основании:

- **жалоб**
- **данных анамнеза**
- **физикального обследования**
- **лабораторных и, в ряде случаев, специальных методов обследования**

Диагностика направлена на определение **нозологии**, **клинической формы**, **тяжести состояния**, выявление **осложнений** и **показаний к лечению**.

У пациентов с **типичной манифестной локализованной формой** диагноз устанавливается на основании **клинической картины**.

2.1 Жалобы и анамнез

Жалобы зависят от **клинической формы** ПГ и **локализации** процесса (см. раздел 1.6).

При сборе анамнеза рекомендуется обратить внимание на:

- **Эпизоды высыпаний с характерной повторяющейся локализацией** (*«locus minoris»*) — на красной кайме губ, вокруг рта, крыльях носа, в полости рта, на кистях и др.
- **Зуд, жжение, покалывание, боль** в области высыпаний
- **Симптомы интоксикации:** усталость, слабость, недомогание, снижение работоспособности, раздражительность, нарушение сна
- **Подъём температуры**
- **Болезненность/увеличение** региональных лимфоузлов

Длительность заболевания и проводимое лечение:

- выявить **длительность** заболевания
- **проводимое ранее лечение** и его **эффективность**
- **факторы**, препятствующие немедленному началу лечения или требующие коррекции:
 - **непереносимость** лекарственных препаратов
 - **неадекватное психоэмоциональное состояние** пациента
 - **отказ** от лечения

Сопутствующие заболевания и состояния:

- выявить **сопутствующие заболевания** или иные состояния (*например, беременность*)
- определить **факторы риска** тяжёлого и осложнённого течения:
 - **угрожающие жизни** острые состояния/заболевания

- **обострение хронических заболеваний**, требующие привлечения профильных специалистов

Эпидемиологический анамнез:

- **близкий бытовой контакт** с членами семьи, имеющими **типичные** или **атипичные** формы ПГ

У иммунокомпрометированных пациентов

(серонегативных и серопозитивных к ВПГ) из группы **высокого риска**:

- проведение **гемотрансфузии, трансплантации** органов и тканей, **стволовых клеток** и др. в течение последних **6 месяцев**

2.2 Физикальное обследование

Общий осмотр с оценкой:

- **общего состояния**
- **системных проявлений**
- **изменений кожных покровов и видимых слизистых:**

- **цвет** (*гиперемия, бледность, цианоз*)
- **влажность, отёчность**
- **инъекция сосудов склер**
- **высыпания** (*везикулы, эрозии, язвы*)

(С использованием шпателя/зонда определяют состояние надгортанника, текстуру и плотность поверхности, наличие пятен и характер дефектов слизистой полости рта. Обращают внимание на локализацию, величину, глубину патологических изменений, болезненность, интенсивность

слюноотделения. На коже — очаги из сгруппированных, реже сливающихся пузырьков с прозрачным содержимым, эрозивно-язвенные элементы. Возможно поражение слизистой глаза — покраснение, слезоточивость, светобоязнь, снижение остроты зрения.)

Пальпация лимфоузлов головы, шеи, паховой области:

- определение **болезненности** и **размеров**
- выявление синдрома **лимфаденопатии**

(Исследование проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области. Позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного процессов.)

При подозрении на вовлечение ЦНС или периферической нервной системы — физикальный осмотр врача-инфекциониста для выявления:

- **общемозговой** и/или **очаговой** симптоматики
- **менингеальных знаков** (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского, Бехтерева и др.)
- **асимметричные парезы** черепных нервов
- **нистагм**
- **дезориентация** в месте и во времени
- **сомноленция** (патологическая сонливость) или **психомоторное возбуждение**
- **тремор** рук, **парез/паралич** конечностей
- **псевдобульбарные расстройства** (нарушение дыхания — бради- или тахипноэ, по типу Чейна-Стокса и др.)

(Физикальное исследование позволяет выявить патологию ЦНС или периферической нервной системы на фоне текущего или недавно возникшего лихорадочного заболевания: изменение поведения и личности со снижением интеллектуальных функций, нарушение сознания — спутанность, дезориентация, психомоторное возбуждение, сопор, кома; онемение, парестезии, боли, парезы и параличи, нарушение стволовых функций, тазовые нарушения, генерализованные судороги, психические расстройства.)

(Тяжесть церебрального повреждения коррелирует с оценкой по **шкале Глазго** (Glasgow Coma Scale, GCS) — международно признанному инструменту объективной оценки уровня сознания при инфекциях ЦНС. Баллы позволяют отслеживать динамику и принимать решения о интубации, нейровизуализации или переводе в ОРИТ.)

(У лиц с подозрением на ВПГ-энцефалит признаки **неспецифичны**: умеренная пирексия, нарушения речи (дисфазия, афазия), изменения в поведении, которые могут быть ошибочно приняты за психическое заболевание или последствия токсического действия алкоголя.)

Оценка жизненно важных показателей:

- частота дыхания
- артериальное давление
- частота сердцебиения, пульс
- термометрия

(Для определения степени тяжести заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний.)

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Лабораторные исследования показаны для:

- **верификации диагноза** (при атипичных, стёртых, торпидных, бессимптомных формах, в т. ч. при иммуносупрессии)
- **дифференциальной диагностики**
- **изменения тактики лечения**

2.3.1 Неспецифическая лабораторная диагностика

Общий (клинический) анализ крови (ОАК), общий (клинический) анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови (БОАК) — по клиническим показаниям, при подозрении на **тяжёлое** или **осложнённое** течение, при подозрении на вовлечение **ЦНС** или **периферической нервной системы**.

*(При вирусных инфекциях в ОАК характерны **лейкопения** или **нормоцитоз**, увеличение доли **лимфоцитов** и **моноцитов**. Однако возможны изменения по бактериальному типу — **лейкоцитоз**, сдвиг формулы **влево**, ускорение **СОЭ**. Высокие лейкоциты и сдвиг влево свидетельствуют о высоком риске осложнений и требуют коррекции терапии, включая антибактериальную.)*

ОАК при герпетическом стоматите *(в зависимости от тяжести)*: возможны **лейкопения**, увеличение **палочкоядерных нейтрофилов**, ускорение **СОЭ**.

ОАМ:

- при **неосложнённом** течении — патологических изменений **нет**
- при **выраженной лихорадке** и интоксикации — **транзиторные** *(временные, исчезающие при нормализации температуры)*: повышение плотности мочи, лейкоцитурия, протеинурия, цилиндрурия
- при **тяжёлом** герпетическом стоматите — **альбуминурия, цилиндрурия, микрогематурия**

БХАК:

- при **неосложнённом** течении — патологических изменений **нет**
- при **гепатите** герпесвирусной этиологии — повышение **общего билирубина** *(за счёт прямой фракции)*, активности **АлАТ, АсАТ, ЩФ**
- при **тяжёлой форме** герпетического стоматита — повышение **креатинина и мочевины**

Исследование кислотно-основного состояния и газов крови — при **дыхательной и церебральной недостаточности**, при подозрении на вовлечение **ЦНС**:

Показатель	Обозначение
Парциальное давление кислорода	PaO ₂
Уровень углекислого газа	PaCO ₂
Уровень водородных ионов	pH

Показатель	Обозначение
Уровень кислорода крови	pO ₂
Насыщение гемоглобина кислородом	SO ₂
Уровень бикарбоната	HCO ₃ ⁻
Уровень молочной кислоты	(лактат)

(Для комплексной оценки степени тяжести, диагностики осложнений, неотложных состояний и обострения хронических заболеваний.)

