

Некоммерческое партнерство
«Национальное научное общество инфекционистов»

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПРОСТОЙ ГЕРПЕС У ВЗРОСЛЫХ

*Утверждены решением
Пленума правления Национального научного
общества инфекционистов
30 октября 2014 года*

2014

«Простой герпес у взрослых»

Клинические рекомендации

Рассмотрены и рекомендованы к утверждению Профильной комиссией по инфекционным болезням Минздрава России на заседании 25 марта 2014 года.

Члены Профильной комиссии:

Шестакова И.В. (г. Москва), Малышев Н.А. (г. Москва), Лебедев В.В. (Южный Федеральный округ), Сологуб Т.В. (Северо-Западный федеральный округ), Агафонов В.М. (Архангельская область), Авдеева М.Г. (г. Краснодар), Александров И.В. (Новгородская область), Альбогачиева Э.И. (Республика Ингушетия), Амбалов Ю.М. (г. Ростов-на-Дону), Аршба Т.Е. (Астраханская область), Афиногенова Л.А. (Республика Бурятия), Баташева И.И. (Ростовская область), Беляева Н.М. (г. Москва), Берова Р.М. (Республика Кабардино-Балкария), Блохина Н.П. (г. Москва), Бородкина О.Д. (Кемеровская область), Валишин Д.А. (Республика Башкортостан), Веселова Е.В. (Забайкальский край), Волчкова Е.В. (г. Москва), Городин В.Н. (Краснодарский край), Давудова И.В. (Камчатский край), Дагаева Р.М. (Чеченская Республика), Девянин О.А. (Курская область), Дегтярева А.А. (Республика Крым), Дьяченко И.И. (Удмуртская Республика), Емельянова О.Н. (Еврейская автономная область), Ермолова Л.А. (г. Ростов-на-Дону), Ефимов С.В. (Чувашская Республика), Жаров М.А. (г. Майкоп), Жданов К.В. (г. Санкт-Петербург), Збровская Н.М. (Республика Карелия), Зиньковская С.В. (Чукотский автономный округ), Зубаров П.Г. (Нижегородская область), Иванов И.Б. (Калининградская область), Иванова М.Р. (Республика Кабардино-Балкария), Имкенова Л.Н. (Республика Калмыкия), Иоанниди Е.А. (Волгоградская область), Каримов И.З. (Республика Крым, г. Симферополь), Катков В.В. (Республика Коми), Катаныхова Л.Л. (Ханты-Мансийский автономный округ - Югра), Катырин В.И. (Орловская область), Кашуба Э.А. (Уральский Федеральный округ), Киселева Л.М. (г. Ульяновск), Ковширина Ю.В. (Томская область), Кожевникова Г.М. (г. Москва), Козлова В.И. (Рязанская область), Корочкина О.В. (Приволжский федеральный округ), Коссобудский М.Ю. (Мурманская область), Кравченко И.Э. (Республика Татарстан), Кузнецова А.В. (Хабаровский край), Кузьменко Е.В. (Магаданская область), Куприянова А.В. (г. Севастополь), Кушакова Т.А. (Республика Марий Эл), Латышева И.Б. (Ленинградская область), Малеев В.В. (г. Москва), Мануева Я.Н. (Тверская область), Мартынов В.А. (г. Рязань), Масалев В.В. (Пермский край), Мельцова И.Д. (Республика Карачаево-Черкессия), Микушева Е.А. (Ненецкий автономный округ), Миронова Н.И. (Саратовская область), Михеева Р.Л. (Белгородская область), Молочный В.П. (Дальневосточный Федеральный округ), Монастырский А.А. (Воронежская область), Морозов Е.Н. (г. Москва), Намитокоев Х.А. (Республика Адыгея), Наумова Л.М. (г. Пермь), Никифоров В.В. (г. Москва), Нурмухаметова Е.А. (г. Москва), Орлов М.Д. (Тюменская область), Отараева Б.И. (г. Владикавказ), Павелкина В.Ф. (Республика Мордовия), Пантюхова Р.А. (Тульская область), Платко Г.П. (Республика Хакасия), Подгорочная Т.Н. (Вологодская область), Позднякова Л.Л. (Новосибирская область), Притулина Ю.Г. (г. Воронеж), Прусс В.Ф. (Оренбургская область), Пшеничная Н.Ю. (г. Ростов-на-Дону), Рау Н.Ю. (Республика Алтай), Рахманова А.Г. (г. Санкт-Петербург), Савинова Г.А. (Ульяновская область), Сагалова О.И. (Челябинская область), Санникова И.В. (Ставропольский край), Сарыглар А.А. (Республика Тыва), Сафонов А.Д. (Омская область), Сивачева И.Л. (Псковская область), Симакова А.И. (Приморский край), Ситников И.Г. (г. Ярославль), Слепцова С.С. (Республика Саха (Якутия), Суздальцев А.А. (Самарская область), Таланова Н.М. (Костромская область), Тихомолова Е.Г. (Кировская область), Тихонова Е.П. (Красноярский край), Тихонова Н.Н. (Республика Саха (Якутия), Томилка Г.С. (Хабаровский край), Трагира И.Н. (Брянская область), Тхакушинова Н.Х. (Краснодарский край), Федорищев В.В. (Ямало-Ненецкий автономный округ), Фомина Т.В. (Курганская область),

Хабудаев В.А. (Иркутская область), Чернова Т.Ф. (Пензенская область), Чесноков А.Т. (Липецкая область), Шевченко В.В. (Алтайский край), Шипилов М.В. (Смоленская область), Шошин А.А. (Ярославская область), Штундер И.П. (Калужская область), Эсауленко Е.В. (г. Санкт-Петербург), Ющук Н.Д. (г. Москва), Якушева Г.М. (Сахалинская область).

Утверждены решением Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 года.

Члены Правления Некоммерческого партнерства "Национальное научное общество инфекционистов":

Покровский В.И., Аитов К.А., Покровский В.В., Волжанин В.М., Беляева Н.М., Шестакова И.В., Анохин В.А., Сологуб Т.В., Кожевникова Г. М., Лебедев В.В., Ситников И.Г., Малышев Н.А., Горелов А.В., Учайкин В.Ф.

Приглашенные лица: Усенко Д.В., Феклисова Л.В., Мартынов В.А.

Предисловие

Разработан:	ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ
Внесен:	ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского» Минздрава России
Принят и введен в действие:	Утвержден на заседании Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 года
Введен впервые:	2015 г.
Отредактирован:	

Код протокола

91500.	11.	B00 B00.0 B00.1 B00.2 B00.3+ (G02.0*) B00.4+ (G05.1*) B00.5+ (H13.1*, H03.1*, H22.0*, 19.1*) B00.7 B00.8 (K77.*0) B00.9 A60 A60.0 +(N77.0-N77.1*), + (N51.-*) A60.1 A60.9 P35.2	01	-	2014	

91500.	Код отрасли здравоохранения по ОКОНХ
11.	Группа нормативных документов в системе стандартизации в отрасли, согласно «Основным положениям стандартизации здравоохранения»
B00 B00.0 B00.1 B00.2 B00.3+ (G02.0*) B00.4+ (G05.1*) B00.5+ (H13.1*, H03.1*, H22.0*, 19.1*) B00.7 B00.8 (K77.*0) B00.9 A60 A60.0 +(N77.0-N77.1*), + (N51.-*) A60.1 A60.9	Код класса протокола для нозологических форм (синдромов) принимает значение от A00.0 до Z99.9 (соответственно четырехзначной рубрикации МКБ-10), а для клинических ситуаций — в порядке их классифицирования

P35.2	
01	Порядковый номер варианта протокола принимает значение от 01 до 99
2014	Год утверждения протокола принимает значения 20XX

Кодирование вновь создающихся клинических рекомендаций (протокола лечения) происходит таким образом, что внесение дополнений не требует изменения кодов уже существующих протоколов лечения. Порядковое значение этих кодов достаточно для проведения разработки и добавления новых протоколов и пересмотра существующих.

Содержание

1	Область применения	8
2	Нормативные ссылки	8
3	Термины, определения и сокращения	9
4	Общие положения	11
4.1	Определения и понятия	15
4.2	Этиология и патогенез	16
4.3	Классификация и клиническая картина	21
4.4	Общие подходы к диагностике	47
4.5	Клиническая дифференциальная диагностика характера проявления синдрома	49
4.6	Эпидемиологическая диагностика	52
4.7	Лабораторная диагностика	52
4.8	Инструментальная диагностика	56
4.9	Специальная диагностика	57
4.10	Обоснование и формулировка диагноза	57
4.11	Лечение	57
4.12	Реабилитация	65
4.13	Диспансерное наблюдение	65
	Заключение. Тактика врача при разных формах простого герпеса	67
4.14	Общие подходы к профилактике	81
4.15	Организация оказания медицинской помощи больным	82
5	Характеристика требований	83
5.1	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная доврачебная медико-санитарная помощь больным простым герпесом легкой степени тяжести)	83
5.1.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	83
5.1.2	Требования к диагностике в амбулаторных условиях	83
5.1.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	84
5.1.4	Требование к лечению в амбулаторных условиях	84
5.1.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях	84
5.1.6	Требования к лекарственной помощи в амбулаторных условиях	84
5.1.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях	86
5.1.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	86
5.1.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	86
5.1.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным	87

	процедурам	
5.1.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	87
5.1.12	Возможные исходы и их характеристика	87
5.2	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная амбулаторно-поликлиническая помощь больным простым герпесом легкой степени тяжести)	87
5.2.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	88
5.2.2	Требования к диагностике в амбулаторных условиях	88
5.2.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	93
5.2.4	Требования к лечению в амбулаторных условиях	93
5.2.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях	
5.2.6	Требование к лекарственной помощи в амбулаторных условиях	94
5.2.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях	95
5.2.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	95
5.2.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	95
5.2.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	96
5.2.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	96
5.2.12	Возможные исходы и их характеристика	97
5.3	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная медико-санитарная помощь больным простым герпесом среднетяжелой формы, стационарозамещающая)	97
5.3.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	97
5.3.2	Требования к диагностике	98
5.3.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	101
5.3.4	Требования к лечению	103
5.3.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи	103
5.3.6	Требование к лекарственной помощи	103
5.3.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств	104
5.3.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	104
5.3.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	105
5.3.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	105
5.3.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	105
5.3.12	Возможные исходы и их характеристика	105
5.4	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медико-санитарная помощь больным простым герпесом среднетяжелой формы, стационарозамещающая/стационарная)	106
5.4.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	106
5.4.2	Требования к диагностике	106
5.4.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	111
5.4.4	Требования к лечению	112

5.4.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи	112
5.4.6	Требования к лекарственной помощи	112
5.4.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств	114
5.4.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации	114
5.4.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	114
5.4.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	115
5.4.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	115
5.4.12	Возможные исходы и их характеристика	115
5.5	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь больным простым герпесом в среднетяжелой/тяжелой форме, стационарная)	115
5.5.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	115
5.5.2	Требования к диагностике в стационарных условиях	115
5.5.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	120
5.5.4	Требования к лечению в стационарных условиях	122
5.5.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в стационарных условиях	122
5.5.6	Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях	122
5.5.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях	125
5.5.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации	125
5.5.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	125
5.5.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	126
5.5.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	126
5.5.12	Возможные исходы и их характеристика	126
6	Графическое, схематическое представления протокола лечения больных	126
7	Мониторинг протокола лечения больных	126
8	Экспертиза проекта протокола лечения больных	127
9	Приложения	127
10	Библиография	128

Введение

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Простой герпес у взрослых»
разработаны:

Фамилии, имена, отчества разработчиков	Место работы с указанием занимаемой должности, ученой степени и звания	Адрес места работы с указанием почтового индекса	Рабочий телефон с указанием кода города
Алимбарова Людмила Михайловна	ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ, кандидат медицинских наук	123098, г. Москва, ул. Гамалеи, 16	+7(499)190-30-40
Баринский Игорь Феликсович	ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор	123098, г. Москва, ул. Гамалеи, 16	+7(499)190-30-40
Шестакова Ирина Викторовна	Главный внештатный специалист по инфекционным болезням Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" Минздрава России	105275, г. Москва, 8-я ул. Соколиной горы, д. 15, корп. АБК	+7(495)365-60-39

1. Область применения

Протокол лечения больных «Простой герпес у взрослых» предназначен для применения в медицинских организациях Российской Федерации.

2. Нормативные ссылки

В Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);

Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 января 2012 г. N 69н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях" (не вступил в силу), зарегистрирован в Минюсте РФ 4 апреля 2012 г., регистрационный N 23726;

Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрирован в Минюсте 24 января 2012, регистрационный №23010;

Приказ Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г., регистрационный №18247;

Приказ Минздрава России от 29 декабря 2012 г. № 1629н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи»;

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1/3.2.1379-03 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней»;

Приказ Минздрава РФ от 5 августа 2003 г. N 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями);

Международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра (МКБ-10) (Всемирная Организация Здравоохранения, 1994);

Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения. Издание официальное. Москва, Стандартинформ, 2014.

3. Термины, определения и сокращения

В документе применяются термины в интерпретации, делающей их однозначными для восприятия медицинскими работниками. Для целей настоящего нормативного документа используются следующие термины, определения и сокращения:

Клинические рекомендации (протокол лечения)	Нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.
Модель пациента	Сконструированное описание объекта (заболевание, синдром, клиническая ситуация), регламентирующее совокупность клинических или ситуационных характеристик, выполненное на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на исход и значимых причинно-следственных связей, определяющее возможность и необходимость описания технологии оказания медицинской помощи.
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, общими подходами к лечению и коррекции состояния.
Заболевание	Возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;
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.
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	Критерии, определяющие степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.
Исходы заболеваний	Медицинские и биологические последствия заболевания.
Последствия (результаты)	Исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.
Осложнение заболевания	Присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; - развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.
Состояние	Изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.
Клиническая ситуация	Случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.
Синдром	Состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.
Симптом	Любой признак болезни, доступный для определению независимо от метода, который для этого применялся
Пациент	Физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.
Медицинское вмешательство	Выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;
Медицинская услуга	Медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;
Качество медицинской помощи	Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов

	профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.
Физиологический процесс	Взаимосвязанная совокупная деятельность различных клеток, тканей, органов или систем органов (совокупность функций), направленная на удовлетворение жизненно важной потребности всего организма.
Функция органа, ткани, клетки или группы клеток	Составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.
Формулярные статьи на лекарственные препараты	Фрагмент протоколов ведения больных, содержащий сведения о применяемых при определенном заболевании (синдроме) лекарственных препаратах, схемах, и особенностях их назначения.
В тексте документа используются следующие сокращения:	
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ОМС	Обязательное медицинское страхование граждан
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
ПМУ	Простая медицинская услуга
ОК ПМУ	Отраслевой классификатор "Простые медицинские услуги"
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
ОКОНХ	Общероссийский классификатор отраслей народного хозяйства
ФЗ	Федеральный закон

4. Общие положения

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Простой герпес у взрослых» разработан для решения следующих задач:

проверки на соответствие установленным Протоколом требований при проведении процедуры лицензирования медицинской организации;

установление единых требований к порядку диагностики, лечения, реабилитации и профилактики больных простым герпесом;

унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным простым герпесом;

обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации;

разработка стандартов медицинской помощи и обоснования затрат на ее оказание;

обоснования программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению;

проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи объективными методами и планирования мероприятий по его совершенствованию;

выбора оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного больного;

защиты прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Область распространения клинических рекомендаций (протокола лечения) "Простой герпес у взрослых" - медицинские организации вне зависимости от их форм собственности.

Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE, электронную библиотеку (www.e-library.ru). Глубина поиска составляла 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

Консенсус экспертов;

Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Таблица 1

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

обзоры опубликованных мета-анализов;

систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

Таблица 2

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	группа доказательств, включающая результаты исследований оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства, из исследований, оцененных, как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points — GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

При наличии отечественных данных по эффективности затрат на анализируемые вмешательства в рекомендованных для селекции/сбора доказательств базах данных, они учитывались при принятии решения о возможности рекомендовать их использование в клинической практике.

Метод валидации рекомендаций:

внешняя экспертная оценка;
внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии в предварительной версии на VI Ежегодном Всероссийском конгрессе по инфекционным болезням – 24-26 марта 2014 года и на заседании Профильной комиссии по специальности «инфекционные болезни» Минздрава РФ 25 марта 2014 г. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте Национального Научного Общества Инфекционистов (<http://nnoi.ru>) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

Ведение протокола:

Ведение протокола «Простой герпес у взрослых» осуществляется ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ.

Система ведения предусматривает взаимодействие ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ со всеми заинтересованными организациями.

4.1 Определения и понятия

Под герпетическими инфекциями (ГИ) понимают болезни, характеризующиеся одиночными или сгруппированными везикулярными высыпаниями величиной 1-4 мм на коже и/или слизистых оболочках на отечно-эритематозном основании, протекающие с поражением внутренних органов.

«Простой герпес» – широко распространенное инфекционное заболевание кожи и слизистых оболочек, возникающее в результате инфицирования вирусами простого герпеса 1-/2- антигенных типов, относящихся к семейству *Herpesviridae*, характеризующееся разнообразием клинических проявлений и хроническим течением с тенденцией к прогрессированию.

Структура заболеваемости

Источник инфекции - больные люди и вирусоносители.

Общее количество больных с хроническими формами офтальмогерпеса, кожными и генитальными формами заболевания, герпетическими стоматитами в России приближается к 20 млн. Согласно данным ВОЗ, смертность от герпетических энцефалитов и диссеминированных форм болезни (15,8%) занимает второе место после гриппа (35,8%) среди всех вирусных инфекций.

По данным сероэпидемиологических исследований показатель выявления антител ВПГ-1, ВПГ-2 составляет от 70 до 90% и более. Инфицированность населения зависит от социально-экономического уровня жизни, бытовых традиций различных этнических групп. При герпетической инфекции клинические формы заболевания развиваются у 10–15%, маосимптомные формы - у 10%, бессимптомная секреция вируса регистрируется – у 5%, редкоболеющие и лица без эпизодов герпеса в анамнезе составляют до 70%.

Генитальный герпес занимает второе место среди вирусных ИППП после папилломавирусной инфекции. Больных генитальным герпесом в России около 8 миллионов. Около трети женщин детородного возраста инфицированы ВПГ-2.

Частота регистрации неонатального герпеса за последние 30 лет возросла в 4 раза. При первичном генитальном герпесе во время беременности - 50% детей, а при рецидивах герпеса только 5% детей рождаются с признаками очагового или генерализованного герпеса. Частота неонатального герпеса, по разным данным, составляет от 1:2500 до 1:60 000. Проявления неонатального герпеса выражены в различной степени. Самая низкая степень классифицируется как локализованная форма с поражением кожи, глаз и рта (20-40 % случаев неонатального герпеса, без лечения у 50-70% новорожденных может перейти в генерализованную форму или в энцефалит, часто имеет рецидивирующее течение на 1-м году жизни). Более отягощенной формой является поражение ЦНС - герпетический энцефалит (около 30% неонатального герпеса, начало клинических признаков - на 2-3-й неделе жизни, у 40-60% больных отсутствуют специфические высыпания на коже и слизистых оболочках). При развитии энцефалита летальность составляет 50%, у выживших детей велик риск развития дальнейших нарушений со стороны ЦНС. Наилучший прогноз наблюдается при локализованной форме, только 7% детей страдают в дальнейшем от неврологических и других осложнений. И третья, самая тяжелая форма - диссеминированное заболевание с вовлечением многих органов, таких как печень, легкие, различные железы и головной мозг (составляет около 20-50% случаев неонатального герпеса, начало - на 5 - 10-й день жизни, клинические симптомы неспецифичны и напоминают неонатальный сепсис). При этой степени тяжести заболевания смертность повышается до 90%, а выжившие дети имеют те или иные осложнения. При наличии ВПГ-1 прогноз для жизни и здоровья лучше, чем при ВПГ-2-инфекции. ВПГ-1-инфекция обычно проявляется в виде локализованной формы неонатального герпеса. ВПГ-2 чаще вызывает развитие диссеминированной формы инфекции и герпетического энцефалита.

4.2 Этиология и патогенез

Этиология

Вирус простого герпеса имеет характерную морфологию. Вирион состоит из следующих основных компонентов: 1) нуклеоида, располагающегося в центральной части; 2) капсида, покрывающего нуклеоид и составленного из капсомеров, 3) суперкапсидной оболочки, 4) оболочки вириона, заключающей эти структуры. Нуклеоид включает вирусный геном, состоящий из линейной двуспиральной ДНК.

При комнатной температуре и нормальной влажности ВПГ сохраняется в течение суток, при температуре 50-52°C инактивируется через 30 мин, а при низких температурах (-70°C) вирус способен сохранять жизнеспособность в течение 5 сут. На металлических поверхностях (монеты, дверные ручки, водопроводные краны) вирус выживает в течение 2 ч, на влажной стерильной медицинской вате и марле - в течение всего времени их высыхания (до 6 ч).

Вирус простого герпеса неустойчив к действию физических и химических факторов, разрушается органическими растворителями, детергентами, протеолитическими ферментами.

В большинстве случаев первичное и повторное инфицирование происходит воздушно-капельным путем, при прямом контакте или через предметы обихода и гигиены (общие полотенца, носовые платки и т. п.). Доказаны также оральный, генитальный, орогенитальный, трансфузионный, трансплантационный и трансплацентарный пути передачи инфекции.

Уникальными биологическими свойствами ВПГ является тканевой тропизм, способность к персистенции и латенции в организме инфицированного человека.

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

Механизмы персистенции вируса простого герпеса. Известны две альтернативные теории, предложенные для объяснения механизмов персистенции простого герпеса, которые допускают развитие рецидивов на основе статического либо динамического состояния вируса (B. Roizman, 1965).

Согласно *статической гипотезе персистенции вируса простого герпеса* вирус находится в клетках паравертебрального сенсорного ганглия в интегрированном или свободном непродуктивном состоянии. Под влиянием «пускового фактора» вирус активируется и перемещается из ганглия по аксону периферического нерва в эпителиальные клетки, где реплицируется. Предполагается, что этому во многом способствуют восприимчивость клеток и ослабление иммунологического **контроля**.

Динамическая гипотеза персистенции вируса простого герпеса предусматривает постоянную репликацию и выброс из ганглия вируса герпеса. Достигая по нерву кожи, вирусы герпеса вызывают микрофокусы инфекции, сдерживаемые механизмами защиты, что предупреждает рецидивы или ослабляет их проявления. На развитие рецидивов оказывает влияние состояние местного иммунитета, угнетение которого способствует репликации достигшего кожи вируса.

Латенция герпес-вирусов — это пожизненное сохранение вирусов в морфологически и иммунохимически видоизмененной форме в нервных клетках регионарных (по отношению к месту внедрения герпес-вируса) ганглиев чувствительных нервов.

Вирусы простого герпеса 1 и 2 типов ходят в число возбудителей TORCH-инфекций. Они играют важную роль в нарушении репродуктивной функции человека, развитии серьезных заболеваний матери, плода, новорожденного и детей младшего возраста.

Вызываемые ВПГ заболевания рассматриваются как СПИД-индикаторные в связи с их частым обнаружением при данной патологии. В 1988 г. они включены в расширенное определение случаев, подлежащих эпидемиологическому надзору по поводу СПИДа.

Патогенез герпетической инфекции

Пути и механизмы заражения ВПГ многочисленны и разнообразны, определяются особенностями патогенеза герпетической инфекции.

Вирус простого герпеса может присутствовать в различных биологических жидкостях организма (в слюне, моче, сперме, секретах из шейки матки, уретры, влагалища, отделяемом из носоглотки, слезной жидкости, в крови, в ликворе, в везикулярной жидкости высыпаний и др.).

Входными воротами для вируса являются слизистые губ, ротовой полости, носоглотки, гениталий, конъюнктивы глаз, а так же кожа. Уровень риска заражения герпесом повышается при травматизации слизистых, например, при заболеваниях урогенитального тракта, сопровождающихся нарушением интактности слизистых и развитием язв, эрозий и трещин.

Вирус передается горизонтальными и вертикальными путями.

Инфицирование происходит при попадании вируссодержащих биологических жидкостей на слизистые при интимных контактах: половым путем (генито-генитальные, генито-анальные, орогенитальные контакты), при поцелуях.

Орогенитальные контакты могут привести к аутозаражению гениталий при наличии герпетического стоматита или присутствия вируса в слюне без видимой клиники стоматита, и наоборот, инфицирование слизистой ротовой полости возможно при наличии генитального герпеса. Возможна также **аутоинокуляция** — механический перенос вируса из герпетического очага в другие места, например, занос руками вируса из полости рта при герпетическом стоматите на конъюнктиву глаза, в области гениталий, на любые участки тела через микроповреждения кожи.