2.3.2 Специфическая лабораторная диагностика

Показана пациентам с подозрением на ПГ или установленным диагнозом ПГ (на амбулаторном этапе — по клинико-эпидемиологическим показаниям, в стационаре — всем) для установления этиологии или дифференциальной диагностики.

Молекулярно-биологические методы (ПЦР)

Определение ДНК ВПГ-1 и ВПГ-2 (*Herpes simplex virus types 1, 2*) методом ПЦР — качественное и количественное исследование в следующих биологических материалах:

Биологический материал	Качественное	Количественное
Кровь	✓	✓
Везикулярная жидкость, соскобы с высыпаний на слизистых и коже	✓	✓
Слюна	✓	✓

Биологический материал	Качественное	Количественное
Моча	✓	✓

(Биологический материал выбирается в зависимости от клинической картины и данных анамнеза; следует учитывать возможное многоочаговое инфицирование.)

ПЦР в соскобах со слизистых полости рта и в отделяемом везикул и эрозий — метод выбора.

Количественная ПЦР в реальном времени — ценность: диагностика, выявление показаний к супрессивной терапии, оценка **эффективности** лечения.

Особое значение ПЦР:

- при **первичном инфицировании** в стадии «серологического окна» *(до начала синтеза антител)* — выявление ДНК в крови как **единственный маркер** активной репликации
- при **асимптомном герпесе** *(нет клиники, но больные выделяют вирус и инфицируют партнёров)*
- для **дифференциальной диагностики ВПГ-1 и ВПГ-2**

При низкой эффективности ПВТ в анамнезе — определение **вирусной нагрузки** *(количественная ПЦР)* для исключения **мутаций лекарственной устойчивости** к противовирусным препаратам из группы **нуклеозиды и нуклеотиды** *(код АТХ: J05AB)*.

(На чувствительность исследования влияют ингибирующие факторы — строгие требования к

взятию материала, хранению/транспортировке и режиму работы лаборатории для исключения контаминации.)

Вирусологический метод (выделение вируса на культурах клеток) — в ряде случаев для подтверждения этиологии и **определения чувствительности** к противовирусным препаратам.

Серологические методы (ИФА)

Определение антител к **ВПГ-1 и ВПГ-2** (*Herpes simplex virus types 1, 2*) методом **ИФА** — показано:

- при подозрении на ПГ и **отрицательных** результатах ПЦР
- при **невозможности** проведения ПЦР
- при **рецидивирующем ПГ** с атипичной клинической картиной

Исследование	Показания
IgM к ВПГ-1/2 (качественное/количественное)	Активность процесса
IgG к ВПГ-1/2 (общий)	Наличие инфицирования
IgG к ВПГ-1 (раздельно)	Типоспецифическая диагностика
IgG к ВПГ-2 (раздельно)	Типоспецифическая диагностика

IgM — **наибольшее диагностическое значение** как показатель **активности процесса** (*острое заболевание, реинфекция, суперинфекция, реактивация*). Однако при **типичном** течении ПГ IgM выявляются **редко** — в **3–6%** случаев.

Лабораторный критерий подтверждения диагноза — нарастание титра IgG в 4 и более раз в течение 10–14 дней (метод парных сывороток).

(Определение авидности IgG несёт низкую информационную нагрузку: реактивация при клинически выраженных случаях сопровождается наличием высокоавидных антител.)

Серодиагностика показана при обследовании половых партнёров, один из которых серонегативен. При **дискордантных** результатах — консультирование о снижении риска передачи вируса.

У реципиентов органов и тканей — определение серостатуса (IgG к ВПГ-1/2) до трансплантации для стратификации риска.

Исследование спинномозговой жидкости (СМЖ)

Показано при **общемозговой** и/или **очаговой неврологической симптоматике** или при подозрении на **воспалительное поражение головного мозга**.

Общий и биохимический анализ СМЖ:

Показатель	Что определяет
Цитоз (подсчёт клеток в счётной камере)	Количество клеток, в т. ч. эритроцитов
Белок	Уровень общего белка
Глюкоза	Уровень глюкозы
Хлориды	Уровень хлоридов
Лактат	Уровень молочной кислоты

(При подозрении на ВПГ-энцефалит в СМЖ возможно выявление повышенного белка, лимфоцитарного или смешанного плеоцитоза, ксантохромии, примеси эритроцитов. Примерно у 5–10% взрослых с доказанным ВПГ-энцефалитом исходные показатели ликвора могут быть нормальными. ВПГ-энцефалит может быть геморрагическим — количество эритроцитов повышено примерно в 50% случаев.)

ПЦР СМЖ — «золотой стандарт» диагностики ВПГ-энцефалита/менингита/менингоэнцефалита:

- чувствительность — 98%
- специфичность — 100%

(У 5–10% взрослых с доказанным ВПГ-энцефалитом результаты первичного исследования СМЖ методом ПЦР могут быть отрицательными в первые несколько дней заболевания. Рекомендуется повторять исследование через 3–7 дней при недиагностированных случаях с клиническими или нейровизуализационными признаками. Результаты ПЦР могут оставаться положительными в течение как минимум 5 дней после начала терапии ацикловиром.)

Серологическое исследование СМЖ — определение IgM и IgG к ВПГ-1/2 методом ИФА (качественное и количественное).

(Антитела в СМЖ выявляются на несколько дней позже, чем в крови. Индекс специфичности антител $\geq 1,5$ обычно достигается через 7–10 дней после появления симптомов.)

(Дальнейшие исследования СМЖ (ИФА и/или ПЦР) могут быть направлены на выявление иных бактериальных и вирусных возбудителей заболеваний ЦНС в зависимости от эпидемиологических факторов — возраст, профессия, география, сезон, контакт с животными, сексуальные контакты, вакцинация — и клинических данных.)

(ПГ — хронический процесс без элиминации вируса, поэтому контроль излеченности нецелесообразен.)

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не рекомендовано при частоте рецидивов ≤ 2 раз в год и типичной манифестной локализованной форме.

Рекомендовано при:

- подозрении на **поражение внутренних органов, ЦНС** герпесвирусной этиологии
- проведении **дифференциальной диагностики** при наличии жалоб **без высыпаний**
- **тяжёлом** или **диссеминированном** течении
- поражении **ЦНС** с общемозговой/очаговой симптоматикой, **судорогами**, признаками **внутричерепной гипертензии**

Спинномозговая пункция

(Важное исследование при подозрении на энцефалит — для подтверждения диагноза и

исключения других причин. Проводится при подозрении на поражение головного мозга: изменённое психическое состояние, бессознательное состояние, сонливость, судороги, спутанность сознания, сильная слабость или паралич, наличие менингеальных или очаговых симптомов.)

Противопоказания:

- прогрессирующий отёк головного мозга
- дислокационный синдром
- геморрагический синдром (или высокий риск его развития)

(При повышенном внутричерепном давлении немедленная пункция невозможна — возможно начало терапии ацикловиром до её проведения.)

Нейровизуализация

Метод	Цель
КТ головного мозга	Определение степени поражения, тактики лечения
МРТ головного мозга	Определение степени поражения, тактики лечения

(Дифференциальная диагностика, в т. ч. при отсутствии высыпаний, с опухолью мозга, сосудистыми изменениями. Очаги некроза — чаще в лобно-височной области с 5–7-го дня заболевания. При герпетическом энцефалите — уменьшение плотности ткани в височных долях, расширение желудочков, смещение центральных структур. КТ и

МРТ важны, но недостаточны для постановки этиологического диагноза.)

Инструментальные исследования при висцеральных поражениях

Метод	Показание
ЭКГ	Контроль состояния сердца <i>(специфических признаков нет)</i>
Рентгенография органов грудной клетки	Подозрение на поражение лёгких
УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства	Подозрение на поражение печени, селезёнки, почек, лимфоузлов
Эзофагогастроскопия	Подозрение на герпетический эзофагит (<i>визуализация типичных эрозий слизистой пищевода</i>)

2.5 Иные диагностические исследования

Консультации врачей-специалистов

Специалист	Показание
Невролог	Осложнённые формы ПГ с поражением ЦНС, коморбидная патология, торпидность терапии
Офтальмолог	Поражение органов зрения, оценка внутричерепной гипертензии и отёка мозга
Стоматолог-терапевт	Патология полости рта
Дерматовенеролог	Высыпания в аногенитальной области

Специалист	Показание
Акушер-гинеколог	Вовлечение органов малого таза, ведение беременности
Уролог	Вовлечение почек, мочевого пузыря
Гематолог	Выраженные гематологические изменения
Аллерголог-иммунолог	Частота рецидивов >6 раз в год (оценка иммунного статуса)
Анестезиолог-реаниматолог	Жизнеугрожающие состояния, прогрессирование общемозговой и очаговой симптоматики (перевод в ОРИТ)

(Диагностические трудности возникают в продромальном периоде ПГ, когда нет высыпаний, но есть интоксикация и лихорадка; при тяжёлых и осложнённых формах без характерных высыпаний; при атипичных формах. Ранние проявления следует дифференцировать с инсультом, стенокардией, инфарктом, плевритом, холециститом, панкреатитом и др.)

Обследование на ВИЧ-инфекцию

Показано:

- **часто рецидивирующий ПГ** (в т. ч. с язвенно-некротическими проявлениями), устойчивый к общепринятой терапии
- **энцефалит** или подозрение на энцефалит

Метод	Что определяется
ИФА	Антитела IgM, IgG к ВИЧ-1 и ВИЧ-2
ПЦР	РНК ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в плазме крови

(ПГ рассматривается как СПИД-индикаторное заболевание. С 1988 г. включён в расширенное определение случаев, подлежащих эпиднадзору по поводу СПИДа.)

(У пациентов с подозрением на энцефалит ВИЧ следует учитывать по трём причинам: 1) наиболее частое неврологическое проявление первичной ВИЧ-инфекции — острый самоограничивающийся менингоэнцефалит; 2) при недиагностированном прогрессирующем ВИЧ возможны инфекции ЦНС, вызванные токсоплазмой, цитомегаловирусом, пневмоцистой и др.; 3) ВПГ (особенно ВПГ-2) часто встречается у пациентов с ВИЧ и вызывает необычные проявления, такие как хронический энцефалит.)

(Обследование проводится на основании добровольного согласия лица или его законного представителя (СанПиН 3.3686-21, раздел 6).)

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Показанием к лечению является верифицированный диагноз «простой герпес».

При формулировке диагноза учитывают нозологическую форму, клиническую форму, степень тяжести, период болезни и приводят обоснование (клинические, лабораторные, инструментальные данные и результаты специальных методов исследования). При наличии

осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается **отдельной строкой**:

Осложнение:

Сопутствующее заболевание:

Принципы лечения

Задачи лечения:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса
- достижение **стойкой ремиссии**
- профилактика **осложнений**
- профилактика **рецидивов**

Лечение ПГ должно быть **комплексным** — направленным на:

- угнетение репликации ВПГ
- повышение иммунореактивности организма
- снижение частоты рецидивов

Факторы, влияющие на выбор тактики лечения:

- **период заболевания** (*первичный эпизод или рецидив*)
- **тяжесть** заболевания
- **клиническая форма**
- ведущие клинические проявления и особенности течения с учётом признаков **иммунодефицита** (*истощение, тяжёлая сопутствующая патология, пожилой возраст, беременность*)
- **возраст** больного
- наличие и характер **осложнений**
- **доступность** и возможность выполнения лечения

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Этиотропная (противовирусная) терапия

Цели лечения:

- **подавление репликации** вируса
- **снижение тяжести и продолжительности** болезни
- **предотвращение** развития осложнений

Подходы к противовирусной терапии:

- лечение **первичного эпизода**
- **эпизодическая** терапия
- **превентивная** терапия (для предупреждения осложнений)
- **супрессивная** терапия
- лечение в стадии **ремиссии**

Пациентам с первичным эпизодом или рецидивом ПГ требуется назначение противовирусных препаратов **системного действия** (код АТХ: J05) для минимизации осложнений и сокращения сроков заболевания.

(Противовирусная терапия должна быть начата на ранних сроках до получения результатов вирусологического исследования, носить эмпирический характер с учётом индивидуальных клинических проявлений. Целесообразность назначения конкретного препарата определяется врачом индивидуально.)

Препараты выбора — из группы **нуклеозиды и нуклеотиды**, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (код АТХ: J05AB).

(Терапию рекомендуется начинать при появлении **первых признаков** поражения кожи и слизистых — зуд, жжение, покраснение. При рецидивирующем герпесе — желательно в **продромальном периоде** или в самом начале рецидива.)

Эпизодическая терапия

Первичный клинический эпизод ПГ — перорально одним из препаратов:

Препарат	Доза	Кратность	Длительность
Ацикловир	200 мг	5 раз в сутки	7–10 дней
Валацикловир	500 мг	2 раза в сутки	7–10 дней
Фамцикловир	250 мг	3 раза в сутки	7–10 дней

(Ацикловир входит в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на **2024 год**.)

Рецидив ПГ — перорально одним из препаратов:

Препарат	Доза	Кратность	Длительность
Ацикловир	200 мг	5 раз в сутки	5 дней
Валацикловир	500 мг	2 раза в сутки	5 дней
Фамцикловир	250 мг	3 раза в сутки	5 дней

Внутривенная терапия

Показана при **тяжёлом** или **диссеминированном** течении, **поражении ЦНС** (общемозговая/очаговая симптоматика, судороги), поражении **внутренних органов**.