Присутствие вируса в слюне обеспечивает возможность его передачи воздушно-капельным путем, хотя этот путь заражения к ведущим не относится.

К горизонтальным путям передачи следует отнести ятрогенные: гемотрансфузионный, трансплантационный (при пересадке органов и тканей).

Вертикальный механизм заражения включает внутриутробное инфицирование плода через материнскую кровь, а также восходящим путем (из инфицированной шейки матки в полость матки беременной). Высокий риск заражения регистрируется при преждевременном разрыве оболочек плодного яйца.

Наиболее часто заражение плода ВПГ происходит во время родов при прохождении плода через инфицированный родовой канал. Риск инфицирования плода может достигнуть 50% при развитии первичного генитального герпеса у беременной до 6 недель перед родами, при рецидиве генитального герпеса риск инфицирования плода оценивается в 3–5%.

Основными звеньями патогенеза герпетической инфекции являются:

- тропизм ВПГ к эпителиальным и нервным клеткам, обуславливающий полиморфизм клинических проявлений герпетической инфекции,
- инфицирование сенсорных ганглиев вегетативной нервной системы и пожизненная персистенция ВПГ;

Первый этап патогенеза приобретенной герпетической инфекции — абсорбция и размножение вируса в месте инокуляции (у входных ворот инфекции) — на слизистых оболочках полости рта, красной кайме губ, верхних дыхательных путей, конъюнктивы, половых органов, где появляются типичные пузырьковые высыпания, и проникает в кровяное русло и лимфатическую систему. С током лимфы и крови вирус герпеса заносится в лимфатические узлы, различные внутренние органы.

Затем ВПГ проникает неврогенным путем — в сенсорные (симпатические) регионарные нервные ганглии, где пожизненно сохраняется в латентном состоянии. Инфицирование сенсорных ганглиев — один из важных этапов патогенеза герпетической инфекции. Скорость распространения ВПГ по ходу нервных волокон достаточно высокая: через 3 часа после заражения вирус проникает в ближайшие нервные ганглии. Локализация ВПГ-1 и ВПГ-2 в ганглиях тех или иных нервов зависит от места (уровня) внедрения вируса в организм человека. Так, при заражении половым путем вирусом простого герпеса первого типа местом

его пожизненного пребывания будут, прежде всего, ганглии крестцового и поясничного нервов. Распространение ВПГ в центробежном направлении во время рецидива определяет анатомическое постоянство очагов поражения при рецидивах герпеса. В нервных ганглиях вирус не доступен действию факторов уморального и клеточного иммунитета — вируснейтрализующих антител и Т-киллеров.

ВПГ-1, вызывающий, как правило, поражение слизистой ротовой полости, носоглотки, губ, сохраняется в чувствительных ганглиях тройничного нерва (в Гассеровом узле) и других черепно-мозговых нервов. ВПГ-2, вызывающий преимущественно поражение гениталий, промежности, анальной области, нижних конечностей, ягодиц, персистирует в ганглиях пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Распространение ВПГ-1 возможно также по зрительному нерву при офтальмогерпесе и обонятельному нерву при поражении носоглотки с последующим проникновением в центральную нервную систему, реже гематогенным путем.

Диссеминация ВПГ-2 идет преимущественно гематогенным путем и в меньшей степени по ходу нервных волокон. Гематогенное распространение вируса и его занос в отдаленные нервные ганглии, в частности, крестцовых и поясничных нервов, обуславливают возможность развития герпетических поражений гениталий при неполовом заражении через слизистую ротовой полости. Именно этой особенностью патогенеза герпетической инфекции обусловлена возможность развития генитального герпеса у взрослых, не живущих половой жизнью.

Вирус обладает способностью распространяться из инфицированной клетки в соседнюю неинфицированную клетку по межклеточным мостикам и контактам, минуя межклеточное пространство. ВПГ вызывает также слияние клеток. Тем самым вирус избегает контакта с нейтрализующими противовирусными антителами, которые в клетку не проникают. Именно указанными особенностями герпетической инфекции обусловлено явление «иммунного ускользания» ВПГ.

ВПГ персистирует может персистировать также в эпидермоцитах кожи, эпителии слизистых оболочек. Размножение герпеса в клетках эпителия кожи и слизистых оболочек приводит к развитию дистрофии и гибели клеток.

Размножение вируса в региональных лимфатических узлах приводит к развитию лимфаденита, развивается внутриклеточная и внеклеточная вирусемия и последующая гематогенная диссеминация вируса во внутренние органы, мозг, отдаленные лимфоузлы и нервные ганглии.

Регистрируют адсорбцию вируса как на лейкоцитах, так и на эритроцитах.

Особенность биологической аффинности (цитотропизма) вируса проявляется в инфицировании клеток мононуклеарно-макрофагальной системы, полиморфноядерных нейтрофилов, лимфоцитов. Репликация ВПГ в нейтрофилах и лимфоцитах сопровождается деструкцией последних. Что касается макрофагов, то эти клетки рассматриваются как микромоделю резистентности или чувствительности макроорганизма к герпетической инфекции. Пермиссивность макрофагов для ВПГ и активная репродукция вируса в этих клетках, являются одним из патогенетических механизмов, детерминирующих чувствительность макроорганизма к герпетической инфекции и развитию клинических проявлений. Непермиссивность макрофагов и развитие abortивной герпетической инфекции не способствует клинической реализации герпеса. У таких индивидуумов возможно развитие субклинических форм инфекции.

Иммунитет

Герпетическая инфекция сопровождается развитием специфического гуморального и клеточного иммунитета. Особенности противогерпетического иммунитета: нестерильный (вирус не элиминируется из организма), типоспецифический (преимущественно против соответствующего типа вируса), частично перекрестный.

Неэффективность противогерпетического иммунитета обусловлена тем, что вирус в ганглиях сохраняется не в виде интактных частиц, а в форме субвирусных структур — ДНК-

белкового комплекса. О неэффективности гуморального иммунитета свидетельствуют рецидивы герпеса на фоне высоких титров противогерпетических антител. Противовирусные антитела не защищают от заражения тем же вирусом в другое место (аутоинокуляция), либо серологически родственным штаммом вируса в то же место (суперинфекция). После рецидива герпеса регистрируют недостоверное повышение титров антител к ВПГ, у меньшей части больных титры антител не меняются. В тоже время, высокий уровень гуморальных антител может обеспечить защиту плода от внутриутробного инфицирования.

Клеточный иммунитет, опосредованный Т-киллерами, естественными киллерами, макрофагами играет важную роль в предупреждении рецидива герпеса. Защитный эффект вакцинотерапии как компонента противорецидивного лечения больных хроническим рецидивирующим герпесом связан со стимуляцией именно клеточного противогерпетического иммунитета.

Таким образом, гуморальный противогерпетический иммунитет снижает риск заражения вирусом, развития суперинфекции, диссеминации инфекционного процесса, вертикальной передачи вируса от инфицированной матери плоду и не предупреждает развития рецидивов герпеса. Клеточный противогерпетический иммунитет играет решающую роль в предупреждении рецидивов герпеса и обеспечивает выздоровление больных рецидивирующим герпесом.

Важную роль играет местный иммунитет (мукозальный) при рецидивирующем герпесе. Обострение герпеса регистрируют на фоне снижения местного иммунитета при травмах, хирургических вмешательствах, половом контакте с травматизацией слизистых, местном применении кортикостероидов, обработке лица жидким азотом для омоложения кожи и др.

Иммунодепрессивное действие герпетической инфекции

Репродукция вируса в лимфоцитах, нейтрофилах, моноцитах-макрофагах лежит в основе иммунодефицита по Т-клеточному типу, который выявляется при герпетической инфекции. Механизмы иммунодепрессивного действия обусловлены подавлением хемотаксиса и снижением активности процесса фагоцитоза, угнетением функции естественных киллеров (NK), реакции бласттрансформации лимфоцитов, возможной прямой стимуляции Т-супрессоров. Кроме того, регистрируют 50% снижение уровней иммуноглобулинов класса IgG2, авидности иммуноглобулинов класса М. Регистрируют образование ЦИК, их иммуннопатологическое действие.

Интерферонодефицит при герпетической инфекции

Существенную роль в патогенезе герпеса играет интерферонодефицит. Регистрируют подавление интерфероновой реакции лейкоцитов (ИРЛ), их способности синтезировать *in vitro* альфа-интерферон при обработке (стимуляции) индукторами интерферона — интерфероногенами. Снижена способность лимфоцитов синтезировать гамма-интерферон, фибробластов — бета-интерферон. Уровни альфа-, бета- и гамма-интерферонов у больных рецидивирующей герпетической инфекцией снижены в 10–20 раз по сравнению с контрольной группой. Регистрируют также местное подавление образования интерферона в очагах герпетических поражений.

Таким образом, при герпетической инфекции создается порочный круг: с одной стороны реактивация перстистирующего вируса происходит на фоне транзиторного клеточного иммунодефицита, интерферонодефицита, с другой стороны, герпетическая инфекция сопровождается дальнейшим снижением иммунитета, нарушением интерферонового статуса и сенсибилизацией организма больных.

Сенсибилизация организма при герпетической инфекции

Важным патогенетическим компонентом герпетической болезни является сенсибилизация макроорганизма антигеном вируса простого герпеса. Развивается реакция гиперчувствительности замедленного типа с инфильтрацией клеточных элементов на месте образующихся высыпаний, которые клинически регистрируются в виде покраснения, отека, зуда в очаге герпетического поражения. С другой стороны наблюдают более тяжелое клиническое течение герпеса у аллергиков. Эти особенности необходимо учитывать

при патогенетической терапии герпетических больных. Благоприятный лечебный эффект вакцинотерапии обусловлен не только усилением противогерпетического клеточного иммунитета, но и выраженным десенсибилизирующим эффектом. Сенсибилизация организма к герпетическому антигену используется в диагностических целях путем выявления инфицированности ВПГ с помощью внутрикожной пробы.

Изучение патогенеза Простого герпеса показало, что могут быть различные формы взаимодействия вируса с организмом хозяина в зависимости от продолжительности пребывания возбудителя в последнем. При этом необходимо иметь в виду, что формы с кратковременным и длительным (персистенция) пребыванием вируса герпеса в организме нередко связаны между собой – одна форма инфекции переходит в другую.

Основу различных клинических проявлений инфекции составляют особенности местного и общего иммунитета. Тяжесть течения первичного эпизода и характер иммунного ответа влияют на последующую частоту рецидивов у больных.

Например, abortивная герпетическая инфекция возникает в двух обстоятельствах:

- несмотря на восприимчивость к заражению вирусом герпеса, клетки могут оказаться непермиссивными, то есть чаще, по неизвестным причинам, в них способны экспрессироваться лишь некоторые вирусные геномы;

- заражение пермиссивных и непермиссивных клеток дефектными вирусами герпеса, у которых отсутствует полный набор вирусных генов.

Кроме того, на разных этапах биологического пути вируса герпеса в клетке могут происходить нарушения, препятствующие формированию продуктивной инфекции. Например, на этапе прилипания – специфического связывания вирионного белка (антирецептора) с элементом клеточной поверхности (рецептором) клетки-хозяина в результате мутации генов, кодирующих антирецепторы, вирус герпеса теряет способность взаимодействовать с рецепторами клетки. Антирецепторы являются гликопротеинами, распределены по всей поверхности вируса, при этом такой сложный вирус, как вируса простого герпеса, имеет антирецепторные молекулы нескольких видов.

Патогенез офтальмогерпеса определяется свойствами вируса и специфическими иммунными реакциями макроорганизма. Вирус поражает ткани глаза при преодолении им местных защитных механизмов. Попадая в ткани глаза экзогенно, нейрогенным или гематогенным путем, вирус простого герпеса начинает активно размножаться в клетках эпителия роговицы, которые, вследствие цитопатических и дистрофических процессов, подвергаются некрозу и слущиванию. При поверхностных герпетических кератитах на этом этапе прекращается дальнейшее размножение вируса в роговице, дефект роговичной ткани эпителизируется, вирус переходит в персистирующее состояние. В персистирующем состоянии вирус может находиться не только в тройничном узле, но и в самой роговице. Персистирующий вирус может активизироваться при любых неблагоприятных условиях, как стресс, беременность, травма, инсоляция, инфекция, переохлаждение. Патогенез глубоких форм герпетического кератита неоднозначен. Инфицированию роговицы и прилегающих к глазу участков кожи способствует длительная персистенция вируса герпеса в нервных ганглиях, слезных и слюнных железах, конъюнктиве. Патогенез герпетических кератитов определяется свойствами вируса и специфическими иммунными реакциями макроорганизма, возникающими в ответ на внедрение ВПГ. Вирус поражает ткани глаза при несостоятельности местных защитных механизмов, таких как продукция секреторных антител клетками субэпителиальной лимфоидной ткани, местная продукция интерферона, сенсибилизированные лимфоциты. Попадая в ткани глаза экзогенным (через эпителий), нейрогенным или гематогенным путем, вирус простого герпеса активно размножается в клетках эпителия роговицы, что приводит к их некрозу и слущиванию вследствие цитопатических и дистрофических процессов. При поверхностных кератитах (в основном поражение эпителия роговицы) на этом этапе прекращается дальнейшее размножение вируса. Дефект роговичной ткани эпителизируется, вирус переходит в персистирующее состояние, при котором он может находиться не только в тройничном узле, но и в самой

роговице.

Патогенез энцефалита

Развитие острого герпетического энцефалита возможно при первичном заражении ВПГ (30% случаев) либо в связи с реактивацией латентной герпетической инфекции (70%). Вертикальный путь передачи осуществляется трансплацентарно (20%) либо интрапостнатально (в 80%) случаев.

Вирус простого герпеса вызывает распространенное поражение нейронов с образованием обширных областей очаговых некрозов коры головного мозга. Характерной особенностью герпетического энцефалита являются выраженные изменения мозговой ткани, свидетельствующие об отеке головного мозга: явления периецеллюлярного и периваскулярного отека и даже дистрофические и некробиотические вторичные изменения нервной ткани. Проявлением декомпенсации отека головного мозга являются дислокации и вклинения мозга: крючка гиппокамповой извилины в области тенториального отверстия, чаще двустороннего (височно-тенториальное вклинение), или миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.

Наиболее характерной локализацией патологического процесса являются лимбические структуры, сосредоточенные в медиобазальных отделах лобных и височных долей, для которых типичен полиморфизм возникающих висцеро-вегетативных, двигательных и эмоционально-аффективных расстройств. Чрезвычайно быстрый распад нервной ткани под действием вируса простого герпеса способствует катастрофическому развитию внутричерепной гипертензии. В результате этого нарушается мозговой кровоток, ликвородинамика и прогрессирует отек головного мозга. Быстрое и неравномерное набухание полушарий головного мозга приводит к одно- или двусторонней дислокации ствола мозга с развитием симптомов вклинения.

4.3. Классификация и клиническая картина

4.3.1. Классификация простого герпеса.

Общепринятой классификации простого герпеса нет.

Согласно МКБ-10 выделяют следующие клинические формы простого герпеса:

B00.0 Герпетическая экзема

B00.1 Герпетический везикулярный дерматит

Вызванный вирусом простого герпеса: .фациалис . лабиалис Везикулярный дерматит:

. уха } . губы } вызванный человеческим (альфа) герпесвирусом 2

B00.2 Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит

B00.3+ Герпетический менингит (G02.0*)

B00.4+ Герпетический энцефалит (G05.1*)

B00.5+ Герпетическая болезнь глаз

Вызванная вирусом простого герпеса: . конъюнктивит (H13.1*) . дерматит век (H03.1*) . иридоциклит (H22.0*) . ирит (H22.0*) . кератит (H19.1*) . кератоконъюнктивит (H19.1*) . передний увеит (H22.0*)

B00.7 Диссеминированная герпетическая болезнь

Септицемия вызванная вирусом простого герпеса

B00.8 Другие формы герпетических инфекций

Герпетический (ое): . гепатит (K77.*0) . гнойное воспаление мякоти дистальной фаланги пальца

B00.9 Герпетическая инфекция неуточненная

Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса, БДУ

A60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция [herpes simplex]

A60.0 Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта

Герпетическая инфекция полового тракта: женского+(N77.0-N77.1*), мужского+ (N51.-*)

A60.1 Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки

A60.9 Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная

По механизму заражения различают следующие формы ГИ:

Приобретенная:

- первичная;
- рецидивирующая.

Врожденная (внутриутробная инфекция).

По форме течения инфекционного процесса выделяют:

- - латентную ГИ (бессимптомное носительство);
- - локализованную ГИ (при одном очаге поражения);
- - распространенную ГИ (при двух и более очагах поражения);
- - генерализованную (висцеральную, диссеминированную) ГИ.

В зависимости от продолжительности присутствия вируса в организме:

- - острая форма герпетической инфекции;
- - интаппарантная (бессимптомная) форма герпетической инфекции.
- - латентная форма герпетической инфекции;
- - хроническая форма (с рецидивами);
- - медленная форма герпетической инфекции.

В зависимости от клиники и локализации патологического процесса:

Типичные формы:

- - **поражения слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта** (стоматит, гингивит, фарингит, эзофагит и др.);
- - **поражения глаз:** офтальмогерпес (герпетический конъюнктивит, кератит, иридоциклит, неврит зрительного нерва, оптикомиелит и др.);
- - **поражения кожи** (герпес губ, герпес крыльев носа, лица, рук, ягодиц и т.д.);
- - **генитальный герпес** (герпетическое поражение слизистых оболочек полового члена, вульвы, влагалища, цервикального канала и т.д.);
- - **поражения нервной системы** (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит, неврит, менингоэнцефалорадикулит, поражения бульбарных нервов и др.);
- - **поражение внутренних органов** (трахеобронхит, пневмония, гепатит, панкреатит и др.)
- - **генерализованный простой герпес:**
 - висцеральная форма (пневмония, гепатит, эзофагит и др.);
 - диссеминированная форма (клиника вирусного сепсиса).

Атипичные формы:

- абортивная,
- - отечная;
- - зостериформный простой герпес;
- - герпетиформная экзема Капоши (варицеллеформный пустулез Капоши);
- - язвенно-некротическая;
- - геморрагическая.
- - эрозивно-язвенная
- - диссеминированная
- - рупиоидная
- - мигрирующая

В течение заболевания выделяют 4 периода:

- продромальный,
- катаральный,
- период высыпаний
- период регресса.

По тяжести процесса различают

- легкую,
- средней тяжести
- тяжелую формы.

Выделяют 2 стадии инфекции:

- **Активная стадия инфекции:** продуктивная вирусная инфекция, реализация генетической информации завершается образованием вирусного потомства, дочерних вирусных частиц. **Активная инфекция** может протекать:
 - с клиническими проявлениями (рецидив),
 - бессимптомно.
- **Неактивная стадия инфекции** — abortивная вирусная инфекция, реализуется генетическая информация только неструктурных (альфа-) генов без образования новых дочерних частиц вируса.

Выделяют следующие формы инфекции:

- **Первичная инфекция.** Развивается после заражения вирусом неинфицированного ранее лица. В крови пациентов антитела к ВПГ до развития герпетической инфекции не выявляются. Инфекция сопровождается появлением противовирусных антител (сероконверсией), 4-кратным нарастанием концентрации иммуноглобулинов класса G.
 - Первичная клиническая инфекция.
 - Первичная субклиническая инфекция (характеризуется бессимптомной секрецией вируса).
 - Первичная инфекция с одиночным местом внедрения вируса (например, через слизистую гениталий или ротовой полости).
 - Первичная инфекция с множественными входными воротами инфекции (слизистая гениталий, ротовой полости, сосков молочных желез, кожные покровы промежности, ягодиц, внутренней поверхности бедер, перипанальной области и т.д.).
- **Аутоинокуляция** — механический перенос вируса у инфицированного с одного участка на другие участки тела (например, из ротовой полости на гениталии).
- **Латентная инфекция** — неактивная стадия инфекции. Инфекционный вирус не обнаруживается в биологических материалах (слюне, моче, секретах гениталий). Вирус сохраняется в виде ДНК-белкового комплекса в нервных ганглиях.
- **Первый эпизод герпеса:** впервые выявленные клинические проявления герпеса у ранее инфицированных лиц.
- **Рецидив герпеса:** повторно регистрируемые клинические проявления герпеса.
- **Коинфекция (субклиническая и клиническая):** инфицирование одновременно двумя вирусами.
- **Суперинфекция (субклиническая и клиническая):** наложение одной инфекции на другую (например, заражение вирусом простого герпеса 2 типа половым путем лица, страдающим герпетическим стоматитом, вызванным ВПГ-1).

По клинко-морфологическим проявлениям генитальный герпес подразделяют на четыре типа:

- · первый клинический эпизод первичного ГГ;
- · первый клинический эпизод при существующем ГГ;
- · рецидивирующий ГГ (РГГ);
- · атипичный ГГ;
- · бессимптомный ГГ.

При рецидивирующем герпесе наружных половых органов у женщин выделяют:

Клиническая форма РГГ	Клиническая характеристика
-----------------------	----------------------------

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Типичная форма ➤ Атипичные формы (некротическая, буллезная, отечная, зудящая, очаг в виде трещины) ➤ Субклиническая форма 	Очаг поражения в области наружных гениталий и перианальной области с различной степенью выраженности клинических проявлений
---	---

При герпетических поражениях органов малого таза (ОМТ) у женщин выделяют:

Локализация очага поражения	Форма ВПГ-инфекции	Клинические проявления
ВПГ-инфекция нижнего отдела урогенитального тракта и анальной области: <ul style="list-style-type: none"> - вход во влагалище - влагалище - влагалищная часть шейки матки - цервикальный канал - уретра - мочевого пузыря - анус, ампула прямой кишки 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Очаговая форма 	Единичные или сгруппированные на эритематозном фоне везикулезно-эрозивные элементы; в анальной области – трещины
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Диффузная форма 	Клинические симптомы хронического неспецифического воспаления ОМТ
ВПГ-инфекция верхнего отдела полового тракта: <ul style="list-style-type: none"> - слизистая оболочка полости матки - тело матки - маточные трубы - яичники 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Типичная форма 	Клинические симптомы хронического неспецифического воспаления ОМТ
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Субклиническая форма 	Нет клинических признаков воспаления. При микроскопии цервикального отделяемого определяется лейкоцитоз (200-250 в п/зр)
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Бессимптомная форма 	Нет клинико-лабораторных данных, свидетельствующих о воспалительном процессе

При герпетических поражениях органов малого таза (ОМТ) у мужчин выделяют:

Локализация очага поражения	Форма ВПГ-инфекции	Клинические проявления
ВПГ-инфекция нижнего отдела урогенитального тракта и анальной области: <ul style="list-style-type: none"> - уретра - мочевого пузыря - анус - ампула прямой кишки 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Очаговая форма 	Единичные или сгруппированные на эритематозном фоне везикулезно-эрозивные элементы; в анальной области – трещины
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Диффузная форма 	Клинические симптомы хронического неспецифического воспаления ОМТ
ВПГ-инфекция верхнего отдела полового тракта: <ul style="list-style-type: none"> - предстательная железа - семенные пузырьки 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Типичная форма 	Клинические симптомы хронического неспецифического воспаления ОМТ
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Субклиническая форма 	Нет клинических признаков воспаления. При микроскопии отделяемого уретры и сока простаты определяется лейкоцитоз (40-50 в п/зр),

		лейкоспермия
	➤ Бессимптомная форма	Нет клинико-лабораторных данных, свидетельствующих о воспалительном процессе

Классификация офтальмогерпеса:

Поражения переднего отдела глаза подразделяются на:

- поверхностные формы:

- блефароконъюнктивит,
- конъюнктивит,
- везикулезный, древовидный, географический и краевой кератиты,
- рецидивирующую эрозию роговицы,
- эписклерит;

- глубокие формы:

- кератит с изъязвлением роговицы (метагерпетический) и без изъязвления роговицы (очаговый, дисковидный, буллезный, интерстициальный).

Герпетические поражения заднего отдела глаза включают:

- - ретинохориоидит новорожденных;
- - хориоретинит;
- - увеит;
- - неврит зрительного нерва;
- - периваскулит;
- - синдром острого некроза сетчатки;
- - центральную серозную ретинопатию;
- - переднюю ишемическую ретинопатию.

Клиническая классификация герпесвирусных поражений глаз

Клинический диагноз	Варианты заболевания
Герпетический дерматит век, блефарит, блефароконъюнктивит	
Герпетический конъюнктивит	
Герпетический кератит эпителиальный	древовидный (везикулезный, точечный, звездчатый) древовидный с поражением стромы географический
Герпетический кератит стромальный	герпетическая язва роговицы дисковидный кератит герпетический кератит эндотелиальный герпетический кератоувеит с изъязвлением герпетический кератоувеит без изъязвления
Герпетический увеит	герпетический ирит герпетический иридоциклит герпетический неврит
Постгерпетическая кератопатия	эпителиальная буллезная

Оценка тяжести течения рецидивов у больных с герпетической инфекцией, вызванной ВПГ

Симптомы	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
Зуд, боль, жжение, покалывание в месте высыпаний	Нет	Слабая	Умеренная	Сильная
Площадь поражения	Нет	< 2 см.кв.	2-4 см. кв.	> 4 см. кв.
Количество очагов поражения	Нет	1	2	> 2
Повышение температуры тела	Нет	< 38,0°C	38,0-38,5°C	> 38,5°C
Слабость, общее недомогание	Нет	Слабая	Умеренная	Сильная
Снижение настроения	Нет	Слабо выражено	Умеренно выражено	Сильно выражено
Головная и/или мышечная боль	Нет	Слабая	Умеренная	Сильная
Увеличение лимфатических узлов	Нет	Есть	Есть	Есть

Клинические маркеры вторичного иммунодефицитного состояния у больных генитальным герпесом

Признаки вторичного иммунодефицитного состояния
Хронические рецидивирующие заболевания респираторного тракта
Хронические рецидивирующие заболевания урогенитального тракта
Хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, дисбактериоз кишечной флоры
Кожные псевдоаллергические реакции
Астено-вегетативный, астено-депрессивный синдром, синдром хронической усталости

4.3.2. Клиническая картина

4.3.2.1. Общая характеристика

Первичный герпес — это заболевание, остро возникающее при первом контакте человека с вирусом простого герпеса. Инкубационный период длится от нескольких дней до двух недель.

Обычно герпетическим поражениям предшествуют продромальные явления, проявляющиеся жжением, покалыванием, зудом и другими субъективными расстройствами.

Затем появляются высыпания, состоящие из сгруппированных полусферических пузырьков размером 1,5-2 мм на фоне эритемы и отека кожи. Сыпь появляется обычно

единичными очагами, состоящими из 3-5 сгруппированных, реже сливающихся пузырьков. Через несколько дней прозрачное содержимое пузырьков мутнеет или становится геморрагическим из-за примеси крови. Вследствие мацерации и травматизации пузырьки разрываются, а образующиеся слегка болезненные эрозии повторяют фестончатые контуры высыпных элементов. Дно их гладкое, мягкое, поверхность влажная.

При микробном инфицировании эрозия может превратиться в поверхностную язву с несколько уплотненным дном и небольшим отеком по периферии. Со временем на месте эрозий образуется буровато-желтоватые корки. На месте эпителизовавшихся эрозий и отторгнувшихся корок остается постепенно исчезающая эритема с буроватым оттенком. В среднем весь процесс разрешается в течение 10-14 дней. После регрессирования высыпаний может остаться нестойкая пигментация.

Первичный герпес у 80-90% первично инфицированных протекает в латентной форме. Только у 10-20% зараженных наблюдаются клинические проявления инфекции.

Первичный герпес всегда протекает с выраженным общеинфекционным синдромом и может проявляться различными поражениями кожи, конъюнктивы или роговицы глаза, афтозным стоматитом, острым воспалением верхних дыхательных путей. Особенно тяжело протекают генерализованные формы первичного герпеса с поражением внутренних органов и головного мозга.

Рецидивирующая (вторичная) герпетическая инфекция – регистрируется у людей, которые ранее перенесли бессимптомную или клинически выраженную форму герпеса.

Рецидивы герпетической инфекции возникают на фоне циркулирующих противовирусных антител и поэтому протекают, как правило, с умеренно выраженной лихорадкой и общеинфекционным синдромом.

Рецидивирующий герпес развивается на фоне различных экзогенных факторов снижающих активность иммунной системы человека. Наиболее часто рецидивы герпетической инфекции наблюдаются на фоне острых вирусных и бактериальных инфекций, при переохлаждении и перегревании, избыточном ультрафиолетовом облучении, переутомлении и эмоциональном стрессе. Причиной рецидивов могут быть эндокринные изменения — в частности у женщин герпетические высыпания нередко появляются перед менструациями, после радикальной масто- и овариоэктомии с последующей лучевой терапией.

Рецидивирующий герпес по сравнению с первичным имеет меньшую продолжительность и интенсивность клинических проявлений.

Частота рецидивов различна: от 1-3 раз в год до 5 раз в месяц. Рецидивы герпетической инфекции могут возникать с различной частотой. Появление герпетических поражений не чаще двух раз в год расценивают как благоприятный прогностический признак, особенно если высыпания фиксированы на одном и том же месте и выражены умеренно. Рецидивы возникающие чаще (1 раз в 3 месяца, ежемесячно или каждые 2 недели), свидетельствуют о существенном дефекте иммунной системы, что требует тщательного обследования больного. Редко возможно непрерывное течение заболевания, когда старые элементы еще не разрешились, а новые уже появляются.

Провоцирующими факторами рецидивов часто служат другие инфекционные заболевания, сопровождающиеся лихорадкой, холодные сезоны года, переохлаждение, ультрафиолетовое облучение, психические или физические стрессы, острые дисфункции или циклические (менструации) изменения гормонального статуса.

Рецидивирующая форма простого герпеса встречается гораздо чаще первичной и характеризуется разнообразной клинической картиной. Чаще всего при рецидивах простого герпеса высыпания локализуются на лице (губы, нос, щеки) или половых органах. Реже поражаются ягодицы, область крестца, бедра, ушные раковины, пальцы кистей, ладони, туловище.

Чаще всего встречается **типичная форма рецидивирующего герпеса** (герпес лица, гениталий, ягодиц, кистей). Независимо от локализации заболевание начинается с

предвестников рецидива – субъективных ощущений в виде зуда, жжения, режущей боли на коже или слизистой оболочке в местах появления высыпаний. Обычно временной интервал между появлением предвестников и формированием очага поражения составляет около суток. Данные ощущения обычно невыраженные, однако большинство пациентов обращают на них внимание, особенно при частом рецидивировании простого герпеса.

Далее появляются эритематозные пятна разного размера и различной степени выраженности гиперемии. Обычно эритема сопровождается умеренной отечностью. Вскоре на эритематозно-отечном фоне возникают небольшие округлые везикулы полушаровидной формы величиной не более мелкой горошины, склонные к группировке. Вначале содержимое пузырьков прозрачное, но через 2–3 дня оно становится мутным. Через 2–5 дней пузырьки вскрываются с образованием эрозий, которые покрываются тонкими серозными корочками, возможно также ссыхание невскрывшихся везикул в корочки. Через 7–9 дней корочки отторгаются, оставляя после себя розоватые или пигментированные пятна, окончательно разрешающиеся через 1–2 недели.

В развитии герпетических пузырьков выделяют **4 последовательных стадии**:

- эритемную;
- везикулезную;
- корковую;
- клинического выздоровления.

Независимо от типа вируса герпеса, вызвавшего инфекцию, первичный герпес отличается от рецидивов:

- - более длительным течением;
- - более продолжительным выделением вируса в окружающую среду;
- - большей частотой осложнений.

Первичный герпес развивается на фоне отсутствия в организме антител к ВПГ, что приводит к более тяжелому течению заболевания, поражению большей площади, чем при рецидивирующем герпесе; кроме того, наблюдаются явления интоксикации, повышение температуры тела, лимфаденопатия. Следует отметить, что атипичные формы герпеса чаще встречаются у лиц с иммунодефицитными состояниями различного генеза.

4.3.2.2. Клинические проявления локализованных форм ВПГ-инфекции

Герпетическое поражение кожи

Герпес простой (herpes simplex, синоним простой пузырьковый лишай) кожных покровов и слизистых оболочек – наиболее часто встречающееся в популяции заболевание.

Характеризуется появлением сгруппированных везикул на отечно-эритематозном фоне. Заболевание склонно к рецидивированию.

Первые проявления заболевания могут возникнуть в любом возрасте через 2–4 недели после контакта с вирусом и характеризуется выраженной симптоматикой. Клинические проявления рецидива, как правило, менее выражены.

Особенности местной клинической симптоматики в определенной степени зависят от локализации герпетических высыпаний.

При герпетической инфекции может поражаться любой участок кожи и слизистых оболочек: на губах (herpes labialis), крыльях носа (herpes nasalis), коже лица (herpes facialis), половых органах (herpes progenitalis), ягодицах (herpes glutealis), на слизистой оболочке полости рта (herpes buccalis), глотки (herpes pharyngealis), конъюнктивы (herpes conjunctivalis), уретры (herpes urethralis) и др.

Типичной локализацией простого герпеса является кожа лица: окружность рта, особенно углы, красная кайма губ (herpes labialis), крылья носа (herpes nasalis); несколько реже поражаются кожа щек, ушных раковин, лба, век. Нередко наблюдаются высыпания элементов герпеса на коже гениталий, ягодиц, бедер, поясницы, пальцев рук; возможна и другая

локализация.

За 1-2 дня до появления эритемы и пузырьков обычно отмечаются субъективные ощущения в виде болей, жжения, зуда, покалывания, чувства дискомфорта на тех же дерматомах. В первые дни болезни, особенно при первичном поражении, местным проявлениям предшествуют признаки общей интоксикации: повышение температуры тела, недомогание, мышечные, суставные и головные боли. Иногда они появляются одновременно с пузырьками. Высыпания пузырьков при простом герпесе могут появиться на слизистых оболочках рта, глотки, верхнем небе, деснах, миндалинах, конъюнктиве, половых органах.

Типичная клиническая картина заболевания характеризуется появлением отечной эритемы различной степени интенсивности. На фоне этой эритемы быстро появляются сгруппированные пузырьки (везикулы) диаметром от 1 до 3–4 мм с напряженной покрышкой и серозным прозрачным содержимым. Количество таких везикул значительно варьирует – от единичных элементов до нескольких десятков. Изредка сливаясь, они образуют плоские, напряженные, многокамерные пузыри. Через несколько дней содержимое пузырьков мутнеет, они вскрываются и образуются эрозии с мелкофестончатыми очертаниями. Через 3–5 дней на месте спавшихся пузырьков и эрозий образуются медово-желтые рыхлые корочки, после отпадения которых происходит эпителизация. При обычном течении герпеса процесс продолжается 1,5–2 недели, однако изредка удлиняется до месяца.

Одним из составляющих симптомокомплекса герпетического поражения кожи и слизистых оболочек является вовлечение в процесс регионарной лимфатической системы. Уже с первых дней болезни отмечается увеличение размеров лимфатических узлов, они становятся тестовато-упругой консистенции и весьма болезненны.

Заболевание протекает по типу острого инфекционного процесса с повышением температуры тела и выраженными нарушениями общего состояния.

Диссеминированная форма – появление двух и более типичных очагов герпетических элементов на отдаленных друг от друга участках кожи. При этом отмечается синхронность клинических проявлений.

Мигрирующая форма герпеса встречается крайне редко, характеризуется изменением локализации высыпаний при каждом новом рецидиве заболевания.

Геморрагическая форма - характеризуется геморрагическим содержимым везикул, часто с последующим изъязвлением и рубцеванием. Развитие этой формы ГИ может быть связано как с наличием достаточно выраженного иммунодефицита, так и с нарушением первичного (тромбоцитарно-сосудистого) гемостаза. Геморрагическая форма часто сочетается в дальнейшем с развитием некроза и изъязвлений, формированием рупиоидных слоистых корок и последующим рубцеванием тканей. Корочки, образующиеся при эволюции элементов, имеют темный цвет. Иногда может отмечаться умеренная болезненность в очагах поражения.

Рупиоидная форма простого герпеса чаще развивается на коже лица при присоединении вторичной пиодермии и характеризуется образованием массивных слоистых коричневатых корок при ссыхании содержимого везикул. Исход рупиоидной формы во многом зависит от длительности существования корок. При отторжении их через 7–10 дней от начала заболевания обычно в области поражения остается лишь слабо гиперемизированная эритема. При длительном течении заболевания (2–3 недели) возможно образование поверхностной рубцовой атрофии в исходе заболевания.

Геморрагическо-некротическая форма проявляется большим количеством сгруппированных пузырьков на отечно-гиперемизированном фоне. Часть везикул при этом имеет выраженное геморрагическое содержимое. При разрешении этих элементов отмечаются явления некроза и образование рубцов. Болевые ощущения обычно отсутствуют. Регресс высыпаний довольно быстрый (14-16 дней).

Зостериформная разновидность простого (пузырькового) лишая характеризуется расположением высыпаний в зоне проекции того или иного нерва. Типичная локализация – конечности, туловище, лицо. Для клинической картины этой формы герпеса характерны

выраженные симптомы невралгии и общей интоксикации (повышение температуры тела, головная и мышечные боли).

Абортивное течение простого герпеса отличается неполной эволюцией высыпаний или их атипичностью. Воспалительный процесс может ограничиться развитием эритемы и отека, без формирования типичных пузырьков. К абортивному течению простого герпеса относят также случаи появления типичных субъективных ощущений в виде боли, жжения, дискомфорта в местах обычной для больного локализации герпеса без развития элементов сыпи.

Отечная форма простого герпеса чаще развивается на участках тела, богатых рыхлой клетчаткой: на веках, губах, мошонке. Эта форма простого герпеса может привести к развитию стойкой отека, а частые рецидивы – к развитию элифантасимиларного герпеса. Клиническая картина характеризуется едва заметными пузырьками на фоне выраженной отека. При локализации герпетических высыпаний на коже с уплотненным роговым слоем вместо пузырьков могут формироваться мелкие плоские папулезные элементы на слегка отекающем фоне. Пузырьки могут отсутствовать

Импетигоподобная форма напоминает по клинической картине стрептококковое импетиго. При этом высыпания в виде фликтен склонны к периферическому росту и при вскрытии образуют массивные слоистые корки. Процесс регрессирует через 7–10 дней без лечения. Склонность к диссеминации и распространению отсутствует.

Герпетическая экзема Капоши является тяжелой формой первичного герпеса лица и полости рта.

Заболевание встречается преимущественно у детей грудного или более старшего возраста, страдающих простой детской экземой или атопическим дерматитом, через 1–2 недели после контакта с больным герпесом, редко у взрослых на фоне снижения иммунитета, нейродермита, обычной экземы или других дерматозов, при которых имеются эрозивные или язвенные поражения кожи, являющиеся входными воротами инфекции, либо у лиц, страдающих заболеваниями кожи на фоне активации латентного вируса или рецидива лабиального и других форм герпеса.

Проявляется наличием сгруппированных диссеминированных, эритематозно-пустулезных, буллезных, папуло-везикулезных или везикуло-пустулезных элементов с западением в центре, что делает клиническую картину похожей на ветряную оспу. На слизистых оболочках обычно образуются многочисленные афты. Болезнь протекает очень тяжело, сопровождается высокой лихорадкой, выраженными явлениями интоксикации. У отдельных больных отмечаются менингеальные явления, желудочно-кишечные расстройства, пневмонии, абсцессы на коже.

Инкубационный период продолжается около недели. Продромальные явления часто отсутствуют. Заболевание начинается внезапно с подъема температуры до 39–40°C, озноба, ухудшения общего состояния. Затем появляется обильная везикулезная сыпь на обширных участках кожи (лицо, шея, грудь, туловище, конечности), развивается регионарный лимфаденит.

Содержимое пузырьков быстро становится гнойным, а некоторых – геморрагическим. При вскрытии пузырьков образуются обширные эрозии с полициклическими очертаниями, по периферии которых или на неизменной коже могут появляться новые врицеллиформные пузырьки. Эти элементы редко пустулизируются. Эрозии покрываются серозными, серозно-гнойными или гнойно-геморрагическими корочками, после отторжения которых остаются гипо- или гиперпигментированные пятна, крайне редко поверхностные рубчики.

Одновременно с высыпаниями на коже, в патологический процесс вовлекаются слизистые полости рта и глотки, гортани, трахеи может развиваться кератоконъюнктивит. При тяжелых формах заболевания в патологический процесс вовлекаются висцеральные органы и нервная система. Заболевание длится в среднем от 2 до 6 недель.

Герпетическая экзема Капоши может иметь и рецидивирующую форму, которая отличается от первичной тем, что поражение внутренних органов практически отсутствует.

Общая симптоматика в отличие от первичной формы выражена незначительно: может умеренно повышаться температура тела, бывает небольшое увеличение лимфатических узлов, редко головная боль.

Язвенно-некротический герпес развивается на фоне тяжелого иммунодефицитного состояния у онкологических, гематологических больных, получающих лучевую терапию, иммунодепрессанты или цитостатические препараты, а также при ВИЧ-инфекции. На местах обычных герпетических высыпаний у больных формируются язвы, достигающие в размере 2 см и более. Они могут сливаться, образуя обширные язвенные поверхности с неровными краями. Дно язв мягкое, розово-красное, иногда с серовато-желтоватым налетом. Уплотнение в основании язв отсутствует. Отмечаются болевые ощущения, которые могут быть значительными. В течение нескольких месяцев язвы способны сохраняться без признаков заживления или покрываться кровянистыми корками. Язвенно-некротические поражения кожи, вызванные вирусом простого герпеса, сохраняющиеся более 3-х месяцев, относятся к числу СПИД-маркерных заболеваний. Больные с такими проявлениями герпетической инфекции подлежат тщательному обследованию на ВИЧ-инфекцию.

Зостериформный герпес — высыпания локализуются по ходу нервных стволов в области нижних конечностей, ягодиц, лица. Клинически похож на Herpes zoster. Поражает кожу по ходу нервных стволов. Начинается с появления зуда и жжения в месте будущих высыпаний, которые обычно выражены менее интенсивно, чем при опоясывающем герпесе. Затем возникает групповая везикулярная сыпь, сопровождающаяся признаками выраженного синдрома интоксикации и лихорадкой.

При **абортивных формах** развитие клинической картины не идет дальше начальной стадии заболевания. К таким формам относят эритематозную, папулезную и пруригинозную.

Эритематозная форма проявляется эритематозными пятнами различной величины, с неправильными, близкими к округлым, очертаниями и нечеткими границами розоватого цвета, сопровождающимися слабым зудом, жжением. В очагах поражения возможна умеренная отечность. Длительность заболевания составляет 3–4 дня, после чего высыпания бесследно регрессируют.

Папулезная форма, представлена едва заметными папулами. Отечность и гиперемия окружающей кожи при этом обычно отсутствуют. Так, при герпесе рук высыпания обычно представлены плотными, единичными, болезненными пузырьками на ладонной поверхности или боковых дистальных поверхностях пальцев и вокруг ногтей. Типичные везикулезные элементы отсутствуют. Процесс сопровождается кожным зудом, чувством жжения, болями. Эта форма герпетической инфекции часто встречается у медицинских работников, контактирующих с больными герпесом.

При **пруригинозной форме** заболевание проявляется лишь субъективными ощущениями (зуд или чувство жжения) без образования каких-либо элементов на коже. Через сутки субъективные расстройства исчезают.

Первичный **герпес пальцев кистей** (herpes digitalis, герпетический панариций) – редкая форма простого герпеса. Поражение возникает остро, занимает большую площадь и протекает с явлениями регионарной лимфаденопатии. Обычно появлению высыпаний предшествует травма. Заболевание начинается внезапно с отека, покраснения и боли в пораженном пальце. Возникающие везикулы и пустулы неотличимы от тех, которыми проявляются пиодермии. Нередки лихорадка и увеличение локтевых и подмышечных лимфоузлов. Заболевание может рецидивировать. Очень важно сразу поставить диагноз, чтобы избежать ненужного и чреватого осложнениями хирургического вмешательства и предупредить распространение инфекции.

Герпес борцов или герпес гладиаторов (herpes gladiatorum). Он проявляется в виде вспышек заболевания среди атлетов, занимающихся контактными видами спорта. Высыпания при этом локализуются в области лица, шеи, плеч, т.е. местах наибольшего соприкосновения с лицом соперника.

В месте проникновения вируса отмечаются явления гиперемии и отечности кожи. На

этом фоне формируются сгруппированные везикулы, часть из которых пустулизируется. Пузырьки при вскрытии образуют эрозии, которые быстро покрываются корочками. После отторжения корочек на месте высыпаний могут оставаться слегка розоватые пятна, крайне редко – мелкие рубчики.

Герпетический фолликулит – в редких случаях возникает на фоне ВИЧ-инфекции. Развивается практически исключительно у мужчин в зоне роста бороды и усов, реже в области шеи и груди. Диссеминированные везикулы образуются в местах волосяных фолликулов, быстро вскрываются с образованием эрозий, покрытых коричневатыми корочками. Из культуры клеток при этом выделяется ВПГ, а при биопсии в эпителии волосяного фолликула обнаруживаются гигантские многоядерные клетки.

Герпетическое поражение слизистых оболочек

Острый герпетический стоматит — является наиболее распространенной формой первичной герпетической инфекции у детей в возрасте до 5 лет, однако возможно его развитие у детей старшего возраста, подростков и редко у взрослых.

Характерным элементом поражения слизистой оболочки полости рта является афта, возникающая на фоне катарального воспаления слизистой. Проявления острого герпетического (острого афтозного) стоматита и гингивостоматита типичны для поражения слизистых оболочек. Эта форма болезни может протекать в виде везикулярно-эрозивного гингивита, язвенного стоматита, язвенно-некротического стоматита

Инкубационный период при остром герпетическом стоматите составляет от 1 до 8 дней и начинается не с местных проявлений, а с общеинфекционного лихорадочного синдрома. Заболевание начинается остро с появления единичных или множественных везикул на любом участке слизистой оболочки ротоглотки. Быстро вскрываясь, пузырьки образуют болезненные эрозии, которые затем покрываются белесоватым налетом без стадии корок. Слизистая оболочка десен отекает, резко гиперемирована, иногда с цианотичным оттенком, резко болезненна. Выраженный болевой симптом мешает приему пищи и жидкости. Отмечают повышение температуры до 39⁰С, лимфаденопатию, явления интоксикации. Постепенно явления воспаления уменьшаются, эрозии эпителизируются от периферии к центру. В зависимости от площади поражения время, необходимое для полного регресса высыпаний, может быть различным, но оно не превышает 2–3 недель.

При легкой форме стоматита наблюдается умеренная гиперемия слизистой оболочки полости рта. Количество везикулезных элементов не превышает 3-4. Они располагаются изолированно или группами, но без тенденции к слиянию. Возможно увеличение саливации и снижение аппетита. Регионарный лимфаденит отсутствует или выражен слабо. Явления стоматита исчезают в течение 6 дней.

При среднетяжелой форме заболевания слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована. Увеличиваются и становятся болезненными подчелюстные лимфатические узлы. Через 24-48 часов на слизистой полости рта (губы, язык, щеки) появляются везикулы на фоне эритематозно-отечных участков. Количество элементов может достигать нескольких десятков. Сливаясь, они образуют обширные поражения. На месте лопнувших пузырьков остаются округлые эрозии с остатками отслоившегося эпителия. Может наблюдаться кровотечение десен, обильная саливация, снижение аппетита. Появлению новых элементов предшествует подъем температуры тела, беспокойство. В среднем инфекционный процесс длится около 10 дней.

Тяжелые формы герпетического стоматита характеризуются бурной картиной. Заболевание начинается с озноба, повышения температуры до 39-40⁰С, головной боли, общего недомогания, беспокойства, сменяющегося адинамией. Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована, при дотрагивании кровоточит. На слизистой полости рта наблюдается большое количество болезненных везикулезных высыпаний, часто находящихся на различных стадиях развития, что создает впечатление о полиморфном характере

высыпаний. Элементы поражения сливаются образуя некротические, а затем язвенные поверхности, афты. С появлением новых элементов температура не снижается до нормы, как это наблюдается при среднетяжелых формах заболевания, а остается повышенной. Наблюдается лимфаденопатия не только подчелюстных, но и шейных узлов. Течение стоматита длительное от 10 до 20 дней.

Обострение рецидивирующего стоматита клинически выглядит как типичный острый гингивостоматит.

Отличить герпетический стоматит от афтозных поражений слизистой полости рта другой этиологии можно на основании эффективности применения ацикловира.

При *герпетическом фарингите*, вызванном любым типом вируса простого герпеса, на задней стенке глотки и небных миндалинах появляются налет или эрозии. У трети больных позже возникают герпетические высыпания на языке, слизистой щек и деснах

Характерны лихорадка продолжительностью 2-7 суток, и увеличение шейных лимфоузлов. Герпетический фарингит может быть неотличим от бактериальной ангины, фарингита, вызванного *Mycoplasma pneumoniae*, и изъязвлений слизистой другой этиологии. Тяжелая форма герпетического фарингита описана как герпетическая ангина (*herpangina*), которая протекает с явлениями интоксикации, лихорадки, увеличением лимфатических узлов. Орально-генитальный и орально-анальный секс считается доказанным для передачи вируса простого герпеса. Убедительных данных о том, что рецидивы герпеса лица и полости рта могут протекать в виде фарингита, нет.