Ацикловир, лиофилизат для приготовления раствора для инфузий — **препарат выбора**.

*(Применение не следует откладывать до установления диагноза, но следует пересмотреть по результатам лабораторных исследований. Для приготовления раствора содержимое флакона **250 мг** разводят в **10 мл** раствора натрия хлорида **0,9%**. Вводят в виде **медленной внутривенной инфузии** в течение **1 часа**.)*

Показание	Доза	Кратность	Курс
Инфекция, вызванная ВПГ (кроме энцефалита)	5 мг/кг	каждые 8 часов	5 дней (с возможностью продления)
Тяжёлые инфекции ВПГ-1/2	5–10 мг/кг	каждые 8 часов	до разрешения или до 14–21 дня с последующим переходом на пероральный приём
Герпетический энцефалит	10 мг/кг	каждые 8 часов	14 дней (в ряде случаев до 21 дня)

*(Ацикловир **10 мг/кг** и более каждые 8 часов улучшает исход у взрослых с ВПГ-энцефалитом, снижая смертность не менее чем на **20–30%**; у пациентов без противовирусной терапии смертность превышает **70%**. Стандартное лечение может быть дополнено **поддерживающей терапией** для уменьшения и предотвращения отёка мозга. Курс продлевается, если при повторном исследовании СМЖ выявлено продолжающееся присутствие ДНК ВПГ. Прекращение терапии следует рассматривать только после*

установления альтернативного диагноза или получения отрицательного результата ПЦР СМЖ.
)

(Доза должна быть снижена у пациентов с **почечной недостаточностью, ожирением, особенно в пожилом возрасте. Следует поддерживать надлежащий уровень гидратации.**
)

У реципиентов трансплантации с подозрением на висцеральное распространение ПГ (*энцефалит или пневмонит*) — ацикловир **10 мг/кг** каждые **8 часов** внутривенно. Профилактическое применение — в среднем от **5 дней** до трансплантации до **30 дней** после.

Профилактическая (превентивная / супрессивная) терапия

Показана при:

- **частых рецидивах** ПГ — **более 6 раз** в год
- **«монотонном»** типе заболевания
- **тяжёлом** течении
- **низкой эффективности** эпизодической терапии
- **высоком риске** развития активной инфекции

Препарат	Доза	Кратность
Ацикловир	400 мг	2 раза в сутки
Валацикловир	500 мг	1 раз в сутки
Валацикловир	500 мг	2 раза в сутки
Валацикловир	1 г в сутки	(при рецидивах 10 и более в год)

Препарат	Доза	Кратность
Фамцикловир	250 мг	2 раза в сутки

(Перед началом — **ПЦР-подтверждение ВПГ-инфекции**. Следует учитывать желание пациента соблюдать схему. После курса — **перерыв** для оценки течения. Эффективность оценивают как минимум по **двум рецидивам**.)

(Превентивная терапия ацикловиром/валацикловиром показана также **иммунокомпрометированным** пациентам на фоне химиотерапии, трансплантации органов и тканей.)

Превентивная терапия после манипуляций

Пациентам с **часто рецидивирующим ПГ** в анамнезе — после манипуляций, нарушающих целостность кожи и слизистых и/или связанных с воздействием на чувствительные нервные волокна:

Препарат	Доза	Кратность	Длительность
Ацикловир	200 мг	5 раз в сутки	10 дней
Валацикловир	500 мг	1 раз в сутки	10 дней
Фамцикловир	250 мг	2 раза в сутки	10 дней

Интерферонотерапия

При **низкой эффективности** или **противопоказаниях** к нуклеозидам/нуклеотидам — в комплексной терапии препараты группы **Интерферонов** (код АТХ: L03AB).

(Возможны различные пути введения — внутримышечно, ректально, вагинально, наружно.)

Интерферон альфа (код АТХ: L03AB):

Форма	Содержание	Схема
Суппозитории ректальные (Интерферон альфа-2b + альфа-токоферола ацетат + аскорбиновая кислота)	1 000 000 МЕ	По 1 супп. 2 раза в сутки через 12 часов, ежедневно, 10 суток и более
Гель для местного/наружного применения	36 000 МЕ	0,5 см геля на поражённую поверхность 3–5 раз в день, 5–6 дней (с возможным продлением)
Суппозитории вагинальные/ректальные (Интерферон альфа-2b + натрия гиалуронат)	50 000 МЕ	По 1 супп. 2 раза в сутки через 12 часов, 10 суток и более

(У беременных применение суппозиториев 500 000 МЕ разрешено со 2-го триместра. Гиалуроновая кислота обеспечивает равномерное и пролонгированное поступление интерферона в кровь.)

Дополнительные противовирусные и иммуностимулирующие препараты

При низкой эффективности нуклеозидов/нуклеотидов в сочетании с

интерферонами или при противопоказаниях — в схемах комплексной терапии:

Картофеля побегов сумма полисахаридов

Другие противовирусные препараты (код АТХ: J05AX).

- **противовирусная** активность (в т. ч. ВПГ-1/-2), **иммуномодулирующее, противовоспалительное, анальгезирующее** действие
- **повышает неспецифическую резистентность**, индуцирует синтез интерферона

Форма	Схема
Раствор для внутривенного введения 0,04 мг/мл	Внутривенно струйно медленно по 5,0 мл , курс 2–3 инъекции с интервалом 48 или 24 ч ; повтор через 1 месяц
Суппозитории ректальные 200 мкг	По 1 свече на ночь: 3 кратно в 1-ю неделю (интервал 48 ч), 2 кратно во 2-ю неделю (интервал 72 ч)
Гель для местного/наружного применения	(доступно при инфекционно-воспалительных заболеваниях кожи/слизистых)

Оксодигидроакридинилацетат натрия

Другие иммуностимуляторы (код АТХ: L03AX).

- **противовирусный** (ДНК- и РНК-геномные вирусы), **иммуномодулирующий**, противоопухолевый, антипротозойный, антибактериальный эффекты

Схема: внутримышечно по **250 мг (4–6 мг/кг)**, курс **5–7 инъекций** в течение **9–13 дней** с интервалом **48**

часов; при необходимости — до **500 мг** с интервалом **18–36 часов**.

Меглюмина акридонацетат

*Другие иммуностимуляторы (код АТХ: L03AX).
Низкомолекулярный индуктор интерферонов-α и -γ.*

- **противовирусное (РНК- и ДНК-содержащие вирусы), иммуномодулирующее, противовоспалительное действие**
- **проникает через гематоэнцефалический барьер**
- **совместим** и хорошо сочетается с нуклеозидами/нуклеотидами и интерферонами *(усиливает их действие)*

Форма	Схема
Раствор для в/в или в/м введения	По 250 мг (1 ампула) 1 раз в сутки с интервалом 48 ч , курс 10 инъекций
Таблетки 150 мг	По 450–600 мг (3–4 табл.) 1 раз в сутки на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14-е сутки

(Не входят в перечень ЛС, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике ПГ.)