Герпетическая инфекция верхних дыхательных путей, вызванная вирусом простого герпеса, не имеет типичных клинических проявлений и поэтому редко диагностируется. ОРВИ сопровождаются герпесом в клинически выраженной или латентной форме.

Генитальный герпес

Является одной из наиболее распространенных клинических разновидностей герпетической инфекции. Он характеризуется острой воспалительной реакцией, отличается вариативностью клинической картины и тенденцией к упорному рецидивирующему течению. Резервуаром вируса простого герпеса у мужчин является мочеполовой тракт, у женщин канал шейки матки. Наиболее часто источником инфекции служат люди с бессимптомным генитальным герпесом.

Первичный генитальный герпес возникает в среднем после 7-дневного инкубационного периода и проявляется тяжелым продолжительным течением. Часто наблюдается общее недомогание, головная боль, озноб. Нередко возникает паховый лимфаденит. Везикулярные высыпания локализуются на половом члене, в области вульвы, влагалища, промежности и сопровождаются локальным зудом, жжением, болезненностью. Сыпь обильная, везикулы достигают в диаметре 2-4 мм. Пузырьки быстро лопаются, образуя эрозивные или эрозивно-язвенные поверхности больших размеров.

Рецидивирующий генитальный герпес наблюдается у 50-70% больных после первичного инфицирования. Клиническая картина рецидивирующего генитального герпеса отличается от первичного отсутствием общего инфекционного синдрома и менее обильными высыпаниями.Abortивные рецидивы (с ослабленными клиническими проявлениями) характеризуются появлением единичных мелких везикул на слегка покрасневшей коже или слизистой. Иногда в местах обычных высыпаний наблюдается эритема. Субъективные ощущения, сопровождающие высыпания могут быть слабо выражены или вовсе отсутствовать.

Другие герпесвирусные поражения половых органов – локальные невралгии, высыпания типа экссудативной эритемы или буллезно-геморрагические сыпи, которые являются более редкими, но серьезными проявлениями герпесвирусных инфекций в области гениталий.

Генитальный герпес - первый клинический эпизод

Первичная инфекция возникает, когда человек впервые инфицируется ВПГ и не имеет

антител к нему. Заболевание может проявляться клиническими симптомами или протекать бессимптомно. Инкубационный период герпетической инфекции составляет в среднем 7 дней. Клинические проявления первичной инфекции сохраняются в течение 18–22 дней с нарастанием симптоматики в течение первой недели. Заболевание характеризуется длительным выделением вируса, генитальными и экстрагенитальными поражениями, местными и общими симптомами интоксикации.

К местным симптомам относятся наличие герпетических пузырьков, зуд, боль, дизурия, вагинальные выделения, поражение кожи и слизистых оболочек органов мочеполовой системы, паховая лимфаденопатия.

Герпетические пузырьки имеют характерную полициклическую фестончатую форму. Впоследствии образуются поверхностные, покрытые сероватым налетом язвы размером 2–4 мм соответственно числу бывших пузырьков или сплошная эрозия с гладким дном и краями, окруженными ярко-красным ободком. Язвенные элементы не бывают глубокими и не кровоточат. При присоединении вторичной инфекции отмечается появление гнойного экссудата. Язвенные и эрозивные элементы регрессируют, не оставляя рубцов. Для первичной инфекции характерны билатеральные высыпания.

Характерная локализация генитального герпеса у мужчин – на половом члене, мошонке, лобке, промежности; у женщин – на малых и больших половых губах, вульве, клиторе, влагалище, шейке матки, лобке, промежности. Кроме наружных половых органов возможны поражения слизистой оболочки матки, маточных труб, яичников, уретры и мочевого пузыря.

К экстрагенитальным поражениям относятся герпетические высыпания на лице, туловище, ягодицах, внутренних поверхностях бедер. У 20% больных поражается слизистая оболочка ротоглотки и структур глаза.

К общим симптомам интоксикации относятся лихорадка, головная боль, тошнота, недомогание, миалгия, нарушения сна, которые наблюдаются более чем в 60% случаев и чаще встречаются у женщин, нежели у мужчин. Они могут присоединяться на 2–14-й день заболевания.

Симптоматика первичного эпизода разрешается чаще всего на 2–3-й неделе заболевания. Бессимптомное слущивание поврежденного вирусом эпителия наблюдается в течение последующих 2 недель.

Иногда возникают осложнения, требующие госпитализации, – крестцовая радикулопатия, тяжелый асептический менингит, энцефалит или диссеминированная инфекция.

Рецидивирующий генитальный герпес

Рецидивирующая инфекция диагностируется у пациентов, имеющих одновременно симптомы генитального герпеса и антитела к реактивированному типу вируса. У половины из них рецидив генитального герпеса возникает в течение первых 6-ти месяцев от перенесенного первичного эпизода. Рецидивирующий герпес характеризуется длительным и упорным течением. Постоянные обострения процесса чередуются с периодами ремиссии различной продолжительности. Обострение рецидивирующего герпеса происходит после различного рода внешних воздействий или снижения защитных сил организма. Частота рецидивов и продолжительность ремиссий весьма вариабельна: от одного раза в два-три года до ежемесячных обострений. Тяжесть и продолжительность клинических проявлений при рецидивах менее выражена, чем при первичной форме генитального герпеса. Обычно длительность рецидива составляет 7–10 дней. Рецидивы при инфицировании ВПГ II типа возникают раньше и чаще, чем при ВПГ I типа.

Клиническая картина при рецидивирующем генитальном герпесе напоминает вариант острого его течения. При рецидивах обычно слабее, чем при первичной острой инфекции, выражены экссудативные процессы, более длительно протекает заживление.

У большинства больных рецидив генитального герпеса происходит после характерного продромального периода длительностью 12–36 часов, при котором больные отмечают зуд,

жжение или боль на том месте, где в дальнейшем появятся герпетические пузырьки. Иногда могут возникать невралгические боли с иррадиацией в поясничную область, нижние конечности. В последующем появляются высыпания в виде отдельных или сгруппированных везикулезных элементов размером 2–3 мм на эритематозном фоне, имеющих тенденцию к возвратным проявлениям на том же месте. В дальнейшем везикулы вскрываются с образованием эрозий с полициклическими очертаниями.

Наиболее характерным проявлением рецидивирующего генитального герпеса у мужчин является рецидивирующий баланопостит, который диагностируется примерно у половины больных. У женщин наиболее часто встречаются герпетический вульвовагинит, цервицит, особенностью течения которых является нередкое присоединение отека пораженной области. Иногда клинические проявления отека половых губ превалируют над появившимися эрозивными высыпаниями. Паховые лимфаденопатии наблюдаются только при обширных герпетических высыпаниях.

Частота рецидивов у мужчин и женщин с рецидивирующим генитальным герпесом одинакова, однако их проявления различны. У мужчин рецидивы длятся дольше и характеризуются наличием, как правило, большего числа очагов поражения. У женщин клиническая симптоматика более острая, чем у мужчин. Мужчины гораздо чаще, чем женщины, осознают, что рецидивы генитального герпеса спровоцированы сексуальной активностью. Рецидивирующий генитальный герпес, нарушая нормальную половую жизнь пациентов, нередко является причиной нервнопсихических расстройств.

Клинически генитальный герпес может протекать в манифестной (типичной), атипичной, abortивной и субклинической (малосимптомной) формах.

Манифестная форма характеризуется типичным развитием герпетических элементов в очаге поражения (эритема – везикулы – эрозивно-язвенные элементы – образование корок) и местными субъективными ощущениями в виде зуда, жжения, болезненности. Для рецидива генитального герпеса характерно унилатеральное расположение элементов. Очаги поражения обычно носят ограниченный, реже распространенный характер и локализуются на одном и том же участке кожи или слизистой оболочки. Обычно в начале заболевания отмечаются жжение, зуд и боль в области гениталий. Пораженное место слегка отекает, затем на гиперемированном основании появляется группа мелких пузырьков размером 2–3 мм. Прозрачное содержимое пузырьков впоследствии мутнеет, становится гнойным. В течение нескольких дней пузырьки вскрываются и образуют тонкие корочки, которые по мере эпителизации очагов поражения отшелушиваются, оставляя вторичную пигментацию на месте бывших высыпаний.

Частые обострения рецидивирующего генитального герпеса нередко сопровождаются ухудшением общего состояния больных, появляются симптомы интоксикации, обусловленные вирусемией (головная боль, озноб, недомогание, субфебрильная температура), могут увеличиваться и становиться болезненными паховые лимфатические узлы.

Частота выявления манифестной формы генитального герпеса составляет около 20%.

Атипичные формы рецидивирующего генитального герпеса, в значительной мере осложняющие постановку диагноза и могут быть обусловлены:

- изменением цикла развития герпетических элементов в очаге поражения;
- необычной локализацией очага и анатомическими особенностями подлежащих тканей.

При атипичных формах рецидивирующего генитального герпеса преобладает одна из стадий развития воспалительного процесса в очаге (эритема, образование пузырей) или один из компонентов воспаления (отек, геморрагия, некроз). По интенсивности клинических проявлений атипичные формы могут протекать бурно с манифестацией (буллезная, язвенно-некротическая) или субклинически (микротрещины).

Диагноз «атипичный генитальный герпес» правомочен для тех нередко встречающихся случаев, при которых специфические проявления ВПГ-инфекции гениталий скрыты симптоматикой сопутствующих местных инфекционных заболеваний (чаще всего

кандидозом).

У женщин диагноз «атипичная форма генитального герпеса» ставится гинекологами для обозначения хронического воспалительного процесса внутренних гениталий (кольпит, вульвовагинит, эндоцервицит и т.д.) при наличии лабораторно подтвержденной герпетической природы заболевания, в отличие от типичной картины болезни, при которой на слизистой оболочке этих органов имеются очаги поражения с везикулезно-эрозивными элементами.

Частота выявления атипичных проявлений генитального герпеса достигает 60%.

Абортивная форма встречается у пациентов, получавших ранее противовирусное лечение и вакцинотерапию. Очаг поражения при абортивном течении минует некоторые стадии, характерные для манифестной формы, и может проявляться в виде зудящего пятна или папулы, разрешающихся за 1–3 дня. К абортивным формам генитального герпеса относят эритематозную, папулезную и пруриго-невротическую, при которых отсутствуют везикулезные элементы.

Субклиническая форма рецидивирующего генитального герпеса выявляется преимущественно при вирусологическом обследовании половых партнеров пациентов с каким-либо заболеванием, передаваемым половым путем, или при обследовании супружеских пар с нарушением фертильности.

Симптомы при этой форме выражены незначительно или полностью отсутствуют.

Бессимптомное вирусовыделение чаще связано с ВПГ II типа, чем I типа. Эта форма имеет важное эпидемиологическое значение, поскольку именно больные с субклинической формой генитального герпеса чаще всего являются источником инфицирования своих половых партнеров и детей (беременные женщины с бессимптомным генитальным герпесом).

Частота выявления субклинической формы генитального герпеса может достигать 20% от общей частоты рецидивирующего генитального герпеса.

Генитальный герпес у женщин

У женщин, как правило, поражаются вход во влагалище, устье мочеиспускательного канала или половые губы, но могут отмечаться и экстрагенитальные поражения промежности, перианальной области, бедер и ягодиц, причем у 70-90% женщин диагностируется цервицит. Внешний вид шейки матки обычно не изменен, хотя иногда ее поверхность может быть гиперемированной, рыхлой, с эрозиями и гнойным экссудатом.

Герпес нижнего отдела уrogenитального тракта, анальной области и ампулы прямой кишки проявляется в двух клинических формах:

- очаговой, характеризующейся появлением типичных для простого герпеса слизистых оболочек везикулезно-эрозивных элементов;
- диффузной, при которой патологический процесс протекает по типу неспецифического воспаления.

Герпес верхнего отдела полового тракта проявляется симптомами неспецифического воспаления. Клинические проявления герпетических поражений внутренних половых органов не имеют специфических особенностей по сравнению с воспалительными процессами невирусной этиологии.

Обычно больные предъявляют жалобы на выделения из влагалища, периодически появляющиеся боли в малом тазу, промежности, в области проекции матки, яичников. При этом значительное число больных, у которых отсутствуют выделения и субъективная симптоматика, вообще не обращаются к врачу и длительное время остаются источником распространения инфекции. Установить реальную частоту поражения внутренних половых органов очень сложно, так как у 25-40%, а по некоторым данным, у 60-80% больных заболевание протекает бессимптомно. Можно предположить, что эта патология встречается значительно чаще, чем диагностируется.

Для **субклинической формы герпеса внутренних гениталий** типично отсутствие у

пациенток жалоб, иногда имеются указания на периодически появляющиеся необильные слизистые выделения из влагалища. При гинекологическом осмотре симптомы воспаления обычно не выявляются. При динамическом лабораторном исследовании мазков отделяемого канала шейки матки, влагалища и уретры отмечается периодическое повышение количества лейкоцитов, свидетельствующее о наличии воспалительного процесса.

Бессимптомный герпес – это часто нераспознанная симптомная инфекция. Бессимптомная форма герпеса внутренних гениталий характеризуется отсутствием у больных каких-либо жалоб на половую сферу, объективных клинических данных, подтверждающих воспаление. При лабораторном исследовании отделяемого урогенитального тракта выделяется ВПГ, в то время как в мазках признаков воспаления нет. Бессимптомная форма герпеса внутренних гениталий выявляется у 20-40% женщин, страдающих рецидивирующим генитальным герпесом. Это важное обстоятельство необходимо учитывать при планировании беременности у женщин с этой формой рецидивирующего герпеса в связи с существующей вероятностью развития во время беременности осложнений ВПГ-инфекции.

К осложнениям рецидивирующего генитального герпеса можно отнести вовлечение в инфекционный процесс нервной системы, что обусловлено нейротропизмом ВПГ. Необходимо отметить, что болевой синдром при рецидивирующем генитальном герпесе занимает особое место. Обращает на себя внимание частое отсутствие объективных данных при гинекологическом обследовании, свидетельствующих о воспалении внутренних половых органов. При этом пациентки предъявляют жалобы на периодически возникающие тянущие боли внизу живота, в области проекции яичников, иррадиирующие в поясничную область и прямую кишку, боли в промежности. В ряде случаев болевой синдром может имитировать клинику острого живота. Этот феномен, как правило, связан с имеющейся у больных специфической герпетической невралгией тазового нервного сплетения.

Также как и при локализации высыпаний на наружных половых органах, герпетические поражения шейки матки могут носить типичный и нетипичный характер.

В типичном варианте генитального герпеса – это всегда хорошо заметные множественные, довольно мелкие, с четкими границами округлые эрозии; высыпные элементы быстро минуют везикулярную стадию, в которой, кстати, эти элементы плохо различимы без применения кольпоскопии. Проблема причастности ВПГ к развитию нетипичных для герпетических изменений слизистой шейки матки остается до настоящего времени дискуссионной.

Особое значение влияние герпетической инфекции на состояние эпителия шейки матки имеет у женщин, длительно принимающих оральные гормональные контрацептивы. Известно, что длительный прием комбинированных стероидов в той или иной мере усиливает процессы плоскоклеточной метаплазии, а также может вызывать эффект эндоцервикальной гиперплазии, причем этот эффект в случае его развития наблюдается как в эпителии цервикального канала, так и в участках псевдоэрозии на фоне эктропиона, в полипах слизистой цервикального канала. В связи с этим прием оральных комбинированных контрацептивов может являться кофактором в развитии рака шейки матки, особенно в сочетании с герпетической инфекцией.

Женщины, выделяющие ВПГ и больные рецидивирующим генитальным герпесом, достоверно чаще имеют очаги хронической экстрагенитальной инфекции в виде хронического тонзиллита, пиелонефрита, холецистита, чем женщины, не выделяющие ВПГ.

У части женщин с характерными высыпаниями наблюдаются и **неспецифические проявления генитального герпеса**, включая цервицит, дизурию, гематурию, боль в малом тазу, причем в клинической картине могут преобладать именно неспецифические жалобы.

Урогенитальная герпетическая инфекция впервые может проявиться в виде патологии:

- - беременности (многоводия, угрозы прерывания беременности, невынашивания)
- - плода (внутриутробной инфекции без летального исхода или с летальным

исходом, спонтанного аборта, мертворождаемости);

- - новорожденного (врожденного герпеса, недоношенности, низкой массы тела при рождении).

В Российской Федерации удельный вес женщин детородного возраста, инфицированных ВПГ-II, составляет около 30%. Среди беременных, инфицированных ВПГ-II, многоводие, невынашивание, угроза прерывания беременности регистрируется в 5-10 раз чаще, чем среди серонегативных женщин.

Герпетические инфекции у беременных

Урогенитальный герпес характеризуется высоким риском заражения плода во время родов при появлении ВПГ-2 в родовых путях матери при первичном герпесе, первом эпизоде герпеса или рецидиве герпеса перед родами. Трансплацентарная передача вируса регистрируется редко и возможна, как правило, при первичной инфекции у беременных.

Герпетические инфекции у беременных относятся к числу самых распространенных заболеваний, определяющих внутриутробное инфицирование, эмбрио- и фетопатии, акушерскую патологию.

Герпетические инфекции (острые, обострение хронических) могут проявляться у беременных:

- – **в виде патологии беременности:** привычного невынашивания, многоводия, угрозы выкидыша, спонтанного аборта, неразвивающейся беременности;
- – **осложнений родов:** преждевременные роды, затяжные роды, длительный безводный период, слабость родовой деятельности, асфиксия плода;
- – **осложнений послеродового периода:** сепсис, мастит, эндометрит, субинволюция матки;

у новорожденных детей:

- врожденные инфекции с пороками развития и без таковых: синдромы ДЦП, ДВС, СВС, пневмония, желтуха новорожденных, ОРЗ, отставание в умственном развитии, нейросенсорные нарушения слуха, зрения, низкий вес при рождении, снижение резистентности к инфекциям (группа ЧБД — часто болеющих детей).

Формы герпесвирусных инфекций у беременных:

- – острые, завершающиеся элиминацией вируса;
- – моноинфекции;
- – коинфекции (микст-инфекции, смешанные вирусно-вирусные инфекции);
- – реинфекции (повторная инфекция, вызванная тем же вирусом);
- – суперинфекции (наслоение одной инфекции на предсуществующую вирусную инфекцию);
- – персистентные инфекции, характеризующиеся длительным (иногда пожизненным) пребыванием вируса в организме человека.

Риск внутриутробного инфицирования при различных формах герпесвирусных инфекций.

Убывание риска антенатального заражения эмбриона/плода при различных формах герпесвирусных инфекций у беременных можно представить в следующем порядке:

- – первичная клиническая форма микст-инфекции,
- – первичная клиническая форма моноинфекции,
- – первичная субклиническая моноинфекция,
- – первый клинический эпизод персистентной (рецидивирующей инфекции)
- – суперинфекция,
- – реинфекция,
- – повторные эпизоды клинической реактивации латентной инфекции,
- – субклиническая реактивация персистентной инфекции.

Критерии высокого риска антенатального инфицирования:

- – тяжелые формы вирусных инфекций беременных;
- – диссеминированный характер инфекционного процесса с заносом вируса в различные органы и системы макроорганизма (определение вирусов, геномных ДНК, вирусспецифических антигенов в различных биологических жидкостях и тканях);
- – высокий уровень вирусемии (концентрации вирусов, геномных ДНК, вирусспецифических антигенов в крови);
- – продолжительное обнаружение вирусов, геномных ДНК/РНК, вирусспецифических антигенов;
- – персистенция антител раннего иммунного ответа (класса М и низкоавидных антител класса G в крови)

Внутриутробная герпетическая инфекция в ранний период беременности обычно заканчивается развитием уродства плода и самопроизвольным выкидышем. Инфицирование плода во II-III триместрах беременности может привести к развитию клинически манифестирующего герпеса у новорожденного в виде генерализованных или локальных проявлений (поражение ЦНС, глаз, кожи, ротовой полости) и латентного носительства.

Вирусемия у женщин во время беременности может явиться причиной гибели плода, мертворождения, преждевременных родов. Герпесвирусы вызывают до 30% спонтанных аборт на ранних сроках беременности и свыше 50% поздних выкидышей, занимают второе место после вируса краснухи по тератогенности. При массивной вирусемии создаются благоприятные условия для трансплацентарного проникновения ВПГ в плод.

Внутриутробное инфицирование плода ВПГ может происходить:

- - трансплацентарно, трансцервикально или восходящим путем из инфицированного родового канала и гениталий;
- - трансвариально – из полости малого таза по маточным трубам. Инфицирование новорожденного может происходить:
- - в процессе родов – при прохождении плода через родовые пути;
- - после родов (аэрогенно или при контакте с инфицированным медицинским персоналом, инструментарием, при нарушении санитарно-противоэпидемического режима, через молоко).

Поскольку беременность сопровождается иммуносупрессией, она может быть одним из естественных предрасполагающих факторов реактивации латентной герпетической инфекции и способствовать более частому рецидивированию, диссеминации ВПГ в организме, развитию генерализованной инфекции.

Абсолютное большинство детей (70%) инфицируется ВПГ-2 типа от матерей без проявления генитального герпеса в анамнезе и во время родов.

Риск инфицирования плода возрастает при преждевременных родах, длительных затяжных родах, при преждевременном разрыве плодных оболочек и длительном безводном периоде (более 6 часов), применении щипцов.

Влияние герпетической инфекции на течение беременности и состояние плода обусловлено двумя основными механизмами.

Во-первых, возможно инфицирование плаценты, околоплодных вод и оболочек, а также самого плода. Это может привести к повреждению плаценты, оболочек, тератогенным изменениям в тканях эмбриона и плода, к развитию локальных или генерализованных поражений, а также к латентной инфекции плода, с последующими клиническими проявлениями в постнатальном периоде.

Во-вторых, возможно влияние герпетической инфекции с развитием у беременной лихорадки, нарушений функции фетоплацентарной системы, гомеостаза, гормонального баланса.

Указанные причины могут приводить к ранним и поздним выкидышам, задержке развития беременности, преждевременным родам, антенатальной гипотрофии, гипоксии, уродствам и гибели плода, развитию врожденных форм инфекции у новорожденных.

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.

Изучение влияния герпетической инфекции на течение беременности, развитие плода и новорожденного показало, что наиболее серьезную опасность в любом триместре беременности представляют генерализованные формы герпетической инфекции у женщин и первичная инфекция во время беременности.

Первичная инфекция во время беременности представляет большую угрозу для жизни самой женщины и плода, поскольку возрастает риск диссеминации ВПГ и развития герпетического энцефалита, гепатита.

Наиболее тяжело протекает **генерализованная форма герпетической инфекции**, характеризующаяся множественным поражением органов и систем организма. Генерализованная герпетическая инфекция у женщин развивается преимущественно в III триместре беременности и почти всегда ассоциируется с первичным заражением вирусом простого герпеса. Генерализация инфекции происходит постепенно. Первыми вовлекаются в патологический процесс половые органы, влагалище и шейка матки, являющиеся входными воротами инфекции. В 30% случаев первичный очаг локализуется на губах, в полости рта, гортани, иногда на коже.

Часто генерализованная герпетическая инфекция во время беременности сопровождается умеренной лейкопенией на фоне нейтрофилии, тромбоцитопенией, повышением уровня ферментов печени.

Генитальный герпес у мужчин

ВПГ является агентом, нарушающим сперматогенез и обладающим способностью инфицировать сперматозоиды. Это имеет особое значение у мужчин репродуктивного возраста и открывает новые аспекты в трактовке и решении проблемы бесплодных браков.

При генитальной герпетической инфекции у мужчин наблюдается поражение головки полового члена, крайней плоти, уретры, промежности, лобка

Особенностью генитального герпеса является многоочаговость. В патологический процесс нередко вовлекается нижний отдел мочеиспускательного канала, слизистая оболочка ануса и прямой кишки, что может происходить вторично, вслед за возникновением герпеса наружных гениталий, а может протекать, как изолированное поражение

По особенностям клинических проявлений герпетические поражения органов малого таза у мужчин, также как и у женщин разделяют на герпес нижнего отдела урогенитального тракта, анальной области, ампулы прямой кишки и герпес верхнего отдела полового тракта.

Герпес уретры

Вирусные уретриты, обусловленные ВПГ, часто являются причиной затянувшихся торпидно протекающих уретритов и рецидивирующих циститов, а также обострения хронических простатитов.

Субъективно герпес уретры проявляется болями в виде жжения, ощущения жара, гиперестезий по ходу уретры в состоянии покоя и при мочеиспускании, резами в начале мочеиспускания. Инкубационный период в развитии герпеса уретры остается неясным, составляет несколько месяцев, реже недель или дней. Течение герпеса уретры подострое или вялое с периодическими ремиссиями и рецидивами.

Герпетические очаги представлены мелкими единичными или сливающимися эрозиями с полициклическими краями на фоне местного расширения сосудов (очаговая форма) или выраженной очаговой гиперемией слизистой (диффузная форма). Чаще в процесс вовлекается передняя и средняя треть уретры.

При сухой уретроскопии на слизистой оболочке уретры обычно обнаруживается мягкий инфильтрат (реже переходный) с фрагментами слизистой красного цвета, с выраженными

крупными складками и исчезающими мелкими. Проведение уретроскопии рекомендовано при стихании наружных проявлений герпеса, при сохранении жалоб со стороны уретры, наличии у больного хронического рецидивирующего уретрита неясной этиологии, при предварительном исключении других урогенитальных инфекций. Противопоказаниями к проведению уретроскопии являются обострение уретрита и наличие герпетических высыпаний в области головки, ладьевидной ямки и внутреннем листке крайней плоти полового члена.

Герпетический уретрит субъективно характеризуется жжением, повышенной болевой чувствительностью, режями в начале мочеиспускания. При клиническом обследовании определяется гиперемия и отечность губок уретры, периодически появлялось скудное слизистое отделяемое из наружного отверстия уретры. В отделяемом уретры при микроскопическом исследовании мазка преобладают эпителиальные клетки и слизь.

Герпес мочевого пузыря

Ведущими симптомами герпетического цистита являются боли в конце мочеиспускания, дизурические явления и гематурия. У больных отмечается расстройство мочеиспускания: изменяются частота, характер струи, количество мочи. При цистоскопии наблюдается катаральное воспаление, единичные эрозии. Герпетический цистит у мужчин, как правило, вторичен и развивается как осложнение при обострении герпетического уретрита или простатита.

Герпес анальной области и прямой кишки

Герпетическое поражение анальной области и ампулы прямой кишки встречается как у гетеросексуальных мужчин, так и у гомосексуалистов. Анальная область может быть поражена первично или вторично. Очаг поражения обычно представляет собой рецидивирующую трещину, что нередко является поводом для диагностических ошибок.

При поражении сфинктера и слизистой оболочки ампулы прямой кишки (герпетический проктит) больных беспокоят зуд, чувство жжения и болезненность в очаге поражения, возникают мелкие эрозии в виде поверхностных трещин с фиксированной локализацией, кровоточащие при дефекации. Появление высыпаний может сопровождаться резкими распирающими болями в области сигмовидной кишки, метеоризмом и тенезмами, что является симптомами раздражения тазового нервного сплетения. При ректоскопии определяется катаральное воспаление, иногда эрозии. Поставить диагноз герпетического проктита можно только на основании результатов вирусологического обследования больного.

Герпес верхнего отдела полового тракта проявляется симптомами неспецифического воспаления. Типичная клиническая картина герпетических поражений органов верхнего отдела мочеполового тракта проявляется симптомами неспецифического воспаления. Установить реальную частоту поражения внутренних половых органов у мужчин очень сложно, так как в 40-60% случаев заболевание протекает без субъективных ощущений.

При субклинической форме герпеса внутренних гениталий жалобы у больного отсутствуют; при клиническом обследовании симптомы воспаления не выявляются. При динамическом лабораторном исследовании мазков отделяемого уретры в секрете простаты периодически выявляется повышенное количество лейкоцитов, свидетельствующее о наличии воспалительного процесса.

Бессимптомная форма герпеса внутренних гениталий (бессимптомное вирусовыделение) характеризуется отсутствием у больных каких-либо жалоб и объективных клинических симптомов воспаления. При лабораторном исследовании отделяемого урогенитального тракта выделяется ВПГ, в то время как в мазках признаков воспаления не наблюдается.

Герпес простаты

В развитии вирусных простатитов чаще наблюдается восходящий (уретрогенный) путь

передачи инфекции, а нисходящий (урогенный) путь встречается редко при проникновении вирусов из инфицированной мочи при циститах через выводные протоки предстательной железы.

Наиболее часто хронический простатит при герпетическом уретрите и рецидивирующем генитальном герпесе проявляется в катаральной форме, при этом течение заболевания отличается частым и упорно рецидивирующим.

В клиническом течении простатитов отмечаются функциональные сдвиги, репродуктивные изменения, болевой (с иррадиацией в наружные половые органы, промежность, поясницу) и дизурический синдромы. В большинстве случаев обострению хронических простатитов предшествует появление герпетических высыпаний в области гениталий. Появление везикулезно-эрозивных элементов может совпадать с появлением жалоб со стороны предстательной железы. Нередко у больных рецидивирующим генитальным герпесом простатит протекает субклинически: у этих пациентов диагноз простатита ставится на основании появления лейкоцитоза в секрете простаты и уменьшения числа лецитиновых зерен.

Герпетический простатит может существовать, как изолированная форма герпетической инфекции. В этом случае отсутствуют симптомы рецидивирующего генитального герпеса и ВПГ не определяется в отделяемом уретры. Этиологический диагноз основывается на обнаружении ВПГ в секрете предстательной железы, при этом патогенная флора в секрете и в третьей порции мочи отсутствует.

При ультразвуковом исследовании предстательной железы в области парауретральных зон простаты определяются гиперэхогенные фиброзные очаги размером 3-9 мм. У больных с герпетическим простатитом по сравнению с абактериальными простатитами неясной этиологии отмечается большая выраженность фиброзных отделов в области периферических зон.

Герпетическое поражение глаз

Первичный офтальмогерпес — заболевание, развивающееся у людей, не имеющих сформированного противовирусного иммунитета.

Клинический полиморфизм ВПГ-инфекции глаз создает дополнительные трудности, в особенности при подтверждении ВПГ-этиологии острого или хронического процесса, поэтому правильный выбор метода лабораторного подтверждения этиотропного диагноза, по меньшей мере наполовину определяет успех лечения и прогноз течения заболевания.

Инфицирование происходит в раннем возрасте (от 6 месяцев до 5 лет) и у взрослых в возрасте от 16 до 25 лет. Первичный офтальмогерпес протекает тяжело и имеет склонность к генерализованному течению. Первичный офтальмогерпес как самостоятельная форма встречается достаточно редко – не более 10% случаев всех герпетических поражений глаз. Подавляющая часть герпетических поражений глаз (около 90%) приходится на рецидивирующий офтальмогерпес.

Он характеризуется развитием следующих клинических форм: блефароконъюнктивита, везикулезного и древовидного кератита, рецидивирующей эрозии роговицы, эписклерита или иридоциклита, а в ряде случаев хориоретинита или увеита. Неврит зрительного нерва герпетической этиологии наблюдается редко. В структуре офтальмогерпеса преобладают герпетические кератиты. Герпетические кератиты составляют среди взрослых 20-57% от числа всех воспалительных заболеваний роговицы.

Герпетический кератит эпителиальный (древовидный) – наиболее частая и обычно начальная клиническая форма офтальмогерпеса

Наиболее ранние признаки вирусного поражения эпителия роговицы – образование точечных эпителиальных помутнений или мелких везикул. Слияясь, пузырьки и инфильтраты образуют своеобразную фигуру, напоминающую ветви дерева. В определенных условиях, особенно при рецидивах, заболевание приобретает более тяжелое течение. В

половине случаев древовидное изъязвление локализуется в оптическом центре роговицы. Воспалительный процесс распространяется по поверхности и вглубь, в строму роговицы, принимая характер географического или некротического.

Клинически древовидный кератит сопровождается слезотечением, блефароспазмом, светобоязнью, перикорнеальной инъекцией и невралгической болью. Нередко наблюдается снижение чувствительности роговицы.

Древовидный кератит считается патогномоничной формой герпетического поражения глаз, а столь характерная форма язвы обусловлена распространением вируса герпеса вдоль дихотомически разветвляющихся поверхностных нервов роговицы.

Географический кератит развивается, как правило, из древовидного вследствие прогрессирования или неправильного лечения кортикостероидами.

Краевой кератит характеризуется перилимбальными инфильтратами, способными сливаться.

Герпетический кератит характеризуется тяжелым, длительным течением и склонностью к рецидивам (в 25 % случаев при первой атаке глаз и до 75% – при повторных).

В пожилом возрасте кератит нередко протекает бессимптомно, покраснение глаза невелико или может отсутствовать, боль незначительна.

Герпетический кератит у детей, напротив, сопровождается болью, выраженным покраснением глаз и светобоязнью. При покраснении глаз у детей с выраженной болью и светобоязнью без явлений бактериального конъюнктивита следует предполагать герпесвирусную этиологию инфекции, если не выявлено других причин.

Герпетический хориоретинит обычно развивается на фоне генерализованного герпеса и встречается у новорожденных и ВИЧ-инфицированных.

Герпетический кератоиридоциклит характеризуется хроническим течением, наличием иридоциклита с серозным или серозно-фибринозным выпотом и крупными преципитатами по задней поверхности роговицы, отеком радужно оболочке, офтальмогипертензией. Вирус простого герпеса изредка вызывает *острый некроз сетчатки*.

Клинические проявления генерализованных форм ВПГ-инфекции

Возможно развитие системных форм рецидивирующего герпеса. Диагностика таких случаев затруднена, так как герпетическое поражение внутренних органов не имеет специфических признаков. Однако наблюдается одновременное появление кожных высыпаний вместе с висцеральным поражением. Возможно развитие хронического герпетического простатита, хронического гепатита, герпетического энцефалита и др.

Герпетическое поражение центральной нервной системы

Наибольшую угрозу для здоровья представляют герпетические нейроинфекции (летальность достигает 20%, а частота инвалидизации — 50%).

Вирусы простого герпеса вызывают разнообразные поражения нервной системы: энцефалиты, менингиты, миелиты, полинейропатии.

Наиболее часто встречаются энцефалит или менингоэнцефалит, который может проявляться либо в виде локализованной формы только поражения ЦНС, либо быть одним из синдромов генерализованной герпетической инфекции, сочетаясь с поражениями кожи и внутренних органов. Чаше генерализованная герпетическая инфекция отмечается у новорожденных и детей раннего возраста, хотя встречается и у взрослых. Локализованное поражение ЦНС возможно у больных любой возрастной группы.

Герпетический энцефалит — наиболее частая форма герпетической инфекции. вирусом простого герпеса.

Острый энцефалит, вызванный вирусом простого герпеса, тяжелое инфекционное заболевание, протекающее с общемозговыми и очаговыми симптомами и характеризующееся очень высокой летальностью — до 80%.

По клиническим проявлениям ГЭ — классический пример энцефалита. Для него характерны **четыре основных синдрома**:

- синдром нарушения сознания,
- гипертермический синдром,
- судорожный синдром,
- синдром очаговых нарушений.

В течении ГЭ выделяют несколько периодов:

- Инкубационный период герпетического энцефалита составляет от 2 до 26 суток, чаще 9-14 дней.
- Общеинфекционный (первые 2–4 дня): у больного повышается температура тела, наблюдается катар верхних дыхательных путей, возможно появление сыпи на коже и слизистых оболочках.
- Энцефалический (3–7 день) — появляются головная боль, рвота, психомоторное возбуждение, бред, галлюцинации, афазия, апраксия, пирамидные расстройства.
- Энцефалитический (коматозный) — возникают нарушения сознания, судороги, кома.
- Период ранней реконвалесценции — наблюдаются ретроградная и фиксационная амнезия, апраксия, потеря приобретенных навыков, агнозия, регресс в физическом и умственном развитии.
- Период остаточных явлений — сопровождается психическими расстройствами, гиперкинезами, парезами конечностей.

Инкубационный период герпетического энцефалита составляет от 2 до 26 суток, чаще 9-14 дней. Герпетический энцефалит начинается остро. Внезапно повышается температура до 40-41⁰С по типу постоянной или перемежающейся лихорадки. Уже в первые часы болезни наблюдается сильная головная боль, повторная рвота не связанная с приемом пищи. Ранним проявлением герпетического энцефалита является полиморфный эпилептический синдром, являющийся классическим проявлением поражения височных и лобных долей мозга. В ряде случаев развиваются миоклонии практически не поддающиеся медикаментозной терапии. Иногда заболевание начинается психомоторными припадками (галлюцинации, ощущение страха) и выраженными вегетативными нарушениями (бледность, обильная саливация, гипергидроз). Промежуток времени между начальными симптомами заболевания и развитием судорожно-коматозного состояния может быть молниеносным или составлять 48-72 часа.

Нередко поражаются лобные доли головного мозга, что клинически проявляется мнестико-интеллектуальными нарушениями (нарушаются память, навыки письменной и устной речи, чтения и т.д.), меняется поведение, отношение к окружающим. Синдром очаговых нарушений может включать также нарушение функций любых черепных нервов с развитием соответствующей клиники.

При герпетическом энцефалите обязательно развивается очаговая неврологическая симптоматика, в основном в виде гемипарезов. Могут наблюдаться тетрапарезы, поражения глазодвигательных и бульбарных нервов, свидетельствующие о развитии стволовой симптоматики.

Возможны парезы по типу гемиплегии, асимметрия и выпадение рефлексов, появление патологических рефлексов (чаще из группы разгибательных). Еще одна особенность ГЭ — стойкий судорожный синдром, который трудно купировать даже самыми современными средствами, и если этого удастся достичь, то все равно судорожная готовность сохраняется еще в течение нескольких суток. Судороги чаще носят генерализованный характер. Характерной особенностью ГЭ является также гипертермический синдром, однако иногда встречаются так называемые «холодные» ГЭ.

При герпетическом энцефалите наиболее часто развивается центральное вклинение, начальным проявлением которого являются дизэнцефально-мезенцифальные расстройства:

вялость, сонливость, зевота, аритмичное дыхание, плавающие движения глазных яблок, косоглазие, нарушение зрачковых реакций, появление позы декортикации. Это состояние может быть обратимо при быстром снижении внутричерепной гипертензии.

При прогрессировании центрального вклинения развивается двусторонняя разгибательная ригидность, что свидетельствует об отеке и нарушении проводимости в стволе мозга. Лицо становится амимичным, углы рта отвисают с обеих сторон, веки не полностью смыкаются, корнеальные рефлексы отсутствуют, развивается апное.

Хронический герпетический энцефалит может протекать как вяло текущий инфекционный процесс в ЦНС, как вариант медленной инфекции. В этом случае прогрессируют интеллектуально-мнестические нарушения вплоть до деменции.

Кроме описанного типичного варианта встречается и более легкая форма ГЭ. Клиника такого ГЭ складывается из лихорадки (обычно не превышающей 38,5—39°C), угнетения сознания без его потери (дети вялые, сонливые, заторможенные, но находятся в сознании), часто отсутствует судорожный синдром. Грубых очаговых нарушений нет, обычно выявляется микросимптоматика: асимметрия рефлексов и мышечного тонуса, сомнительные патологические рефлексы. В ликворе можно обнаружить антигены ВПГ и/или увеличение титра противогерпетических антител по сравнению с таковым в крови, специфические изменения на ЭЭГ и/или при компьютерной или ЯМР-томографии головного мозга.

В отдельных случаях герпетическому энцефалиту предшествуют ОРВИ, грипп, афтозный стоматит, ларинготрахеит, а у детей раннего возраста – гастроэнтерит или энтероколит. Типичные герпетические высыпания на коже и слизистых оболочках при герпетическом энцефалите бывают редко, особенно у взрослых (10-15%), более часто встречаются у детей.

Помимо герпетического энцефалита описаны другие, более редко встречающиеся формы поражения нервной системы: менингиты, миелиты, энцефаломиелорадикулоневриты.

Герпетический менингит, обусловленный вирусом простого герпеса, составляет около 4% в этиологической структуре серозных менингитов. Герпетический менингит клинически протекает также как и серозные менингиты другой этиологии.

Менингит при герпетическом поражении центральной нервной системы развивается обычно на фоне энцефалита, т.е. протекает как менингоэнцефалит (ГМЭ). Причем воспаление оболочек мозга носит серозный характер при невысоком цитозе (как правило, до 100 клеток в 1 мкл), представленном в основном лимфоцитами (75—90%). Содержание глюкозы и хлоридов не меняется, белка — часто повышается, иногда до 1,0 г/л и более (из-за энцефалита). Изолированное поражение мозговых оболочек встречается редко. Поставить диагноз герпетического менингита по клиническим признакам невозможно. Требуются специальные методы лабораторного обследования. Однако при затяжном или рецидивирующем серозном менингите наряду с другими исследованиями необходимы обследования на наличие ВПГ.

Менингоэнцефаломиелит (сочетанное поражение головного и спинного мозга) проявляется, наряду с признаками ГМЭ, клиникой миелита, в частности трофическими нарушениями со стороны участков кожи, подвергающихся давлению (в положении больного на спине это чаще всего пятки), иногда нарушением функции тазовых органов и т.д.

Один из вариантов герпетического менингоэнцефаломиелита — восходящий или нисходящий паралич Ландри. Для него характерно постепенное распространение патологического процесса сверху вниз или снизу вверх по ЦНС с соответствующим нарастанием клинических проявлений. Этот вариант ГИ представляет серьезную угрозу для жизни, поскольку при нем могут поражаться продолговатый мозг и локализующиеся в нем ядра двигательных нервов, которые формируют жизненно важные центры — дыхательный и сосудисто-двигательный.

Поражения периферической нервной системы, обусловленные вирусом простого герпеса, протекают по типу *невритов и полирадикулоневритов*. С реактивацией ВПГ типа 1, по-видимому, может быть связано и поражение периферической нервной системы, в

частности, *паралич Белла* и *полинейропатия черепных нервов*.

Вирус простого герпеса наиболее частая из распознаваемых причин **менингита Моллара**. В этом случае в спинномозговой жидкости выявляют антитела к вирусу простого герпеса или вирусную ДНК.

Вирус простого герпеса также может служить причиной **вегетативной нейропатии**, особенно при поражениях крестцовых ганглиев.

Изредка простой герпес приводит к развитию **поперечного миелита** с быстро прогрессирующим параличом ног и синдрому Гийена-Барре.

Существует еще один вариант поражения ЦНС при ГИ — **синдром радикуломиелопатии**. Клинически он проявляется корешковым синдромом, нарушениями чувствительности в зонах, соответствующих очагам поражения, и нарушениями функции тазовых органов. Возможно, этот синдром — один из вариантов течения герпетического миелита.

Другие проявления ГИ (*herpes labialis*, *herpes nasalis*, стоматит и др.) всегда бывают при герпетическом поражении ЦНС. Их сочетание, по-видимому, носит случайный характер и не должно влиять на постановку диагноза.

Герпетическое поражение внутренних органов

Данный вариант ГИ не менее тяжелый, чем ГЭ. Висцеральные формы герпеса обычно обусловлены виремией. Клиника ГГИ складывается из симптомов поражения тех органов, которые вовлекаются в патологический процесс. При ГГИ могут поражаться любые органы или системы (висцеральная форма ГИ), однако с разной вероятностью. Считается, что только ЦНС и печень практически всегда вовлекаются в патологический процесс, который проявляется цитолитическим и мезенхимально-воспалительным синдромами (синдром холестаза, как правило, не развивается).

Часто поражаются легкие (пульмонит), сердце (миокардит), поджелудочная железа (панкреатит), реже — почки, надпочечники, желудочно-кишечный тракт. Висцеральная форма ГИ иногда может дебютировать с клиники острого живота, что служит поводом для оперативного вмешательства.

Характерно полиорганное поражение, хотя иногда наблюдаются только герпетический эзофагит, герпетическая пневмония или герпетический гепатит.

Герпетический эзофагит — возникает при непосредственном распространении инфекции со слизистой ротоглотки либо при реактивации и миграции вируса в слизистую пищевода по блуждающему нерву. Основные симптомы — боль при глотании, дисфагия, боль за грудиной, похудание. На слизистой пищевода появляются множественные овальные эрозии с гиперемизированным дном, часть из которых покрыта фиброзными пленками. Страдают преимущественно дистальные отделы пищевода, но в тяжелом случае слизистая пищевода поражается на всем своем протяжении.

Герпетическая пневмония — встречается редко и только у больных с глубоким иммунодефицитом. Герпетическая пневмония, возникающая при распространении герпетического трахеобронхита на паренхиму легких, носит характер некротической бронхопневмонии. При гематогенной диссеминации вируса простого герпеса может развиваться двусторонняя интерстициальная герпетическая пневмония. Герпетической пневмонии часто сопутствует бактериальная, грибковая или протозойная. Среди больных с ослабленным иммунитетом летальность в отсутствие противовирусной терапии превышает 80%.

Герпетический гепатит — является частым клиническим проявлением как при первичной генерализованной, так и при рецидивирующей герпетической инфекции. Герпетический гепатит, как проявление первичной герпетической вирусной инфекции наиболее часто регистрируется у новорожденных и детей первых месяцев жизни на фоне ослабленного иммунитета.

Клиническая картина заболевания складывается из сочетания следующих синдромов:

цитоллиза, протекающего с интоксикацией и неврологическими нарушениями, холестаза и геморрагического синдрома.

Синдром цитоллиза сопровождается интоксикацией и неврологическими нарушениями различной степени выраженности (вялость, мышечная гипотония, гиперрефлексия, нарушение сосания, снижение аппетита, упорное срыгивание). Наблюдается снижение массы тела, диспептические явления, нарушения периферического кровообращения (мраморность, акроцианоз), дыхательные расстройства. При длительном течении заболевания (более 3-4 недель) может наблюдаться задержка психомоторного развития, связанная с воздействием вируса на центральную нервную систему (энцефалит).

Гипербилирубинемия при герпетическом гепатите имеет сложный генез. Происходит нарушение выделения билирубина из гепатоцита с развитием внутриклеточного холестаза. Желтушность кожи, склер и видимых слизистых умеренно нарастает от лимонно-желтого до зеленовато-желтого, по мере нарастания в сыворотке крови конъюгированного билирубина. При течении заболевания более 2-3 недель наблюдается транзиторный холестаз, наиболее постоянным проявлением которого является периодическое обесцвечивание стула.

Увеличение печени имеет место у всех больных, причем гепатомегалия постепенно нарастает, печень становится плотной. В начальной стадии заболевания спленомегалия не выражена, но дальнейшее увеличение селезенки свидетельствует о нарастании портальной гипертензии. Гепатоспленомегалия сопровождается увеличением живота, усилением венозного рисунка на передней брюшной стенке, появлением асцита и умеренно выраженным отечным синдромом.

Геморрагический синдром обусловлен нарушением синтетической функции печени и проявляется кровоизлияниями в кожу от мелких петехий до экхимозов без типичной локализации. Появляется кровоточивость из мест инъекций. Развитие геморрагического синдрома происходит на фоне печеночной недостаточности, в период прогрессирования цирроза печени.

В периферической крови у большинства больных отмечается анемия, причем степень ее выраженности прямо пропорциональна давности заболевания. Развивается лейкопения, моноцитоз, наблюдается увеличенная СОЭ. Биохимические изменения выявляют гипо- и диспротеинемию, с преимущественным повышением α 2- и γ -глобулинов, положительный С-реактивный белок, повышение уровня аминотрансфераз и щелочной фосфатазы.

Герпетический моноартрит, некроз надпочечников, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, гломерулонефрит – встречаются редко.

Генерализованный герпес при нормальном иммунитете встречается редко. У лиц с ослабленным иммунитетом, истощенных, пострадавших от ожогов, герпес иногда поражает надпочечники, поджелудочную железу, тонкую и толстую кишку, костный мозг. У беременных гематогенная диссеминация вируса в III триместре беременности при первичном герпесе может закончиться гибелью и плода и матери.

Герпес у ВИЧ-инфицированных развивается обычно в результате активации имевшейся латентной герпетической инфекции, при этом заболевание быстро приобретает генерализованный характер. Признаками генерализации является распространение вируса по слизистой оболочке из полости рта на слизистую оболочку пищевода, трахею, бронхи с последующим развитием герпетической пневмонии. Признаком генерализации является также появление хориоретинита. Развивается энцефалит или менингоэнцефалит. Поражения кожи захватывают различные участки кожи. Герпетическая сыпь обычно не исчезает, на месте герпетических поражений формируются изъязвления кожи. Герпетическая инфекция у ВИЧ-инфицированных не имеет тенденции к самопроизвольному излечению.

4.4 Общие подходы к диагностике

Диагностика «простого герпеса» производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, дополнительных методов обследования и направлена на определение тяжести состояния и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые

препятствуют немедленному началу лечения или требующие коррекции лечения. Такими факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением;
- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение специалистов по профилю;
- отказ от лечения.

4.4.1. Алгоритм комплексного клинико-лабораторного обследования

1. Осмотр больного и клиническая характеристика заболевания (установление формы и тяжести, интерпретация результатов клинического исследования биоматериалов), с учетом:

Общие симптомы:

- - повышение температуры тела
- - слабость, недомогание
- - головная боль
- - мышечная боль

Местные симптомы:

- - зуд,
- - боль,
- - жжение,
- - покалывание, саднение

Характеристика высыпаний:

- - гиперемия
- - везикулы
- - эрозии

Увеличение паховых лимфатических узлов

- - единичные или множественные
- - размер
- - консистенция

2. Анализ анамнестических данных (наличие герпесвирусных высыпаний у больного в прошлом, учет ГИ у членов семьи).