Вакциноterapia

Показана пациентам с **верифицированными частыми рецидивами (более 6 раз в год)**, **тяжёлым** течением, **«монотонным»** типом или **низкой эффективностью** эпизодической/супрессивной терапии — в периоде **стойкой ремиссии**.

(Группа АТХ: J05BX — другие вакцины для профилактики вирусных инфекций. Цель — коррекция и/или формирование адекватного иммунного ответа, его длительное сохранение для блокировки реактивации ВПГ и предупреждения рецидивов.)

Условия и схема введения:

Параметр	Значение
Срок начала	Не ранее чем через 10 дней после полного исчезновения клинических проявлений
Способ	Внутрикожно , область сгибательной поверхности предплечья
Разовая доза	0,2 мл (контроль — образование «лимонной корочки»)
Базовый курс	5 инъекций, 1 раз в 7 дней
Ревакцинация	Через 6 месяцев — 5 инъекций

(При осложнённой герпетической инфекции (рецидивы **1 и более раз** в месяц) — **2-я и последующие** инъекции с интервалом **10 дней**. При появлении высыпаний промежутки между инъекциями увеличиваются **в 2 раза**.)

(Не входит в перечень ЛС, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике ПГ.)

Ведение беременных женщин с ПГ

Противовирусная терапия при тяжёлом/осложнённом/диссеминированном течении

Независимо от триместра беременности — перорально одним из препаратов:

Препарат	Доза	Кратность	Первый эпизод	Рецидив
Ацикловир	200 мг	4 раза в день	10 дней	5 дней
Валацикловир	500 мг	2 раза в день	10 дней	5 дней

Супрессивная терапия для профилактики неонатального герпеса

С 36–38 недели беременности — внутрь:

- **Ацикловир по 200 мг 4 раза в сутки в течение 2–3 недель до родоразрешения**

(Значительно снижает частоту клинических проявлений и выделение вируса, уменьшая риск вертикальной передачи инфекции.)

Иммуноглобулинотерапия

Иммуноглобулин человека нормальный (код АТХ: J06BA) — показан:

- при **первом клиническом эпизоде ПГ с тяжёлым/осложнённым/диссеминированным течением в I, II триместре или за 2 недели до родов**
- при **рецидивах ПГ с тяжёлым/осложнённым/диссеминированным течением**

Путь введения	Схема
Внутримышечно	По 3 мл каждые 3 дня, 5 инъекций
Внутривенно капельно	По 25 мл на 200 мл натрия хлорида 0,9%, 3 раза в неделю через день (в течение беременности — 3 курса)

(Иммуноглобулин содержит антитела к ВПГ-1/-2 и антитела разных классов к ряду других микроорганизмов. Применение возможно при лечении беременных с частыми и тяжёлыми обострениями ПГ на фоне **лабораторно диагностированного иммунодефицита**, при хронической рецидивирующей герпетической инфекции и **антифосфолипидном синдроме** для профилактики плацентарной недостаточности и синдрома потери плода. Вводят по 3 внутривенных капельных введения через день в дозе 25 мл от 3 до 6 раз за беременность (1–2 раза в триместр).)

Интерферонотерапия у беременных

Интерферон альфа-2b (500 000 ME), суппозитории ректальные — со II триместра (с 14 недели гестации):

Период	Схема
Со II триместра	По 1 свече 2 раза в день (каждые 12 часов) ректально, 5–10 дней; 2 курса с перерывом 5 суток
Перед родоразрешением (с 38 недели)	По 1 супп. 500 000 ME 2 раза в сутки (каждые 12 часов) ежедневно, 10 суток

Местное лечение у беременных

При наличии клинических проявлений ПГ на коже и слизистых — местное применение **противовирусных препаратов, антисептиков и дезинфицирующих средств** (код АТХ: D08AX), в т. ч. для туширования очага — в качестве **дополнительного лечения**.

3.1.2 Патогенетическая и симптоматическая терапия

Симптоматическая терапия

Задачи симптоматических средств:

- **купирование** воспалительных и токсических проявлений
- **предупреждение** развития осложнений

Дезинтоксикационная и метаболическая терапия — при **тяжёлом, осложнённом, диссеминированном** течении, поражении **внутренних органов** или **ЦНС** с выраженной общей интоксикацией.

(Объём дезинтоксикационной терапии зависит от степени тяжести пациента. Метаболическая терапия влияет на обмен веществ в организме.)

Витамины (код АТХ: A11) и **минеральные добавки** — для повышения **естественной резистентности** организма:

Препарат	Код АТХ
Аскорбиновая кислота (в т. ч. комбинации)	A11GA
Витамин А	A11CA
Витамины группы В	A11EA

Препарат	Код АТХ
Другие витаминные препараты	A11HA

(Следует избегать полипрагмазии (назначения чрезмерного количества препаратов).)

Местная терапия — в качестве **дополнительной**:

Группа	Формы	Цель
Противовирусные (<i>мази, кремы</i>)	Ацикловир** мазь 5%	Угнетение репликации вируса
Антисептики и дезинфицирующие (<i>код АТХ: D08</i>)	Гели, растворы, спреи	Профилактика вторичной инфекции
Протеолитические ферменты (<i>код АТХ: D03BA</i>)	Растворы	Очищение эрозивно-язвенных поверхностей
Смягчающие и защитные (<i>код АТХ: D02AX</i>)	Масла, гели	Ускорение заживления , защита раневой поверхности

*(Местная терапия **не заменяет** системную противовирусную терапию. При герпетическом стоматите — в виде полосканий, инсуффляций, таблеток и пастилок для рассасывания.)*

Антисептики и дезинфицирующие средства:

Препарат	Концентрация	Код АТХ
Хлоргексидин	0,5%, 0,2%, 0,05%, 0,02% (<i>раствор</i>); 0,05% (<i>спрей</i>)	D08A C

Препарат	Концентрация	Код АТХ
Водорода пероксид	Раствор для местного/наружного применения	D08AX
Бензилдиметил[3-(миристоиламино)пропил]аммоний хлорид моногидрат	0,01% раствор	D08AJ

*(При назначении местных антисептиков, особенно для полости рта, следует учитывать возможность **аллергических реакций** и индивидуальной непереносимости.)*

Протеолитические ферменты — при герпетическом стоматите:

Препарат	Концентрация	Код АТХ
Трипсин	0,1% раствор	D03BA01
Химотрипсин	0,1% раствор	D03BA

Схема: аппликации **2 раза** в день на **10 минут**, в течение **7 дней**.

(Для удаления некротизированных тканей, очистки слизистой от налёта фибрина, получения противовоспалительного, противоотёчного эффектов, стимуляции регенерации и повышения фагоцитоза.)

3.2 Хирургическое лечение

Не проводится.

3.3 Иное лечение

Обезболивание и антипиретики

При температуре выше 38,0 °C — препараты групп «другие анальгетики и антипиретики» и «анальгетики», не влияющие на эффективность терапии.