3. Инструментальное обследование больного.

4. Проведение специфической лабораторной диагностики.

5. Иммунологические исследования

4.4.2. Клиническая диагностика

При простом герпесе с характерными элементами высыпаний и типичной морфологией – диагноз устанавливается на основании клинических данных, лабораторное подтверждение не требуется.

Лабораторное подтверждение требуется в следующих случаях:

- - при установлении этиологии инфекционного процесса при бессимптомном и хроническом рецидивирующем течении,
- - при установлении этиологии инфекционного процесса при диссеминации процесса,
- - при появлении нехарактерных высыпаний или атипичной локализации высыпаний (ротовая полость и др.),
- - при затрудненном дифференциальном диагнозе (н., при возникновении высыпаний с дерматомной распространенностью на фоне интоксикации, лихорадки, идентичных таковым при опоясывающем лишае),
- - при наличии менингеального синдрома в спинномозговой жидкости исследуют

титры IgM и IgG anti-ВПГ^{1/2}, а также ДНК ВПГ^{1/2},

- - при развитии первого эпизода болезни у беременных,
- - при беременности с отягощенным акушерским анамнезом
- - при бесплодии неясного генеза,
- - при установлении этиологии инфекционного процесса у ВИЧ-инфицированных лиц или лиц со вторичными иммунодефицитными состояниями различного генеза (онкологические больные после проведенных курсов лучевой и химиотерапии, трансплантации костного мозга; лица, получающие иммунодепрессанты; больные вирусным гепатитом).

В выше перечисленных случаях диагноз ГИ должен устанавливаться по совокупности анамнестических, эпидемиологических, клинических данных и доступных лабораторных методов исследования: цитоморфологического исследования мазков для обнаружения многоядерных гигантских клеток и внутриклеточных включений; выделения вируса в культуре клеток, иммуноферментного анализа (ИФА) для определения титра вирусных антител; определения вирусной ДНК с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР).

4.5 Клиническая дифференциальная диагностика характера проявления синдрома

4.5.1 Клинические критерии диагностики простого герпеса

При развернутой клинической картине Простого герпеса диагноз трудностей не представляет.

Диагностические трудности возникают:

- в продромальном периоде болезни, когда отсутствуют пузырьковые высыпания, но имеются симптомы интоксикации, лихорадка и др.

- при генерализованных формах инфекции (поражении внутренних органов, нервной системы) в отсутствии характерных высыпаний.

В подобных случаях ранние проявления простого герпеса следует дифференцировать:

- со стенокардией, инфарктом, инсультом, плевритом, холециститом, панкреатитом и др.

При данных состояниях необходима консультация терапевта, кардиолога, хирурга, проведение электрокардиографии, Р-графии, УЗИ органов ЖКТ и др.

- в период клинических проявлений болезни, при появлении сыпи.

В подобных случаях дифференциацию проводят с высыпаниями при опоясывающем герпесе, роже, дерматите; в случае с генерализованной формой простого герпеса - с ветряной оспой.

В отличие от ОГ рожа характеризуется более яркой гиперемией, большей отграниченностью отека от окружающей здоровой кожи, валикообразными, неровными краями. При этом очаги поражения сплошные, кожа более плотная.

Клинически малоотличимые зостериформный простой герпес и опоясывающий герпес различают по результатам вирусологического обследования.

Дифференциальная диагностика ВПГ

Дифференциальная диагностика герпетического стоматита

Причинами развития язвенного поражения слизистой полости рта могут быть:

- 1) хронические заболевания ЖКТ (гастрит, гастродуоденит, панкреатит и др.);
- 2) различные инфекции (ВИЧ, вирус Эпштейна—Барр, цитомегаловирус, 6-й тип герпесвируса человека);
- 3) иммунные и иммунодефицитные заболевания (болезнь Бехчета, болезнь или синдром Рейтера, системная красная волчанка, синдром Стивенса—Джонсона, циклическая нейтропения, периодическая болезнь);
- 4) заболевания неясной этиологии (болезнь Крона, синдром PFAPA («Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis and Adenitis») и др.).

Дифференциальная диагностика генитального герпеса

Заболевание	Генитальные язвы	Примечание
Сифилис	В первичном периоде может сопровождаться образованием множественных первичных аффектов – твердых шанкров, во вторичном периоде – эрозивных папул	Положительные серологические исследования на сифилис, обнаружение <i>T.pallidum</i> при микроскопии в темном поле
Мягкий шанкр	В начальной стадии образуются эрозии и язвы, сопровождающиеся болезненностью	Образуются округлые, а не полициклические эрозивно-язвенные элементы, отсутствует их сгруппированность. Реакция паховых лимфатических узлов ярко выражена. При микроскопии отделяемого язв обнаруживается возбудитель мягкого шанкра – <i>Haemophilus ducreyi</i>
Паховая гранулема	Начинается с образования узелка, пустулы, которые быстро изъязвляются, формируя первичный аффект – язву. По периферии часто возникают дочерние язвы-сателлиты	Характерен выраженный распад тканей, края язв отечны, гиперемированы, несколько приподняты. При микробиологическом исследовании обнаруживают возбудитель – тельца Donovan (Calyimmatobacterium granulomatis)
Чесотка	Может протекать с эрозивными поражениями половых органов, возникающими вследствие расчесов и мацерации кожи серозным отделяемым	Наличие зудящих высыпаний в межпальцевых промежутках, на запястье, в локтевых ямках и в других типичных для чесотки местах. Обнаружение чесоточного зудня при микроскопии
Фиксированная эритема	Возникает в ответ на прием различных медикаментов – сульфаниламидных препаратов, снотворных средств и др. Может сопровождаться образованием эрозивных элементов как на половых органах, так и в ротовой полости и на других участках кожи	Характерен симптом «бычьего глаза»: эрозия образуется в центральной части пятна, интенсивность окраски которого убывает от центра к периферии. Тщательно собранный анамнез помогает установить правильный диагноз
Эритроплазия Кейра	Характеризуется образованием розовато-красной бархатистой бляшки, которая иногда изъязвляется с появлением серозного отделяемого	Возникает после 50 лет. Установить диагноз помогают клиническая картина и гистологическое исследование

Болезнь Бехчета	Сопровождается появлением афтозных болезненных высыпаний на половых органах	Высыпания имеются также в ротовой полости – афтозный стоматит. Характерны поражения глаз. Диагноз устанавливают на основании клинических признаков
Болезнь Крона	Терминальный илеит может протекать с образованием язв, расположенных как на половых органах, так и в перианальной области	Характерны абдоминальные боли, рубцы вследствие ранее перенесенной аппендэктомии, астеническое телосложение больных
Контактный дерматит, травма	Появляются вследствие аппликации на половые органы различных антисептиков, мазей и других средств. Встречаются аллергические реакции на латекс и смазку презервативов. Могут сопровождаться появлением эрозий на половом члене	Установить диагноз помогает тщательно собранный анамнез
Пузырные дерматозы	Могут манифестировать образованием пузырных, а затем эрозивно-язвенных элементов, в том числе и на половых органах	Имеются высыпания также и на других участках кожи, в ротовой полости. При дифференциальной диагностике используют цитологическое исследование, прямую иммунофлюоресценцию.
Стрептококковое импетиго, шанкриформная пиодермия	Гнойничковые заболевания, которые могут протекать с образованием эрозивно-язвенных элементов	В отличие от герпетических поражений в отделяемом эрозий и язв обнаруживают стрептококки и стафилококки
Баланопостит	Может сопровождаться образованием болезненных эрозий на головке и внутреннем листке крайней плоти	Часто возникает при сопутствующем течении уретрита вследствие мацераций уретральным отделяемым. Нередко выявляют снижение толерантности глюкозы. Диагноз устанавливают путем исключения других заболеваний
Плазмноклеточный баланит Зуна	Протекает с образованием эритематозных эрозивных безболезненных, четко очерченных бляшек с блестящей поверхностью на коже головки полового члена	Гистологическое исследование участка пораженной кожи выявляет плазмоцитарный инфильтрат

Дифференциальная диагностика при поражении нервной системы:

- Бактериальные менингиты • Абсцесс головного мозга • Туберкулёз • Болезнь кошачьих царапин • Пятнистая лихорадка Скалистых Гор • Эрлихиоз • Сифилис • Лаймская болезнь • Лептоспироз • Амёбные энцефалиты (вызванные видами *Naegleria* и *Acanthamoeba*) • Токсоплазмоз • Инсульт • Субарахноидальное кровоизлияние • Опухоль ЦНС • Травма

4.5.2 Критерии оценки степени тяжести по клиническим признакам

Легкая форма — температура тела повышается до 37,5—38,5°C в течение 2—3 сут., симптомы интоксикации отсутствуют или выражены незначительно. Высыпания необильные, продолжаются 2—3 дня, исчезают бесследно.

Среднетяжелая форма — температура тела повышается до 38,6—39,5°C в течение 3—5 сут., симптомы интоксикации выражены умеренно. Высыпания обильные, в том числе и на слизистых оболочках, продолжаются 5—7 сут., после их исчезновения может оставаться кратковременная пигментация.

Тяжелая форма — температура тела выше 39,6°C в течение 7—10 сут., возможно развитие менингоэнцефалических реакций. Высыпания обильные, крупные, «застывшие» в одной стадии развития, отмечаются как на коже, так и на слизистых оболочках (в том числе верхних дыхательных путей и мочевого тракта). Длительность высыпаний — 7-8 дней, после исчезновения сыпи, наряду с пигментацией, могут оставаться поверхностные рубчики.

4.6 Эпидемиологическая диагностика

4.6.1 Эпидемиологические критерии диагностики «Простой герпес»:

- контакт с больным с диагнозом «Простой герпес» (первичная форма), эпизоды простого герпеса в анамнезе с характерным locus minoris.

4.7 Лабораторная диагностика

Лабораторное обследование пациентов включает (в зависимости от клинических проявлений простого герпеса и степени рецидивирования):

Лабораторные исследования: - маркеры ВПГ - общий анализ крови - гемоглобин - общее число лейкоцитов и лейкоцитарная формула - анализ мочи - биохимический анализ крови - показатели функции печени (АЛТ, АСТ, билирубин, тимоловая проба, белок и его фракции, щелочная фосфатаза) - креатинин, амилаза, глюкоза, мочевины - исследование СМЖ (маркеры ВПГ, антитела к ВПГ-1/-2, белок, лимфоциты и др.) - серологическое исследование на сифилис - маркеры вирусных гепатитов - обследование на оппортунистические инфекции, ИППП - тестирование на ВИЧ-инфекцию	обязательно
Другие исследования в зависимости от жалоб или других симптомов	при необходимости

Методы диагностики

Метод	Показания	Сила*
Микроскопический	Выявление многоядерных гигантских клеток с внутриядерными включениями показано при бессимптомном течении, а также острой фазе заболевания. Экспресс-выявление вируса или его компонентов непосредственно в пробах, взятых от больного с помощью электронной микроскопии клинического	С

	материала при негативном контрастировании с выдачей ответа через несколько часов.	
Иммунофлуоресцентный	Для экспресс-выявления антигенов вируса простого герпеса. При оценке результатов обращают внимание на характер и количество антигенсодержащих клеток, локализацию специфического свечения и его интенсивность. Положительным считается мазок, в котором содержится не менее 3 морфологически неизменных клеток с интенсивной специфической флуоресценцией и типичной для ВПГ локализацией в ядре или ядре и цитоплазме одновременно.	С
Вирусологический	выделение вируса из биологического материала (содержимого пузырьков, соскобов со слизистых оболочек и кожи, крови, СМЖ и др.) на чувствительных культурах клеток	Д
Выявление ДНК вируса методом ПЦР	<ul style="list-style-type: none"> - позволяет выявить единичные последовательности соответствующих нуклеиновых кислот в биологическом материале. - особое значение имеет при асимптомном герпесе, когда заболевание не имеет явной клинической картины, но патологические процессы присутствуют, и больные, выделяя вирус при контактах, инфицируют партнеров. - ПЦР-исследованию на герпес в обязательном порядке должны подвергаться беременные, поскольку нахождение вируса герпеса в половых путях даже у серопозитивных, имеющих иммунитет к вирусу герпеса, резко повышает риск инфицирования плода. - ПЦР-исследование может использоваться также для дифференциальной диагностики ВПГ-1 и ВПГ-2. 	С
Иммуноцитохимический	выявление антигенов вируса простого герпеса	С
Серологический - иммуноферментный анализ (ИФА)	<p>Выявление вирусных антител классов IgG, IgA, IgM в сыворотке крови и СМЖ.</p> <p>Диагностическое значение при первичной ГИ имеет выявление IgM и/или четырехкратное увеличение титров специфических иммуноглобулинов (IgG) в парных сыворотках крови, полученных с интервалом в 14-21 день. - рецидивирующий герпес обычно протекает на фоне высоких показателей IgG, свидетельствующих о постоянной антигенной стимуляции организма больного.</p> <p>- появление IgM является признаком первичного инфицирования или обострения латентно протекающей инфекции.</p>	С

	<p>- антитела к ВПГ класса М могут циркулировать в крови более 3 месяцев (до нескольких лет). Этот феномен связывают с нарушением иммунитета у лиц с ГИ.</p> <p>--у иммуносупрессированных пациентов, при рецидивах ГИ, антитела к вирусу (как IgM, так и IgG) могут не выявляться</p>	
Реакции связывания комплемента (РСК), особенно в микромодификации	Информативность РСК связана со стадией ГИ: так при первичном заражении в острой стадии заболевания антитела не характерны, в стадии реконвалесценции в сыворотке крови выявляются антигерпетические антитела в определенном титре. При рецидиве герпеса титр антител возрастает в 4 и более раз. При использовании РСК для серологической диагностики ВПГ следует учитывать антигенные перекрестные реакции ВПГ с вирусом ветряной оспы – герпес-зостер.	В
Исследование цереброспинальной жидкости	Выявление маркеров ВПГ, специфических антител (диагностический критерий 1:20), определение индекса отношения антител в сыворотке крови к титру антител в СМЖ (300).	С
Гематологический (иммунологический)	При исследовании клеточного звена иммунитета у больных с ГИ можно обнаружить общее снижение СД3, СД4 клеток, тенденцию к повышению СД8, низкий иммунорегуляторный индекс (СД4/СД8), низкую активность клеточных компонентов неспецифического иммунитета, сниженную продукцию эндогенного интерферона и других цитокинов. В стадии ремиссии у больных рецидивирующим герпесом обнаружено снижение активности факторов неспецифического иммунитета и угнетение фагоцитарной системы, проявляющееся в снижении абсолютного числа моноцитов циркулирующей крови и истощении окислительно-восстановительного потенциала нейтрофилов.	В
Анализ крови		В
Анализ мочи		В
Биохимический анализ крови		В

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

Диагностика при рецидивирующем лабиальном герпесе

У больных с редкими рецидивами (1-2 рецидива в год и реже) при локализованной форме серологическая и вирусологическая диагностика не рациональна.

У больных с частыми рецидивами (4-6 раз в год и чаще) рекомендуется исследовать напряженность противогерпетического иммунитета (титры IgM и IgG ВПГ-1 и 2), состояние иммунного и интерферонового статуса. Необходимо исключить причину вторичного иммунодефицита и ВИЧ-инфекцию.

Диагностика при первичном генитальном герпесе, в том числе у беременных

Клинико-эпидемиологический диагноз рекомендуется подтвердить выявлением специфических IgM ВПГ-1/-2, а также выявлением ДНК ВПГ-1/-2 в отделяемом из очага поражения, биологических материалов (крови). Показано исследование на сифилис, гонорею, ВИЧ-инфекцию и другие ИППП.

Диагностика при рецидивирующем генитальном герпесе, в том числе у беременных

Диагностические и лечебные мероприятия проводятся для обоих супругов. При наличии клинических показаний у обоих половых партнеров необходимо исследовать титры IgM и IgG к ВПГ-1/-2. В вульвовагинальном секрете, в отделяемом цервикального канала, в отделяемом уретры, в простатической жидкости показано определение наличия и типа вируса (ДНК ВПГ-1 или ВПГ-2). Необходимо исследование состояния иммунного и интерферонового статуса. Необходимо исключить причину вторичного иммунодефицита, сифилис, гонорею, ВИЧ-инфекцию и другие ИППП.

Диагностика у больных с признаками поражения нервной системы (менингоэнцефалита) показано исследование ДНК ВПГ1/2 и титров IgM и IgG к ВПГ-1 и IgM и IgG к ВПГ-2 в крови и в СМЖ. У больного также показано исследование состояния Т-клеточного иммунитета, активности фагоцитоза. Необходимо исключить ВИЧ-инфекцию, сифилис, гонорею и другие ЗППП, соматическую патологию.

- Подтверждением диагноза является:
- Нарастание титра специфических Ig G в крови и ликворе в динамике.
- Соотношение титров специфических Ig G в крови и ликворе должно составлять 300:1 и более.
- Титр специфических Ig G в ликворе - 1:16 и более.
- Присутствие в ликворе специфических Ig M.
- Обнаружение в ликворе ДНК вируса простого герпеса с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР).
- Наличие очагов некроза в мозге, обнаруженное при компьютерной или магнитнорезонансной томографии, чаще в лобно-височной области мозга (возможно уже с 5-7-го дня заболевания).

Критерии лабораторного подтверждения диагноза

Метод	Диагностический признак	Сила*
Микроскопический	выявление многоядерных гигантских клеток с внутриядерными включениями	С
Иммунофлуоресцентный	обнаружение антигенов вируса в мазках-отпечатках из содержимого везикул	С
Вирусологический	выделение вируса из биологического материала (содержимого пузырьков, соскобов со слизистых оболочек и кожи, крови, СМЖ и др.) на чувствительных (эмбриональных) культурах клеток	Д
Иммуноцитохимический	обнаружение антигена вируса	С
Серологический	нарастание титра специфических антител в 4 и более раз в ИФА	Д
Гематологический	в периферической крови отмечаются лейкопения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ	В
Анализ крови		В
Анализ мочи		В

Биохимический анализ крови		В
----------------------------	--	---

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

4.7.3 Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам лабораторной диагностики – не проводится.

4.8 Инструментальная диагностика

4.8.1 Методы инструментальной диагностики

Инструментальная диагностика включает в себя аппаратные методы обследования, использование и выбор которых зависит от формы простого герпеса:

Метод	Показания	Сила*
Рентгенография органов грудной клетки	Установление диагноза при развитии пневмонии на фоне простого герпеса	С
Электрокардиография (ЭКГ)	Уточнение нарушения функции проведения и трофики ткани сердца при наличии аускультативных изменений в сердце	С
Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости	Уточнение размеров увеличения печени, селезенки, лимфатических узлов и оценки их структуры	С
Компьютерная томография (КТ) - двухмерное изображение головного мозга, печени, поджелудочной железы, легких, почек	Дифференциальная диагностика в продромальном периоде, когда отсутствуют пузырьковые высыпания, но имеются симптомы интоксикации, лихорадка с менингоэнцефалитом, опухолями мозга, сосудистыми изменениями и т.д. Наличие очагов некроза в мозге, чаще в лобно-височной области мозга (с 5-7-го дня заболевания) При герпетическом энцефалите регистрируют уменьшение плотности ткани в височных долях, расширение желудочков, смещение центральных структур головного мозга в сторону большего поражения.	Д
Магнитнорезонансная томография (МРТ)	Наличие очагов некроза в мозге чаще в лобно-височной области мозга (возможно уже с 5-7-го дня заболевания)	Д
Нейросонография	Наличие очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии	С
Электронейромиография	Наличие очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии	С

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

4.8.2 Критерии диагностики инструментальными методами – не проводится.

4.8.3 Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам инструментальной диагностики – не проводится.

4.9 Специальная диагностика

4.9.1 Методы специальной диагностики - выявление телец Арагао в окрашенных серебрением по Морозову мазках жидкости везикул при обычной или электронной микроскопии, выявление клеток Цанка.

4.9.2 Критерии диагностики специальными методами – наличие телец Арагао, клеток Цанка в исследуемом материале.

4.9.3 Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам специальной диагностики – не проводится.

4.10 Обоснование и формулировка диагноза

При постановке диагноза «Простой герпес» записывают сам диагноз и его обоснование.

При обосновании диагноза «Простой герпес» следует учитывать: эпидемиологический анамнез (контакт с больным простым герпесом), острое начало заболевания с появления лихорадки и синдрома интоксикации, характерные высыпания (пятно-папула-везикула-корочка); лабораторные данные (лейкопения, лимфоцитоз) и данные инструментального обследования (при развитии осложнений).

Примеры формулировки диагноза:

«Первичная герпетическая инфекция кожи, локализованная форма, везикулярный дерматит верхней губы, легкое течение»,

«Рецидивирующая герпетическая инфекция, генерализованная форма, эзофагит, гепатит, пневмония; тяжелое течение»,

«Простой герпес, период разгара (период высыпаний), среднетяжелая форма, гладкое течение»,

«Острый приобретенный генитальный герпес (ВПГ-2), рецидивирующее течение»,

"Хронический лабиальный герпес (ВПГ-1), рецидив";

"Хронический лабиальный герпес (ВПГ-2), стадия латенции",

«Острый врожденный герпетический менингоэнцефалит»,

«Герпетический афтозный стоматит ВПГ-2, рецидив».

4.11 Лечение

4.11.1 Общие подходы к лечению больных простым герпесом

Лечение больных *простым герпесом без осложнений* может проводиться в амбулаторных условиях.

Госпитализации в инфекционную больницу подлежат по клиническим показаниям: больные в случае тяжелого течения заболевания, больные с осложненными формами болезни, больные с распространенными, генерализованными формами заболевания (с поражением нервной системы, глаз, внутренних органов), больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также по эпидемическим показаниям.

Для оказания помощи можно использовать только те методы, медицинские изделия, материалы и лекарственные средства, которые допущены к применению в установленном порядке.

Принципы лечения больных с «Простым герпесом» предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- предупреждение формирования остаточных явлений и инвалидизации

Лечение больных простым герпесом включает режим, диету, этиотропные препараты,

симптоматические средства, иммунотерапию и посиндромную терапию при развитии осложнений.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- период болезни
- тяжесть заболевания
- возраст больного
- наличие и характер осложнений
- доступность и возможность выполнения лечения

4.11.2 Методы лечения

Выбор метода лечения простого герпеса проводится дифференцированно в зависимости от клинической картины (от формы, периода, тяжести течения болезни), степени проявлений симптомов, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний, возраста больных. Выбор метода лечения у ВИЧ-позитивных пациентов зависит также от степени иммуносупрессии (тяжелая <200 кл/мкл, средняя – 200-350 кл/мкл, легкая – 350-500 кл/мкл и без иммуносупрессии >500 кл/мкл), применения АРТ, чувствительности к ацикловиру.

Метод медикаментозный (медикаментозная терапия):

должен быть комплексным и включать как этиотропные, так и патогенетические, симптоматические средства (иммуномодуляторы, витамины, адаптогены, пробиотики).

Этиотропная терапия.

Этиотропные препараты. Основными задачами этиотропной терапии является подавление репликативной активности вируса, снижение тяжести и продолжительности болезни и предотвращение развития осложнений.

Этиотропные препараты можно разделить на три группы: 1) этиотропные химиопрепараты - синтетические ациклические нуклеозиды (Ацикловир, Валацикловир, Фамцикловир), аналоги пирозифосфатов (Фосфономуравьиная кислота), синтетическое комплексное производное пурина (Инозин пранобекс); 2) препараты интерферона, оказывающие противовирусное и иммуномодулирующее действия (природные и рекомбинантные интерфероны); 3) индукторы интерферонов (Меглюмина акридонацетат, Кагоцел).

Этиотропные химиопрепараты из группы синтетических ациклических нуклеозидов являются препаратами выбора, препаратами 1-го ряда, и применяются у всех больных независимо от локализации и степени тяжести простого герпеса, как можно раньше (*уровень доказательности 3-4*).

Аналоги пирозифосфатов – Фосфономуравьиная кислота, является препаратом 2 ряда, применяется у больных с непереносимостью или аллергическими реакциями на синтетические ациклические нуклеозиды (Ацикловир), а также с ацикловиррезистентностью.

Ацикловир. Механизм действия ацикловира основан на взаимодействии синтетических нуклеозидов с репликационными ферментами герпесвирусов. Тимидикиназа герпесвируса в тысячи раз быстрее, чем клеточная, связывается с ацикловиром, поэтому препарат накапливается практически только в инфицированных клетках.

Наилучший терапевтический эффект достигается при раннем назначении препарата; сокращаются сроки высыпаний, происходит быстрое образование корок, уменьшаются интоксикация и болевой синдром. Препарат достоверно не влияет на частоту появления и продолжительность постгерпетической невралгии. Дозировку ацикловира снижают больным престарелого возраста, а также при выявлении выраженного снижения диуреза.

Ацикловир второго поколения – **валацикловир**, за счет увеличенной биодоступности позволяет уменьшить дозу до 3 г в сутки. На фоне терапии валацикловиром, эпителизация и регресс высыпаний наступают на 3–4 дня раньше, чем на фоне терапии ацикловиром. Препарат может быть использован у ВИЧ-позитивных лиц.

Фамцикловир - противовирусный препарат, предназначенный для лечения Простого герпеса. Механизм действия Фамцикловира идентичен ацикловиру. Пенцикловир избирательно активируется в инфицированных вирусом клетках посредством фосфорилирования до активной формы пенцикловира трифосфата. Вирусная тимидинкиназа превращает пенцикловир в пенцикловир монофосфат, который далее превращается клеточными ферментами в пенцикловир трифосфат. Пенцикловир трифосфат угнетает вирусную ДНК-полимеразу, блокируя тем самым синтез вирусной ДНК и репликацию вируса. Отличительной особенностью Фамцикловира является стабильно высокая биодоступность (77%) при пероральном приеме в сочетании с длительным периодом полувыведения (9.1 часа) пенцикловира трифосфата из клеток, инфицированных вирусом варицелла-зостер, а также сокращение времени заживления элементов герпетической сыпи.

Фосфономуравьиная кислота (Фоскарнет) является препаратом 2 ряда, ингибирует синтез вирусной ДНК, применяется у больных с непереносимостью или аллергическими реакциями на синтетические ациклические нуклеозиды (Ацикловир), а также с ацикловиррезистентностью. Применяется при инфекции кожи и гениталий в виде аппликации 3% мази на места поражений. При тяжелом течении заболевания возможно внутривенное медленное (в течение 2 ч) капельное введение препарата по 60-90 мг/кг 3 раза в сутки в течение 10-14 дней. *В РФ не зарегистрирован и не может использоваться в медицинской практике на территории страны.*

Супрессивная терапия с использованием противовирусных химиопрепаратов

При частых рецидивах (более 6 раз в год, при монотонном типе заболевания), а также неэффективности эпизодической терапии может применяться супрессивная терапия с использованием Ацикловира или Фамцикловира или Валацикловира. Перед проведением супрессивной терапии необходимо вирусологическое подтверждение ВПГ-инфекции типов 1 и 2.

Решение о необходимости проведения супрессивной терапии принимается совместно с пациентом исходя из тяжести течения инфекции. Необходимо принимать во внимание частоту и тяжесть рецидивов, а также влияние заболевания на качество жизни пациента. По достижении стойкого улучшения супрессивная терапия может быть прекращена. Эффективность супрессивной терапии оценивают как минимум по двум рецидивам. В случае ухудшения течения заболевания в дальнейшем может быть принято решение о продолжении супрессивной терапии.

Стратегия и тактика супрессивной терапии предполагает следующее:

- - разовое (курсовое) использование ациклических нуклеотидов не предотвращает развития рецидивов болезни, инфицирование родственным или новым типом герпесвирусов, не влияет на показатели иммунитета, не элиминирует ВПГ из организма, а только подавляет активную репликацию герпесвирусов;
- - для эффективности проведения супрессивной терапии крайне важно своевременное назначение и выбор оптимальной схемы с позиций эффективности и переносимости;
- - важной является начальная схема лечения, поскольку от ее эффективности зависит наибольшая вероятность достижения необходимой супрессии вируса;
- - необходимо тщательно следить и учитывать какие-либо нарушения, допускаемые пациентом при приеме препаратов;
- - следует учитывать возможности и желания пациента проводить лечение в соответствии с назначенной схемой.

Инозин пранобекс - противовирусный препарат назначают при простом герпесе, в том числе при рецидивирующем герпесе у больных с иммунодефицитом, офтальмогерпесе, менингоэнцефалитах, внутрь, после еды, по 2 таблетки (500 мг) 3-4 раза в день в течение 10 дней.

Полисахариды побегов *Solanum tuberosum* (Панавир®) – противовирусный препарат широкого спектра действия, защищает клетки от воздействия вирусов и обладает способностью тормозить размножение вирусов в инфицированных клетках. выпускается в виде раствора в ампулах по 5 мл в концентрации 0,004%, а также в виде геля для местного применения. Препарат используется в виде раствора для внутривенного введения – 5 мл с интервалом в 48 часов, 1-3 инъекции на курс. В зависимости от клинической симптоматики курс лечения повторяют через 1 месяц или в момент обострения заболевания.

Препараты интерферона предназначены для лечения герпетических поражений кожи и слизистых, обусловленных ВПГ. При простом герпесе возможны различные схемы введения препаратов интерферона: в/м, в виде суппозиторий, наружно. *Уровень доказательности 2+.*

Человеческий интерферон вводится в/м в дозе 10 000 000 ЕД ежедневно в течение 5 суток, приводит к уменьшению и прекращению боли в первые 3 дня, новых высыпаний не было. Препарат рекомендуется, в том числе и при офтальмогерпесе.

Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b (Виферон, Viferon) представляет собой комплексный противовирусный препарат, в состав которого входят мембраностабилизирующие препараты - α -токоферола ацетат и аскорбиновая кислота (витамин С) в терапевтически эффективных дозах. Препарат выпускается в виде свечей - Виферон-1 (150000 МЕ), Виферон-2 (500000 МЕ), Виферон-3 (1000000 МЕ) и в виде мази, содержащей 20000 МЕ, 40000 МЕ человеческого рекомбинантного интерферона альфа-2b, токоферола ацетат (в виде 5% масляного раствора).

Интерферон альфа-2b + Натрия гиалуронат – комбинированный препарат, выпускаемый в свечах, в состав которого входят рекомбинантный интерферон- α_2 человека (500 000 МЕ в одной свече) и гиалуронат натрия в терапевтических дозировках. Вводят по 2 свечи ежедневно с 12-часовым интервалом в течение 10 дней. Курсовая доза составляет 20 свечей. Входящая в состав препарата гиалуроновая кислота, являясь основным структурным элементом соединительной ткани человека, обеспечивает равномерное и пролонгированное поступление интерферона в кровь и усиливает противовирусную активность препарата. Препарат применяется в комплексной терапии ГИ, а также при смешанной инфекции, обусловленной уреаплазмой, микоплазмой, хламидиями, гарднереллой.

Индукторы интерферона (уровень доказательности 2+):

Полирибоадениловой кислоты калиевая соль и полирибоуридиловой кислоты калиевая соль - лиофилизат (200 мкг) для приготовления глазных капель, применяют местно, закапывая в конъюнктивный мешок 6-8 раз в сутки, или вводят субконъюнктивно в течение 10 дней.

Рибонуклеат натрия – по 0,08 г подкожно вводится больным с острой формой ГИ в течение 5-дневного курса.

Тилорон - индуктор эндогенного интерферона. В основе механизма его действия лежит модуляция иммунной системы и прямой противовирусный эффект. Для лечения ГИ назначается по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по 1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1 таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.

Меглюмина акридонацетат и Оксидигидроакридинацетат натрия - синтетические индукторы интерферонов. В остром периоде заболевания **Меглюмина акридонацетат** применяется по схеме: 3 инъекции с интервалом в 24 часа и далее еще 3 инъекции с интервалом в 48 часов. При тяжелом течении ГИ рекомендуется комбинированная терапия циклофероном и ацикловиром. При присоединении гнойной бактериальной флоры высокоэффективна комбинация циклоферона и антибиотиков. В период ремиссии рекомендуется одна инъекция в неделю 250 мг препарата с целью профилактики рецидивов. После месячного курса лечения следует сделать перерыв на 4-5 недель.

Оксодигидроакридинилацетат натрия применяется в/м, 250 мг (4–6 мг/кг), курс лечения 5–7 инъекций в течение 10–15 дней с интервалом 48 ч; при необходимости в разовой дозе до 500 мг с интервалом 18–36 ч (курсовая доза зависит от характера заболевания). Внутрь, за 30 мин до еды, не разжевывая, по 6 таблеток (0,75 г) через 48 ч 5 раз (в 1-й, 3-й, 6-й, 9-й и 12-й день лечения).

Иммуномодуляторы назначаются после исследования иммунного статуса (уровень доказательности 2+).

Препараты тимуса:

- ♦ Тимуса экстракт (Тималин) - оказывает иммуномодулирующее действие, стимулируя образование Т-лимфоцитов, назначают по 5-20 мг, 1 раз/сут, ежедневно, в/м 3—10 дней; Тимоптин для инъекций назначают п/к, по 100 мкг, курс — 5 инъекций с интервалом в 4 дня;
- ♦ Экстракт тимуса крупного рогатого скота (Тактивин®) - 0,05 мг п/к, 1 раз/сут, 5-14 дней;
- ♦ Тимуса экстракт (Тимакид) — сублингвально/ или за щеку, по 0,25 мг (1 таб.) за 1-1,5 часа до ужина, 1 раз в 4 дня. На курс 5-7 таблеток.

Аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин (Имунофан®) - оказывает иммуномодулирующее действие, стимулируя образование иммуноглобулинов; обладает выраженной способностью активировать антиоксидантную систему организма. Имунофан вводится по 1 мл подкожно или внутримышечно 1 раз в 2 дня, курс лечения составляет 10-15 инъекций.

Смесь лизатов бактерий: *Streptococcus pyogenes group A, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium, Streptococcus sanguis, Staphylococcus aureus subsp. aureus, Klebsiella pneumoniae subsp. pneumoniae, Corynebacterium pseudodiphtheriticum, Fusobacterium nucleatum subsp. nucleatum, Candida albicans, Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus fermentum, Lactobacillus helveticus, Lactobacillus delbrueckii subsp. lactis (Имудон®)*. Влияние препарата на иммунную систему выражается в увеличении фагоцитарной активности макрофагов, повышении содержания лизоцима в слюне, а также в увеличении числа иммунокомпетентных клеток и содержания секреторного иммуноглобулина А. Имудон рекомендован в комплексной терапии острого герпетического стоматита.

Глюкозаминилмурамилдипептид обладает иммуностимулирующей активностью и слабой пирогенностью. Выпускается в таблетках, содержащих 1 мг и 10 мг препарата. Ликопид применяется при комплексной терапии острых и хронических ГИ всех локализаций. Схема лечения зависит от тяжести патологического процесса. При легких формах заболевания и состояниях средней тяжести Ликопид назначают по 2 мг 3 раза в день, при тяжелых – по 10 мг 2-3 раза в день в течение 10 дней. Препарат хорошо взаимодействует не только с противовирусными средствами, но и с препаратами интерферона и их индукторами.

Азоксимера бромид обладает иммуностимулирующей и дезинтоксикационной активностью. Непосредственно активирует фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, стимулирует антителообразование. Повышает устойчивость мембран клеток к цитотоксическому действию различных веществ, в том числе и лекарственных препаратов, снижая их токсичность. Препарат рекомендуется в качестве иммуномодулятора в комплексной терапии заболеваний или состояний, сопровождающихся угнетением иммунитета. Он назначается в/м, 5-7 инъекций на курс. Используют две схемы лечения с разовыми дозами 6 мг и 12 мг.

Препараты иммуноглобулинов. Нормальный иммуноглобулин человека для в/м, специфический противогерпесный иммуноглобулин, содержащий антитела к ВПГ-1 и ВПГ-2 в повышенной концентрации – для в/в вводится при тяжелом течении. Не показан у ВИЧ-инфицированных.

Иммуноглобулин человека нормальный (Сандоглобулин, Интратект), Иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM] (Пентаглобин).

Вакцина. Особое место среди средств антигерпесвирусной терапии занимает

герпетическая вакцина для активации клеточного иммунитета, его иммунокоррекции в фазе ремиссии при хронической герпетической инфекции. Вакцинация преследует 2 цели: предупреждение первичной инфекции и возникновения состояния латентности, а также предупреждение или облегчение течения заболевания. Активная иммунотерапия ГИ проводится с помощью **специфических герпетических вакцин (Витагерповак, Герповакс)**, которые готовят на основе репродуктивных и иммунологически компетентных штаммов вирусов простого герпеса I и II антигенных типов. Вакцины применяются только в период ремиссии для профилактики рецидивов заболевания. **Поливалентная герпетическая вакцина** назначается внутривенно на сгибательной поверхности предплечья по 0,2 мл 1 раз в 3 дня, всего 5 инъекций, затем перерыв 2 недели и еще 5 инъекций по 0,2 мл 1 раз в 7 дней. В случае появления герпетических высыпаний промежутки между инъекциями увеличить в 2 раза. Через 6 месяцев – ревакцинация (5 инъекций).

Местная терапия

Местная терапия зависит от локализации измененных участков кожи и слизистых оболочек и заключается:

- в соблюдении рационального режима (запрещается прием ванн, душа, кожу вокруг очагов протирают 2% салициловым спиртом),
- в применении спиртовых растворов анилиновых красителей (Бриллиантовый зеленый, Жидкость Кастеллани),
- в применении противовирусных препаратов местного действия (мази ацикловир, эпервудин, диоксотетрагидрокситетрагидронафталин, тетрагидроксиглюкопиранозилксантен, аммония глицирризинат),
- в применении симптоматических препаратов, антисептиков (раствор перекиси водорода, настойка календулы, сок каланхоэ; борная кислота) и др.

Антисептические и вяжущие противовоспалительные средства (кора дуба, настойка зверобоя, лист шалфея и др.), масло облепиховое и шиповника используют при лечении слизистых оболочек в области рта.

Противовирусные препараты местного действия (уровень доказательности 2++):

Эпервудин - мазь применяют при появлении первых признаков заболевания наружно на очаги пораженной поверхности кожи 3-5 раз в день, в течение 6-12 дней.

Диоксотетрагидрокситетрагидронафталин применяют наружно в виде 1 % или 2 % мазь 3 раза в день до полного выздоровления.

Мази с интерфероном, содержащие 10 000-40 000 МЕ препарата в 1 г мази.

Интерферон альфа-2а рекомбинантный – противовирусный препарат для наружного применения содержит интерферон альфа-2а рекомбинантный не менее 10000 МЕ, выпускается в виде мази на гидрогелевой основе, с добавкой поливинилового спирта, способствующего пленкообразованию при высыхании на коже. Препарат обладает широким спектром противовирусной и иммуномодулирующей активности, противовоспалительным действием.

Интерферон альфа-2b + Ацикловир* + Лидокаин* - обладает противовирусным, иммуномодулирующим, противовоспалительным и обезболивающим действиями.

Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b (Виферон) - комплексный противовирусный препарат для наружного применения (мазь) с α-токоферола ацетат (в виде 5% масляного раствора). Обладает широким спектром противовирусной и иммуномодулирующей активности, противовоспалительным действием.

Иммуномодулирующие препараты растительного происхождения показаны для повышения резистентности организма, укрепления иммунитета, а также для неспецифической профилактики в составе комплексной терапии ОГ.

Эхинацеи пурпурной травы сок (Succus herbae Echinaceae purpureae) (капли, таблетки);

Комбинированный препарат - сок травы эхинацеи пурпурной (46,50 мг) + аскорбиновая кислота (20,0 мг). Эхинацея оказывает противомикробное, противовирусное и противогрибковое воздействие, а благодаря высокой концентрации полисахаридов обладает выраженной иммуностимулирующей активностью, стимулирует выработку эндогенного интерферона. Препараты принимают внутрь независимо от приема пищи. взрослые — по 2–3 мл 3 раза в день в течение 7–10 дней. Возможно также прием таблетированной формы: по 1 таблетке 1–4 раза в день в зависимости от возраста (с 4 лет). Повторные курсы возможны после 14-дневного перерыва.

Сухой очищенный экстракт из листьев облепихи крушиновидной (*Hipporhae rhamnoides L.*) семейства лоховых (Elaeagnaceae) - отечественный препарат растительного происхождения, обладающий противовирусным, антимикробным, интерферониндуцирующим и иммуномодулирующим действием. Применяется в виде сублингвальных таблеток по 0,02 г 4–6 раз в день в течение 5 дней, ректальных свечей по 0,05 г дважды в сутки в течение 3 дней или в ингаляциях аэрозоля 0,2% раствора.

Патогенетическая терапия

Антигистаминные средства

- Мебгидролин - по 1 драже 3 раза в сутки; или
- Клемастин - внутрь взрослым и детям старше 12 лет по 1 таб. или по 10 мл сиропа утром и вечером, детям в возрасте 6-12 лет по ½ таб или по 5-10 мл сиропа перед завтраком и на ночь, в сиропе детям от 3 до 6 лет по 5 мл, от 1 года до 3 лет по 2-2,5 мл перед завтраком и на ночь; или
- Хлоропирамин - взрослым и подросткам старше 14 лет по 1 таб. 3-4 раза в сутки, детям от 7 до 14 лет по ½ таб 3 раза в сутки, от 2 до 6 лет по 1/3 таб 2-3 раза в сутки, детям от 1 до 12 мес по ¼ таб 2-3 раза в сутки в растертом до порошка виде; или

Симптоматические средства. Основными задачами симптоматических средств является купирование воспалительных и токсических проявлений заболевания, предупреждение развития осложнений.

Жаропонижающие средства (уровень доказательности 2++): применяются при повышении температуры более 38,0°C

- Производные пропионовой кислоты (M01AE) - **Ибупрофен**
- Анилиды (N02BE) - **Парацетамол**
- Производные уксусной кислоты и родственные соединения (M01AB) - **Диклофенак**

Дегидратационные средства (Ацетазоламид, Фуросемид) применяются в небольших дозах для уменьшения гиперэкссудации.

Препараты, улучшающие мозговое кровообращение и внутриклеточный метаболизм, ноотропы,

седативные средства,

Гепатопротекторы:

- ◆ Расторопши пятнистой плодов экстракт — 0,06 г, 3 раз/сут. Курс лечения 1 месяц;
- ◆ Эссенциальные фосфолипиды EPL[®] — per os по 2 капсулы, 2—3 раз/сут., во время еды, 20 дней;
- ◆ билигнин — по 5—10 г, 3 раз/сут., за 30—40 мин до еды, запивая водой. Курс лечения от 7 дней до 3 месяцев;
- ◆ Катерген — per os до или во время еды, по 1 табл. (0,5 г), 3 раз/сут. Курс лечения до 3 мес;
- ◆ Адеметионин - по 400 мг в/м или в/в 1 раз/сут. в течение 2—3 недель.

Антиоксиданты:

- ♦ Полидигидроксифенилентиосульфат натрия — табл. по 0,5 г растворить в стакане воды, 1 раз/сут.;
- ♦ Токоферол (Витамин Е) — по 0,1 г в сутки в течение 1—2 месяцев;
- ♦ Этилметилгидроксипиридина сукцинат — 0,1 г, 1—3 раз/сут. (продолжительность лечения индивидуальная).

Поливитамины, витамины группы В, аскорбиновая кислота.

Ферментные препараты. Среди ферментных препаратов используют препарат **Вобэнзим; Вобэ-Мугос Е** (Wobe-Mugos E) - комбинированный препарат естественных энзимов животного и растительного происхождения, содержащий 40 мг химотрипсина, 40 мг трипсина и 100 мг папаина, выпускается в виде таблеток, в виде мази, в виде раствора для в/м введения, свечей. Препарат активизирует клеточное звено иммунитета (NK-клетки — естественные киллеры, Т-лимфоциты, макрофаги), нормализует концентрацию цитокинов, стимулирует фагоцитарную активность макрофагов, улучшает реологические свойства крови и микроциркуляцию, повышает концентрацию антибиотиков в крови и в очаге воспаления. Препарат назначают при первых симптомах заболевания по 5 таблеток 3 раза в сутки до исчезновения основных клинических симптомов. Препарат принимают за 30-40 минут до еды, запивая большим количеством жидкости (не менее 250 мл), не разжевывают. Курс лечения — 5-10 дней. Мазь наносят на пораженную поверхность толщиной до 2 мм не втирая.

Пробиотики (уровень доказательности 2+) - препараты, способствующие нормализации микрофлоры организма (Бифидумбактерин, Лактобактерин и др.).

Антибиотики (уровень доказательности 2+) применяют у больных с простым герпесом при присоединении вторичной бактериальной микрофлоры, для профилактики инфекции, вызванных золотистым стафилококком (Азитромицин), а также при гангренозных формах заболевания (Амоксициллина тригидрат+ Клавуланат калия, Цефазолин).

Другие аминогликозиды (J01GB)	<i>Амикацин</i>	при присоединении вторичной бактериальной микрофлоры
Макролиды (J01FA)	<i>Азитромицин</i>	при присоединении вторичной бактериальной микрофлоры
	<i>Кларитромицин</i>	при присоединении вторичной бактериальной микрофлоры
Цефалоспорины 3-го поколения (J01DD)	<i>Цефотаксим</i>	при присоединении вторичной бактериальной микрофлоры
	<i>Цефтриаксон</i>	при присоединении вторичной бактериальной микрофлоры
Цефалоспорины 4-го поколения (J01DE)	<i>Цефепим</i>	при присоединении вторичной бактериальной микрофлоры, при лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики, отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп
Антибиотики гликопептидной структуры (J01XA)	<i>Ванкомицин</i>	при присоединении вторичной бактериальной микрофлоры, при лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики, отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп

Карбапенемы (J01DH)	<i>Меропенем</i>	при присоединении вторичной бактериальной микрофлоры, при лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики, отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп
Антибиотики (J02AA)	<i>Нистатин</i>	при сопутствующей грибковой инфекции

Противогрибковые средства - при сопутствующей грибковой инфекции у больных Простым герпесом применяют Флуконазол (производное триазола), Нистатин. *Уровень доказательности 1+*.

4.12 Реабилитация

- Реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции.
- Необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации.
- Комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия.
- Адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия.
- Постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами)

4.13 Диспансерное наблюдение

За лицами, перенесшими неосложненные формы Простого герпеса, диспансерное наблюдение не устанавливается.

Реконвалесценты, перенесшие осложненные формы простого герпеса подлежат диспансерному наблюдению.

1. Реконвалесценты, перенесшие вирусно-бактериальную пневмонию - диспансеризация в течение 1 года (с контрольными клинико-лабораторными обследованиями через 3 (легкая форма), 6 (среднетяжелая форма) и 12 месяцев (тяжелая форма) после болезни,

2. Реконвалесценты, перенесшие поражение нервной системы (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит) - не менее 3-х лет (с контрольными клинико-лабораторными обследованиями 1 раз в 3 месяца в течение первого года, затем 1 раз в 6 мес.).

3. Реконвалесценты, перенесшие, поражение глаз (офтальмогерпес: кератоконъюнктивит, ретинит, отслойка сетчатки и др.) – не менее 2-х лет (с контрольными клинико-лабораторными обследованиями через 1 месяц, затем 1 раз в 6 мес.).

Нозологическая форма (синдром):	Частота обязательных контрольных обследований врачом поликлиники	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей-специалистов
Вирусно-бактериальная	Через 3, 6 и 12 месяцев	до 12 мес.	Пульмонолог, через

пневмония			3,6, 12 мес
Менингит, энцефалит, менингоэнцефалит	1 раз в 3 месяца в течение первого года, затем 1 раз в 6 месяцев в последующие годы	до 3-х лет	Невролог 1 раз в 3 месяца в течение первого года, затем 1 раз в 6 мес
Кератит, кератоконъюнктивит, ретинит, отслойка сетчатки и др.	1 раз в 6 месяцев	от 6-12 до 24 мес	Офтальмолог через 1, 6, 12, 24 мес

Нозологическая форма (синдром)	Перечень и периодичность лабораторных, рентгенологических и других специальных исследований	Лечебно-профилактические мероприятия	Клинические критерии эффективности диспансеризации	Порядок допуска переболевших на работу
Вирусно-бактериальная пневмония	Клинический ан. крови, общий ан. мочи через 1 мес. Рентгеновское исследование области грудной клетки по показаниям	Рекомбинантные человеческие интерфероны $\alpha 2\beta$, адаптогены растительного происхождения	Полное выздоровление. Отсутствие признаков перехода в хроническое заболевание.	Выписка при клинико-лабораторном выздоровлении не ранее 18-ти сут. от начала заболевания
Менингит энцефалит, менингоэнцефалит	ЭЭГ, Доплерография, МРТ – по показаниям	Препараты, улучшающие мозговое кровообращение и внутриклеточный метаболизм, ноотропы, адаптогены растительного происхождения, санаторно-курортное лечение	Полное выздоровление, отсутствие прогрессирования неврологической симптоматики	Выписывается не ранее чем через 1 месяц при клиническом выздоровлении после консультации невролога
Кератит, кератоконъюнктивит, ретинит, отслойка сетчатки и др.	Контроль зрения 1 раз в 6 мес.	Препараты на основе ДНК, Рекомбинантные человеческие интерфероны $\alpha 2\beta$, Витаминно-минеральные комплексы, адаптогены растительного происхождения.	Отсутствие помутнения роговой оболочки, восстановление зрения.	Выписывается через 3-4 недели после консультации офтальмолога

Прогноз заболевания

Прогноз чаще благоприятный, у больных с иммунодефицитом, поражением нервной системы, офтальмогерпесом – серьезный.