(Могут быть назначены производные пропионовой кислоты, анилиды, производные уксусной кислоты и родственные соединения.)

Местное обезболивание — при поражении слизистой полости рта с болевым симптомом, **перед едой**:

- **Лидокаин** гель **2%** — для снижения/купирования болевого симптома

(Препараты из группы «Другие препараты для местного лечения заболеваний полости рта».)

Десенсибилизирующая терапия

При зуде, жжении, аллергической реакции на препараты:

- **Хлоропирамин** — по **1 таблетке 3–4 раза** в день (75–100 мг в сутки), курс до **5 дней**

(Антигистаминные средства системного действия обеспечивают десенсибилизацию и уменьшают выраженность токсико-аллергических реакций и системной интоксикации.)

Диетотерапия

- у большинства больных ПГ не применяется
- **исключение** — больные герпетическим стоматитом (ГС)

Показание	Рекомендации
ГС	Рациональное питание: мягкая, тёплая, не раздражающая, термически обработанная пища; исключение кислых фруктов и цитрусовых (<i>усиливают раздражение слизистой</i>)
Тяжёлые/осложнённые формы с поражением ЦНС	Энтеральное/зондовое питание для нутритивной поддержки
Боль у пациентов с ГС	Обезболивание слизистой перед едой с помощью местных анестетиков (<i>гель</i>)

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

Показана пациентам с **тяжёлым** или **осложнённым** течением, с поражением **ЦНС** — по направлению профильных специалистов.

Принципы реабилитации:

- **раннее начало** — в периоде разгара или ранней реконвалесценции
- **комплексный характер** — с участием различных специалистов (*при поражении ЦНС — врач-*

невролог, врач физической и реабилитационной медицины)

- применение нескольких технологий:
медикаментозная терапия, физиотерапевтические методики, управление эмоциональным статусом
- **последовательность, преемственность, непрерывность** на различных этапах
- методы воздействия, адекватные **адаптационным и резервным возможностям** пациента

(Реабилитация проводится в соответствии с Приказом МЗ РФ от 29.12.2012 № 1705н. Цель реабилитации должна быть специализирована, количественно измеряема, достижима и учитывать индивидуальные требования пациента.)

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

5.1 Неспецифическая профилактика

Гигиеническое воспитание населения:

- санитарно-просветительская работа в **школах, подростковых центрах, женских консультациях, центрах планирования семьи**
- соблюдение **личной гигиены**
- исключение **случайных сексуальных контактов**
- использование **презервативов** и средств индивидуальной профилактики с непостоянными партнёрами
- **барьерные методы** контрацепции при всех видах сексуальных отношений **во время беременности**

- **отказ** от сексуальных отношений во время рецидива ПГ (*если партнёр не инфицирован*)

Консультирование женщин фертильного возраста, серонегативных по ВПГ:

- источники и пути инфицирования
- меры профилактики (*исключение случайных контактов, барьерная контрацепция*)
- риски и последствия передачи вируса **во время беременности, родов и в послеродовом периоде**

Консультирование беременных с доказанным инфицированием ВПГ:

- риски и последствия передачи вируса **ребёнку** в зависимости от периода беременности

(Выявление беременных высокого риска: тщательный сбор анамнеза, клиническое обследование родовых путей, промежности и вульвы, вирусологическое подтверждение генитальных поражений у всех женщин, планирующих беременность.)

Выявление факторов риска у пациентов с рецидивирующим ПГ:

- контроль/устранение факторов, провоцирующих рецидив
- своевременная **санация очагов инфекции**
- лечение **сопутствующих заболеваний**
- коррекция **иммунитета, гормонального статуса**

Проверка донорского материала — при гемотрансфузии или трансплантации у

серонегативных иммунокомпрометированных пациентов из группы **высокого риска**:

- препараты крови и компоненты
- донорские органы и ткани
- костный мозг

(Проверка на наличие маркеров ВПГ-1/-2.)

5.2 Специфическая профилактика рецидивов ПГ

5.2.1 С применением противовирусных препаратов системного действия

(Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы)

Показана пациентам с **часто рецидивирующим ПГ** — с целью **замедления** или **предотвращения** прогрессирования заболевания и **снижения риска передачи** вируса серонегативному партнёру.

Ключевые принципы:

- **полное специфическое лечение** первичного эпизода *(адекватно пролеченный первичный эпизод менее склонен к рецидивированию)*
- **супрессивная** противовирусная терапия для предупреждения рецидивов

Профилактика заражения серонегативного партнёра:

- **Валацикловир 500 мг 1 раз в день в течение 12 месяцев** при регулярных половых контактах

5.2.2 С применением иммунной терапии

Показана при:

- **верифицированном хроническом часто рецидивирующем ПГ (более 6 раз в год)**
- **тяжёлом** или **«монотонном»** типе течения
- **низкой эффективности** или **отказе** от супрессивной терапии
- **противопоказаниях** к нуклеозидам/нуклеотидам

Вакцина для профилактики герпетических инфекций (код АТХ: J07BX) — на основе репродуктивных и иммунологически компетентных штаммов **ВПГ-1** и **ВПГ-2**.

(Цель: предупреждение или облегчение течения хронической рецидивирующей инфекции, активация клеточного иммунитета, иммунокоррекция в фазе ремиссии.)

Параметр	Значение
Срок начала	Только в стадии ремиссии , не ранее чем через 10 дней после исчезновения клинических проявлений
Способ	Внутрикожно , внутренняя поверхность предплечья
Разовая доза	0,2 мл (контроль — образование «лимонной корочки»)
Базовый курс	5 инъекций с интервалом 7 дней
Осложнённая инфекция (рецидивы 1 и более раз в месяц)	2-я и последующие инъекции — интервал 10 дней

Параметр	Значение
При появлении высыпаний	Промежутки между инъекциями увеличить в 2 раза

*(Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц **не организуются.**)*

5.3 Диспансерное наблюдение

Категория пациентов	Диспансерное наблюдение
Лёгкие и/или неосложнённые формы ПГ	Не устанавливается
Тяжёлые и/или осложнённые формы, ПГ с поражением нервной системы	Подлежат диспансерному наблюдению

(Диспансерное наблюдение и лечение проводится в отделении (кабинете) инфекционных заболеваний медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, или в структурных подразделениях инфекционных больниц, оказывающих амбулаторную помощь.)

(Диспансерное наблюдение за пациентами с поражением нервной системы проводят совместно врач-инфекционист и врач-невролог.)

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь организуется и оказывается:

1. в соответствии с **положением об организации оказания медицинской помощи** по видам
2. в соответствии с **Порядком оказания медицинской помощи** взрослым больным инфекционными заболеваниями (*Приказ МЗ РФ от 31.01.2012 № 69н*)
3. на основе **настоящих клинических рекомендаций**
4. с учётом **стандартов медицинской помощи**

Условия оказания медицинских услуг

Формы медицинской помощи:

- экстренная
- неотложная
- плановая

Виды медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная
- скорая, в т. ч. скорая специализированная
- специализированная, в т. ч. высокотехнологичная

Условия оказания помощи взрослым больным ПГ:

Условие	Характеристика
Амбулаторно	Без круглосуточного медицинского наблюдения и лечения
Стационарно	С круглосуточным медицинским наблюдением и лечением

Амбулаторное звено

Первичная доврачебная помощь — в фельдшерско-акушерских пунктах.

Первичная врачебная помощь (при подозрении на ПГ или лёгкой степени, не требующей стационара) — оказывается:

- **врачами-терапевтами**
- **врачами-терапевтами участковыми**
- **врачами общей практики (семейными врачами)**
- **врачами-специалистами**

(Проводят комплекс лечебно-диагностических мероприятий, в т. ч. направленных на установление возбудителя.)

Первичная специализированная помощь — при наличии **медицинских показаний** (осложнений заболевания и/или лечения) — направление на консультацию в **отделение (кабинет) инфекционных заболеваний** медицинской организации.

(Осуществляется врачом-инфекционистом в амбулаторных условиях.)

Стационарное звено

Специализированная медицинская помощь — в:

- инфекционных отделениях **многопрофильных больниц**
- **инфекционных больницах**

(Включает диагностику, лечение с использованием специальных методов (сложных медицинских технологий) и медицинскую реабилитацию.)

Показания к госпитализации:

- **тяжёлое и среднетяжёлое** течение
- **невозможность** установить диагноз в амбулаторных условиях
- необходимость **дополнительных лабораторных и инструментальных** методов для дифференциальной диагностики
- **отсутствие клинического эффекта** от амбулаторной терапии

(Лечение в стационаре осуществляется по направлению врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача общей практики, врача скорой помощи, врача-инфекциониста или врачей-специалистов, выявивших ПГ.)

Жизнеугрожающие острые состояния (инфекционно-токсический, гиповолемический шок, отёк-набухание головного мозга, острая почечная/печёночная/сердечно-сосудистая/дыхательная недостаточность):

Условия	Где оказывается
Вне медицинской организации	Бригады (в т. ч. реанимационные) скорой медицинской помощи
В стационаре	Боксы, палаты (блоки) интенсивной терапии, реанимационные отделения многопрофильной или инфекционной больницы

(С соблюдением установленных санитарно-противоэпидемических норм.)

Сопутствующие заболевания и беременность:

- помощь больным ПГ в сочетании с заболеваниями других органов — с учётом рекомендаций **врачей-специалистов** соответствующего профиля *(неврологов, офтальмологов, акушеров-гинекологов, урологов, гастроэнтерологов и др.)*
- помощь **беременным** — с учётом рекомендаций **врача акушера-гинеколога**

Факторы, влияющие на тактику лечения:

- **возраст** пациента
- наличие и характер **сопутствующих заболеваний**
- **клиническая форма** болезни
- характер течения *(динамика нарастания симптомов)*
- **тяжесть** заболевания
- наличие и характер **осложнений**

Рекомендации по условиям лечения

Форма ПГ	Условия лечения
Лёгкая, среднетяжёлая, неосложнённая	Амбулаторно <i>(в большинстве случаев)</i>
Тяжёлая, осложнённая, диссеминированная	Госпитализация в инфекционные отделения

(При безуспешности амбулаторного лечения или невозможности его проведения — вопрос о госпитализации для улучшения исхода.)

Пересмотр тактики ведения — при появлении признаков **прогрессирующего** или **осложнённого** течения, несмотря на стандартную терапию:

1. появление **новых высыпаний** или симптомов **генерализованной** формы

2. симптомы осложнений со стороны **ЦНС** (*изменённое психическое состояние, бессознательное состояние, сонливость, судороги, спутанность сознания, сильная слабость или паралич*)
3. подтверждение **вторичной бактериальной инфекции** (*сохранение высокой температуры и других симптомов более 3 дней*)

Выписка — при:

- **улучшении** клинической картины
- **отсутствии угрозы** жизни и здоровью пациента

7. Дополнительная информация

Прогноз и факторы исхода

Прогноз при ПГ при условии адекватного лечения — в большинстве случаев **благоприятный**.

Факторы, определяющие исход заболевания:

- **первичный или вторичный иммунодефицит**
- факторы, оказывающие **супрессорное влияние** на иммунную систему (*ВИЧ-инфекция, злокачественные новообразования, трансплантация, приём иммунодепрессантов*)
- **микст-инфицирование** другими вирусами семейства **Orthoherpesviridae**, ВИЧ и др.
- **соматическая патология**
- факторы, вызывающие **реактивацию ВПГ** (*психоэмоциональное напряжение, резкая смена климата, ультрафиолетовое облучение, гормональные сдвиги, беременность*)
- присоединение **инфекционных осложнений**

- **алиментарная дистрофия**, несбалансированное питание, **алкоголизм**
- **отказ** от проведения терапии
- **отсутствие** или **неадекватное лечение** — высокая вероятность осложнений, включая **генерализованные**

7.1 Простой герпес у реципиентов солидных органов и костного мозга, пациентов с онкогематологическими заболеваниями

У пациентов с **трансплантацией** органов и тканей, **гематологическими заболеваниями** на фоне или после курсов **химиотерапии** возможна активация как **эндогенной**, так и **приобретённой** герпесвирусной инфекции.

Факторы, увеличивающие частоту реактивации ВПГ:

- **возраст**
- клинико-лабораторные признаки **иммунодефицита** (*агранулоцитоз и/или гипогаммаглобулинемия*)
- **тяжесть состояния**, требующая перевода в реанимационное отделение

Частота развития ПГ без профилактики: 25–70%

пациентов после трансплантации солидных органов (*почки, печени, лёгких*) и костного мозга, при онкогематологических заболеваниях.

Варианты ПГ у пациентов:

Вариант	Описание	Частота развития заболевания
Подтверждённая репликация ВПГ без симптомов	—	40% пациентов
Подтверждённая репликация ВПГ с симптомами	Лихорадка, лейкопения/лимфопения без органических поражений или тяжёлая форма с вирусным поражением органов	—

*(Клинически выраженная ВПГ-инфекция обычно развивается в первые **6 месяцев** (чаще в **1-й месяц**) после трансплантации — везикулёзные высыпания на губах и слизистой полости рта, персистирующие более **1–2 недель**. Реже — аногенитальные поражения, конъюнктивит, кератит, язва роговицы, пневмония, генерализованные формы.)*

Три основных варианта ПГ:

Вариант	Серологический статус	Частота
Первичная инфекция (D+R–)	Донор серопозитивен, реципиент серонегативен	40–60%
Реактивация (D–R+)	Донор серонегативен, реципиент серопозитивен	10–15%
Суперинфекция (D+R+)	Оба серопозитивны, активный ВПГ донорского происхождения	20–30%

«Прямые» и «непрямые» эффекты ВПГ:

(«Прямые» — органичные поражения. «Непрямые» — реализуются при длительно сохраняющемся невысоком уровне вирусной нагрузки.)

«Непрямые» эффекты:

Тип	Эффекты
Трансплантат-специфические	Острое отторжение трансплантата; хроническая нефропатия аллотрансплантата и/или потеря ренального трансплантата; ускоренный возврат вирусного гепатита после трансплантации печени; васкулопатия трансплантата
Общие (повышение риска)	Другие вирусные инфекции; бактериальные инфекции; грибковые инфекции; посттрансплантационные лимфопролиферативные заболевания; летальность

Факторы риска ВПГ-инфекции после трансплантации почки:

- **серологический статус** донора и реципиента (наиболее высокий риск — ***D+/R-; D+/R+ и D-R+*** также не исключают развития ГИ)
- **повышение интенсивности иммуносупрессии** (высокие концентрации иммунодепрессантов — код АТХ: L04, в т. ч. ингибиторы кальциневрина: циклоспорин, такролимус; микофеноловая кислота; индукционная иммуносупрессия или лечение криза отторжения)
- **тяжёлые сопутствующие заболевания**
- **выраженное снижение количества лейкоцитов** периферической крови

Сроки наибольшего риска:

- наивысший риск — первые **6 месяцев** после трансплантации
- возможны эпизоды поздней инфекции — через **6–12 месяцев** и даже через несколько лет (*особенно после окончания плановой анти-ВПГ профилактики, на фоне других инфекционных осложнений, при лечении отторжения*)

Диагностика до и после трансплантации:

- определение **IgG к ВПГ** у донора и реципиента до трансплантации
- при отрицательном результате у реципиента — **повторное** исследование во время трансплантации
- при **сомнительных** результатах — результат донора считается **положительным**
- **количественная ПЦР** — метод **выбора** для диагностики, принятия решения о превентивной терапии, мониторинга ответа на лечение
- **культуральное исследование** — при отрицательном результате ПЦР
- **бессимптомная экскреция вируса не требует лечения**

*(Если титры специфических антител не нарастают в течение **2 недель** или не определяются — существует угроза развития генерализованной ВПГ-инфекции.)*

*(Интерпретация вызывает затруднения, если доноры и реципиенты получали гемотрансфузии в течение последних **6 месяцев**.)*

Стратегии предупреждения ПГ

Стратегия	Описание
Превентивная (упреждающая) терапия	Регулярный мониторинг (1 раз в неделю) уровня ДНК ВПГ в крови методом количественной ПЦР и немедленное назначение лечения при обнаружении большого числа копий
Комбинированная (гибридная)	Сочетание профилактики с последующей превентивной терапией

Профилактика — назначение этиотропного противовирусного препарата системного действия в течение **первых месяцев** после трансплантации всем реципиентам из группы **высокого риска**.

(Профилактика снижает риск других герпетических инфекций (ЦМВ, Varicella-zoster, ВЭБ, ВГЧ-6), бактериальных и протозойных инфекций, а также риск смерти от любой причины. Преимущества: высокая эффективность, влияние на «непрямые» эффекты, простота применения.)

Препараты для профилактики:

- **внутривенное введение ацикловира**
 - **пероральное введение ацикловира или валацикловира**
- (Дозы корректируют в соответствии со скоростью клубочковой фильтрации — особенно важно при трансплантации почек (отсроченная или неоптимальная функция аллотрансплантата). Внутривенное введение должно быть **медленным** (болюсное может вызывать кристаллизацию в почечных канальцах). При гемодиализе удаляется*

около **60%** ацикловира. Продолжительность зависит от вирусологического статуса и вида трансплантации.)

Вторичная профилактика при лечении **острого отторжения** (особенно при использовании иммунодепрессантов — код АТХ: L04A):

- **внутривенное** введение **ацикловира** с последующим переходом на **пероральное** (ацикловир или валацикловир)
- продолжительность — **3–12 недель**

Приложение В. Информация для пациента

Простой герпес (ПГ) — одно из наиболее распространённых инфекционных заболеваний человека. Возбудитель — **вирус простого герпеса (ВПГ)**, 2 серотипа: **ВПГ-1** и **ВПГ-2**.

ПГ — антропонозная инфекция. Источник — люди с явными, стёртыми или бессимптомными формами заболевания и **вирусоносители**.

Вирус содержится в биологических жидкостях: слюна, моча, кровь, семенная жидкость, секрет шейки матки, грудное молоко.

Пути передачи: воздушно-капельный, половой, контактно-бытовой, антенатальный (от матери к ребёнку), при трансплантации органов и тканей.

(Инфицирование может быть как **врождённым**, так и **приобретённым**. После первичного инфицирования **полной элиминации** вируса из организма не происходит.)

Клинические особенности:

- наиболее часто — поражения **слизистых и кожных покровов** различной локализации (*губы, крылья носа, носовые ходы, подбородок, щёки, полость рта*)
- типичное проявление — **сгруппированные везикулы** с прозрачным серозным содержимым на фоне ограниченного отёка и гиперемии
- **предвестники**: жжение, зуд, болезненность в месте будущих высыпаний
- **системные симптомы**: повышение температуры, головная боль, слабость, миалгии, регионарный лимфаденит
- у **30–70%** инфицированных — **субклиническая** или **атипичная** форма
- при снижении иммунореактивности (*трансплантация, онкология, ВИЧ*) — **генерализованные** или **диссеминированные** формы с необычными проявлениями, длительным и тяжёлым течением

Опасность при беременности: особенно при **первичном** инфицировании в период вынашивания — высокая вероятность инфицирования плода (*нет антител, способных нейтрализовать вирус*).

Возможно инфицирование **при рождении** и **при кормлении грудью**.

Лечение:

- **показание** — наличие **клинических проявлений** заболевания
- наличие **антител** в крови **не является** показанием для терапии

- назначать лекарства должен **врач**,
самостоятельная терапия **недопустима**

Основные противовирусные препараты (нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы): **ацикловир, валацикловир, фамцикловир.**

*(Вмешиваются в процессы размножения вируса. Главное условие эффективности — **своевременность**: лечение необходимо начинать в **продромальном периоде** или в **первые 2–3 суток** рецидива. Ни один препарат **не приводит к эрадикации** ВПГ из организма и **не всегда** влияет на частоту и тяжесть рецидивов.)*

Дополнительные методы терапии:

- препараты группы **интерферона (ИФН)** — активация естественного иммунитета, системы цитокинов, фагоцитоза
- **вакцины** для профилактики вирусных инфекций — в фазу **ремиссии**, для коррекции иммунитета, прекращения вирусемии, специфической десенсибилизации

*(В большинстве случаев больные лечатся **амбулаторно**, при тяжёлом течении и осложнениях — в **стационаре**. Рецидивирующий ПГ меняет образ жизни: необходимо следить за иммунитетом, не переохлаждаться, принимать витамины, заниматься физкультурой, вести здоровый образ жизни.)*

(При впервые выявленном заболевании — не стесняйтесь задавать вопросы лечащему врачу. Вы

не обязаны информировать окружающих об инфицировании ВПГ, но должны стремиться избежать заражения других людей.)

09.2026 - Шип Степан Александрович - для личного пользования