Для составления **прогноза течения генитального герпеса** целесообразно провести типирование ВПГ.

Рецидивы возникают примерно у 80% пациентов, перенесших первичный эпизод генитального герпеса.

Общими факторами, оказывающими влияние на частоту рецидивов, являются состояние иммунной системы организма и воздействие факторов, вызывающих реактивацию ВПГ типов I и II (психоэмоциональное напряжение, резкая смена климата, ультрафиолетовое облучение, менструации, прием алкоголя).

Имеются данные о синергическом влиянии инфицированности другими герпес-вирусами на тяжесть течения генитального герпеса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные международные стандарты лечения больных с герпесвирусными инфекциями определяют следующие требования к врачам:

1. Минимальный стандарт наблюдения за больным – установить точный диагноз. Для этого необходимо осмотреть больного, взять биологические материалы (с места поражения кожи или слизистых) и провести вирусологическое обследование.

2. Больной должен получить аргументированные советы по здоровому образу жизни и рекомендации по терапии. Возможные схемы терапии заболевания должны быть обсуждены совместно врачом и больным.

3. Обязанностью врача является:

- установить клинический диагноз больному с указанием остроты процесса, клинической формы заболевания и его тяжести;
- определить наличие сопутствующей патологии;
- установить состояние иммунитета (активность Т-клеточного звена и состояния фагоцитоза);
- исключить вторичный иммунодефицит и ВИЧ-инфекцию у больных с гангренозным, диссеминированным, генерализованным Простым герпесом;
- у больных с генитальным герпесом исключить другие заболевания, передающиеся половым путем;
- ознакомить больного на основе диагноза с прогнозом заболевания, риском передачи инфекции и с возможностями противогерпетического лечения, в том числе профилактике рецидивов;
- вовлечь больного в решение вопроса об объеме предполагаемого обследования, выборе метода и программы (объема) лечения, в соответствии с его финансовыми возможностями;
- обосновать необходимость проведения дополнительного обследования и связанных с ним финансовых затрат, повторных консультаций (как при нарушении режима приема препаратов, так и при получении положительного эффекта терапии).

Тактика врача в зависимости от формы простого герпеса

Алгоритм этапного лечения и профилактики рецидивирующего простого герпеса (независимо от локализации) включает в себя:

- лечение в период рецидива (в острый период) заболевания,
- лечение в стадии ремиссии,
- вакцинация (специфическая профилактика рецидивов заболевания),
- диспансерное наблюдение и реабилитация.

1-й этап: Противовирусные препараты (внутрь, в/в, местно) первого ряда Ацикловир и его производные: Фамцикловир, Валацикловир, в случае АЦВ-резистентности – препараты второго ряда (Фосфономуравьиная кислота или иные препараты с противовирусной активностью).

Антиоксиданты (витамин Е, витамин С)

ИФН, ндукторы ИФН, иммуномодуляторы (за исключением препаратов тимусного происхождения)

Курс лечения рецидива составляет 5-10-14 дней. Выбор препарата осуществляется лечащим врачом в зависимости от стоимости лечения и степени вероятности того, что пациент будет соблюдать назначенный режим лечения.

2-й этап: коррекция вторичного иммунодефицита с помощью иммуномодуляторов, в том числе препаратов тимусного происхождения, адаптогенов растительного происхождения

восстановление нормального микробиоценоза кишечника путем назначения пробиотиков;

коррекция метаболического гиповитаминоза: коррекция диеты, назначение курсов поливитаминных препаратов;

диагностика и лечение общесоматических заболеваний

Цель этапа: подготовка к вакцинации.

3-й этап: Вакцинация* (коррекция клеточного иммунитета)

Индукторы ИФН (курсовое введение до проведения вакцинации или одновременно с вакцинацией).

восстановление нормального микробиоценоза кишечника путем назначения пробиотиков;

коррекция метаболического гиповитаминоза: коррекция диеты, назначение курсов поливитаминных препаратов;

* Начало этапа не ранее 2-х месяцев после окончания фазы обострения простого герпеса, при наличии клинико-иммунологической ремиссии заболевания.

4-й этап: Клинико-лабораторное обследование реконвалесцентов каждые 6 мес.

По показаниям: проводится санация очагов инфекции, продолжается симптоматическое, общеукрепляющее, физиотерапевтическое лечение

Лечение при первичном генитальном герпесе, при рецидивирующем генитальном герпесе проводится одновременно у двух половых партнеров. Рекомендуются половой покой и контрацепция до выздоровления.

Лечение при локализованных типичных формах простого герпеса, протекающих легко и с редкими рецидивами (1 раз в 6 месяцев и реже), например, при лабиальном герпесе:

1) можно ограничиться симптоматическими препаратами, обладающими дезинфицирующим, подсушивающим, эпителизирующим эффектом, или

2) **внутри** противовирусные препараты (внутри, местно) - Ацикловир (по 0,2 г 5 раз в сутки до 5-7 дней), или Фамцикловир (0,25 г 3 раза в сутки до 5 дней), или Валацикловир (0,5 г 2 раза в сутки до 5 дней) или другие противовирусные препараты;

Противовирусный препарат	Дозировка и кратность приема	Продолжительность лечения	Способ применения
При ограниченной типичной форме без иммуносупрессии или на фоне легкой и средней степени иммуносупрессии			
Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	200 мг пять раз в сутки	7-10 суток	Перорально
Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	местно пять раз в сутки	7-10 суток	местно

Или			
Валацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	500 мг три раза в сутки	7-10 суток	Перорально
Или			
Фамцикловир <i>препарат 1 ряда</i>	250 мг три раза в сутки	7-10 суток	Перорально
При ограниченной типичной форме на фоне тяжелой иммуносупрессии			
Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	200 мг пять раз в сутки	10 суток	Перорально
Или			
Валацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	500 мг три раза в сутки	10 суток	Перорально
Или			
Фамцикловир <i>препарат 1 ряда</i>	250 мг три раза в сутки	10 суток	Перорально

местно – мазь с ацикловиром (фенистил пенцивир, герпферон или другие препараты) и **туширование очага поражения анилиновыми красителями, антисептиками**, в том числе:

- везикулы обрабатывают 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени или 5-10% раствором перманганата калия

Антиоксиданты (витамин Е, витамин С)

ИФН (Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b (Виферон-1 или Виферон-2, ректально или вагинально и др.), **или индукторы ИФН** (Меглюмина акридонацетат, Тилорон и др.), **или иммуномодуляторы** (например, Имунофан, Инозин пранобекс, Меглюмина акридонацетат и др., за исключением препаратов тимусного происхождения).

Жаропонижающие средства назначаются при температуре выше 38,5°C по 0,5 г на прием: Парацетамол или Ибупрофен внутрь или в свечах, при неэффективности - метамизол натрия, в/м.

Курс лечения рецидива составляет 7-10 дней. Выбор препарата осуществляется лечащим врачом в зависимости от стоимости лечения и степени вероятности того, что пациент будет соблюдать назначенный режим лечения. Показано лечение сопутствующей патологии.

Лечение при локализованных формах простого герпеса, протекающих легко с частыми рецидивами (1 раз в 3 месяца и чаще): проводится в два этапа:

1-й этап: Противовирусные препараты (внутрь, местно) первого ряда Ацикловир и его производные Фамцикловир, Валацикловир, в случае АЦВ-резистентности – препараты второго ряда (Фосфономуравьиная кислота) или иные препараты с противовирусной активностью.

Противовирусный препарат	Дозировка и кратность приема	Продолжительность	Способ введения
--------------------------	------------------------------	-------------------	-----------------

При ограниченной типичной форме без иммуносупрессии или на фоне легкой и средней степени иммуносупрессии			
Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	200 мг пять раз в сутки	7-10 суток	Перорально
Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	местно пять раз в сутки	7-10 суток	Местно
Или			
Валацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	500 мг три раза в сутки	7-10 суток	Перорально
Или			
Фамцикловир <i>препарат 1 ряда</i>	250 мг три раза в сутки	7-10 суток	Перорально

местно – мазь с ацикловиром (или другие препараты) и **туширование очага поражения анилиновыми красителями, антисептиками**, в том числе:

- везикулы обрабатывают 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени или 5-10% раствором перманганата калия

Антиоксиданты (витамин Е, витамин С)

ИФН (Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b (Виферон-1 или Виферон-2, ректально или вагинально и др.), **или индукторы ИФН** (Меглюмина акридонацетат, Тилорон и др.), **или иммуномодуляторы** (например, Имунофан, Инозин пранобекс, Меглюмина акридонацетат и др., за исключением препаратов тимусного происхождения).

Жаропонижающие средства назначаются при температуре выше 38,5°C по 0,5 г на прием: Парацетамол или Ибупрофен внутрь или в свечах, при неэффективности – метамизол натрия, в/м.

Курс лечения рецидива составляет 7-10 дней. Выбор препарата осуществляется лечащим врачом в зависимости от стоимости лечения и степени вероятности того, что пациент будет соблюдать назначенный режим лечения.

2-й этап: После стихания острых клинических проявлений –

коррекция вторичного иммунодефицита с помощью иммуномодуляторов, в том числе препаратов тимусного происхождения, адаптогенов растительного происхождения
восстановление нормального микробиоценоза кишечника путем назначения пробиотиков;

коррекция метаболического гиповитаминоза: коррекция диеты, назначение курсов поливитаминных препаратов;

диагностика и лечение общесоматических заболеваний

Лечение при локализованных формах простого герпеса легкой и средней степени тяжести, протекающих с частыми рецидивами (1 раз в месяц) проводится в 4 этапа:

1-й этап: Противовирусные препараты (внутрь, местно) первого ряда Ацикловир и его производные Фамцикловир, Валацикловир, в случае АЦВ-резистентности – препараты второго ряда (Фосфономуравьиная кислота) или иные препараты с противовирусной активностью.

Противовирусный препарат	Дозировка и кратность приема	Продолжительность	Способ введения
--------------------------	------------------------------	-------------------	-----------------

При ограниченной типичной форме без иммуносупрессии или на фоне легкой и средней степени иммуносупрессии			
Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	200 мг пять раз в сутки	7-10 суток	Перорально
Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	местно пять раз в сутки	7-10 суток	Местно
Или			
Валацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	500 мг три раза в сутки	7-10 суток	Перорально
Или			
Фамцикловир <i>препарат 1 ряда</i>	250 мг три раза в сутки	7-10 суток	Перорально

местно – мазь с ацикловиром (или другие препараты) и **туширование очага поражения анилиновыми красителями, антисептиками**, в том числе:

- везикулы обрабатывают 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени или 5-10% раствором перманганата калия

Антиоксиданты (витамин Е, витамин С)

ИФН (Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b (Виферон-1 или Виферон-2, ректально или вагинально и др.), **или индукторы ИФН** (Меглюмина акридонацетат, Тилорон и др.), **или иммуномодуляторы** (например, Имунофан, Инозин пранобекс, Меглюмина акридонацетат и др., за исключением препаратов тимусного происхождения).

Жаропонижающие средства назначаются при температуре выше 38,5°C по 0,5 г на прием: Парацетамол или Ибупрофен внутрь или в свечах, при неэффективности - метамизол натрия, в/м.

Курс лечения рецидива составляет 7-10 дней. Выбор препарата осуществляется лечащим врачом в зависимости от стоимости лечения и степени вероятности того, что пациент будет соблюдать назначенный режим лечения.

2-й этап: После стихания острых клинических проявлений –

коррекция вторичного иммунодефицита с помощью иммуномодуляторов, в том числе препаратов тимусного происхождения, адаптогенов растительного происхождения
восстановление нормального микробиоценоза кишечника путем назначения пробиотиков;

коррекция метаболического гиповитаминоза: коррекция диеты, назначение курсов поливитаминных препаратов;

диагностика и лечение общесоматических заболеваний

3-й этап: **Вакцинация*** (коррекция клеточного иммунитета)

Индукторы ИФН (курсовое введение до проведения вакцинации или одновременно с вакцинацией).

восстановление нормального микробиоценоза кишечника путем назначения пробиотиков;

коррекция метаболического гиповитаминоза: коррекция диеты, назначение курсов поливитаминных препаратов;

* Начало этапа не ранее 2-х месяцев после окончания фазы обострения простого герпеса, при наличии клинико-иммунологической ремиссии заболевания.

4-й этап: **Клинико-лабораторное обследование реконвалесцентов** каждые 6 мес.

По показаниям: проводится санация очагов инфекции, продолжается симптоматическое,

общеукрепляющее, физиотерапевтическое лечение

Или

1-й этап: супрессивная терапия герпесвирусной инфекции

Противовирусный препарат	Доза	Частота приема	Путь введения	Продолжительность лечения
Препарат первого ряда				
Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	400 мг	2 раза в сутки	Внутрь	Ежедневно, длительно
или				
Фамцикловир <i>препарат 1 ряда</i>	250 мг	2 раза в сутки	Внутрь	Ежедневно, длительно
или				
Валацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	500мг	1 раз в сутки	Внутрь	Ежедневно, Длительно

коррекция вторичного иммунодефицита с помощью иммуномодуляторов, в том числе препаратов тимусного происхождения, адаптогенов растительного происхождения
восстановление нормального микробиоценоза кишечника путем назначения пробиотиков;

коррекция метаболического гиповитаминоза: коррекция диеты, назначение курсов поливитаминных препаратов;

диагностика и лечение общесоматических заболеваний

2-й этап: Вакцинация* (коррекция клеточного иммунитета)

Индукторы ИФН (курсовое введение до проведения вакцинации или одновременно с вакцинацией).

восстановление нормального микробиоценоза кишечника путем назначения пробиотиков;

коррекция метаболического гиповитаминоза: коррекция диеты, назначение курсов поливитаминных препаратов.

3-й этап: Клинико-лабораторное обследование реконвалесцентов каждые 6 мес.

По показаниям: проводится санация очагов инфекции, продолжается симптоматическое, общеукрепляющее, физиотерапевтическое лечение

Лечение при типичной тяжелой, атипичной, распространенной или генерализованной форме простого герпеса

Противовирусные препараты (в/в, внутрь, местно) Ацикловир (в/в в дозе 10 – 15 мг/кг /каждые 8 часов) или Фамцикловир, Валацикловир, в случае АЦВ-резистентности – препараты второго ряда (Фосфономуравьиная кислота) или иные препараты с противовирусной активностью.

При распространенной форме и/или атипичной форме простого герпеса, независимо от степени иммуносупрессии

Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	5-10 мг/кг три раза в сутки Каждые 8 часов	10-14-21 сут	в/в, капельно
-------------------------------------	---	--------------	---------------

При диссеминированной форме с поражением кожи, глаз, внутренних органов

Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	5-10 мг/кг три раза в сутки Каждые 8 часов	10-14-21 сут	в/в, капельно
-------------------------------------	---	--------------	---------------

Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	Внутрь, перорально 200 мг пять раз в сутки	10-14 сут	Перорально, Таблетки
Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	местно пять раз в сутки	10-14 сут	Местно
Или			
Валацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	500 мг три раза в сутки	10-14 сут	Перорально, таблетки
Или			
Фамцикловир <i>препарат 1 ряда</i>	250 мг три раза в сутки	10-14 сут	Перорально, Таблетки
Или			
Фоскарнет <i>препарат 2 ряда</i>	в/в 40 мг/кг - 60 мг/кг 3 раза в сутки	10-14 сут	в/в
Или			
Иммуноглобулин	в/м или в/в капельно 0,2 мл/кг		в/м или в/в

местно – мазь с ацикловиром (фенистил пенцивир, герпферон или другие препараты) и **туширование очага поражения анилиновыми красителями, антисептиками**, в том числе:

➤ везикулы обрабатывают 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени или 5-10% раствором перманганата калия

Патогенетическая терапия включает в себя:

дезинтоксикационные средства:

Кристаллоиды (5% раствор глюкозы; Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид) до 1500 мл в сутки внутривенно капельно, или

Коллоиды (Декстран*) до 800 мл в сутки внутривенно капельно.

Симптоматическая терапия:

жаропонижающие средства назначаются при температуре выше 38,5°C по 0,5 г на прием: Парацетамол или Ибупрофен внутрь или в свечах, при неэффективности - Метамизол натрия в/м.

коррекция вторичного иммунодефицита с помощью иммуномодуляторов (Аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин (Имунофан[®]), или Инозин пранобекс, или Азоксимера бромид), или, в том числе препаратов тимусного происхождения, адаптогенов растительного происхождения, или ИФН, или индукторов ИФН, или противогерпетического иммуноглобулина.

восстановление нормального микробиоценоза кишечника путем назначения пробиотиков;

коррекция метаболического гиповитаминоза: коррекция диеты, назначение курсов поливитаминных препаратов;

диагностика и лечение сопутствующих общесоматических заболеваний (в том числе ВИЧ-инфекции).

При присоединении гнойных осложнений и выраженной пустулизации применяется этиотропная терапия - антибиотики широкого спектра действия:

Цефазолин по 1,0 г 3 раза в день внутримышечно 7-10 дней.

Местно - смазывание мазью, содержащей Гидрокортизон* + Окситетрациклин, 4% гелиомициновой мазью, мазью с эритромицином.

Лечение герпетической экземы Капоши

Тактика врача определяется степенью тяжести заболевания и периодом его развития, а также присоединением вторичной пиогенной инфекции.

1-й этап: Противовирусные препараты (внутрь, в/в, местно) первого ряда Ацикловир и его производные Фамцикловир, Валацикловир, в случае АЦВ-резистентности – препараты второго ряда (Фосфономуравьиная кислота) или иные препараты с противовирусной активностью в выше указанных дозировках.

При присоединении гнойных осложнений и выраженной пустулизации применяется этиотропная терапия - **антибиотики широкого спектра действия:**

Цефазолин по 1,0 г 3 раза в день внутримышечно 7-10 дней.

- **Глюкокортикоидные гормоны** (при прогрессировании процесса),
- **Витамины** группы В, аскорбиновая кислота, рутозид,
- **Антигистаминные препараты,**
- **Гипосенсибилизирующая диетотерапия.**

Наружное лечение - анилиновые красители с последующим нанесением мази, содержащей Гидрокортизон* + Окситетрациклин, 4% гелиомициновой мази, мази с эритромицином. После образования корок пораженные участки обрабатывают пастой с содержанием 1-2 % бриллиантового зеленого или метиленового синего.

2-й этап: После стихания острых клинических проявлений –

коррекция вторичного иммунодефицита с помощью иммуномодуляторов, в том числе препаратов тимусного происхождения, адаптогенов растительного происхождения
восстановление нормального микробиоценоза кишечника путем назначения пробиотиков;

коррекция метаболического гиповитаминоза: коррекция диеты, назначение курсов поливитаминных препаратов;

диагностика и лечение общесоматических заболеваний

При лечении герпетического стоматита тактика врача определяется степенью тяжести заболевания и периодом его развития. **Терапия проводится совместно с врачом-стоматологом.**

Комплексная терапия при остром герпетическом стоматите включает: общее и местное лечение, целью которого является: снять или ослабить болезненные симптомы в полости рта; предупредить повторные высыпания элементов поражения; способствовать ускорению эпителизации элементов поражения.

1-й этап: Противовирусные препараты (внутрь, в/в, местно) первого ряда Ацикловир и его производные Фамцикловир, Валацикловир, в случае АЦВ-резистентности – препараты второго ряда (Фосфономуравьиная кислота) или иные препараты с противовирусной активностью в выше указанных дозировках.

Противовирусные препараты местно:

- 0,25% мазь диоксотетрагидрокситетрагидронафталена,
- интерферон альфа мазь на гидрогелевой основе,
- ацикловир в виде крема для наружного применения,
- линимент меглюмина акридонацетата.

Иммунотерапия заболеваний ротовой полости и глотки: Имудон по схеме.

Необходимо полоскание полости рта слабым раствором марганцовокислого калия в разведении 1:5000 3-4 раза в день в течение 7 – 14 дней. Афты смазывают раствором бриллиантового зеленого

2-й этап: После стихания острых клинических проявлений –

Слабые антисептики,

кератопластические средства (масляные растворы витамина А, масло шиповника и витаминные масляные препараты на его основе, сок каланхоэ, мази с диоксометилтетрагидропиримидином).

Иммуномодуляторы

Адаптогены растительного происхождения (Облепихи крушевидной листьев экстракт, Эхинацеи пурпурной травы сок)

Витамины

Лечение офтальмогерпеса. Терапия проводится врачом-офтальмологом.

Основные методы лечения и профилактики офтальмогерпеса:

- химиотерапия,
- иммунотерапия
- либо комбинация химиотерапии и иммунотерапии
- методы микрохирургического лечения (микродиатермокоагуляция, различные варианты кератопластики, локальная ауто-экспресс-цитокинотерапия.

Лечение простого герпеса при беременности и лактации (общие рекомендации)

Тактика врача при генитальном герпесе у беременных (в т.ч. профилактика перинатального герпеса)

Общие рекомендации

- Поскольку генитальный герпес передается половым путем, все вопросы по профилактике и лечению инфекции у женщины решаются только после исключения заболевания у мужа.
- Рутинный скрининг не проводится, но женщину следует поставить в известность, что выявление антител к вирусу герпеса (IgG ВПГ 1/2) даже при отсутствии клинических проявлений болезни практически исключает риск поражения плода.
- Женщина, планирующая беременность, должна быть опрошена и осмотрена гинекологом для исключения у нее хронической генитальной патологии, в том числе герпес-инфекции.
- У женщин с эрозией шейки матки, рецидивирующей молочницей и другими хроническими воспалительными процессами (особенно с УГИ из группы ИППП), у имевших самопроизвольные аборты, мертворождения или постнатальную гибель ребенка перед планированием беременности рекомендуется произвести исследование титров IgG к ВПГ 1/2 и ДНК ВПГ 1/2 в вальвовагинальном секрете.
- При отсутствии генитального герпеса у женщины и ее мужа, а также при отсутствии у нее иммунитета к ВПГ (женщина "серонегативная", т.е. в крови нет IgG ВПГ 1/2):
 - проводится беседа о генитальном герпесе, его причинах и проявлениях, об опасности инфицирования во время беременности;
 - женщина информируется о возможности инфицирования наружных половых органов вирусом лабиального герпеса;
 - "серонегативной" беременной рекомендуется диспансеризация у гинеколога, инфекциониста и серологический скрининг (исследование титров IgM и IgG ВПГ 1/2) до 12-15 недели, на 24-26 неделе и на 34-36 неделе беременности;
 - при появлении IgM к вирусу герпеса и выявлении роста их титров у беременной для профилактики внутриутробного инфицирования плода рекомендуется использовать специфический иммуноглобулин;
 - при развитии у беременной первого эпизода генитального герпеса или его рецидива,

особенно в последние сроки беременности, а также при выявлении ДНК ВПГ 1/2 в секрете половых путей, показано лечение и санация половых путей до родов с целью профилактики инфицирования ребенка. Решается вопрос о способе ведения родов.

Лечение назначают при манифестной, бессимптомной (первичной или реактивации) герпетической инфекции с целью исключения интранатального инфицирования плода, вертикальной передачи вируса, предупреждения осложнения беременности (многоводия, угрозы выкидыша, невынашивания), осложнения родов (затяжные, преждевременные роды).

При беременности и лактации

- **Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b (Виферон)** - по 1 свече 2 раза в день ректально в течение 5 дней **с 28 по 34 неделю гестации**.
- Нормальный человеческий иммуноглобулин в/м по 3 мл каждые 3 дня, 5 инъекций, или по 25 мл в/в, капельно, на 200 мл физиологического раствора 3 раза в неделю (**3 курса за беременность**).
- Два курса метаболической терапии по 7 дней на протяжении беременности с интервалом в 2 недели.

Пиридоксальфосфат по 0,02 г 3 раза в день

Кокарбоксилаза 100мг в/в на р-ре Глюкозы 40% 20,0

Рибофлавин по 1 табл. 3 раза в день

Инозин по 0,2 г 3 раза в день

Тиоктовая кислота по 0,0025 г 3 раза в день

Фолиевая кислота по 1 табл. 3 раза в день

Калия оротат по 1 табл. 3 раза в день

Кальция пантотенат по 0,2 г 3 раза в день

Токоферол (Витамин Е) внутрь 100 мг в день

Троксерутин по 1 капсуле 2 раза в день

- **местная терапия:** туширование очага анилиновыми красителями (бриллиантовый зеленый); антисептиками.

N.B.! Ацикловир назначают: мазь — на любом сроке беременности; пероральное лечение (таблетки по 200 мг) - с 36–38 недели беременности; внутривенное введение капельно— при угрозе для жизни беременной (энцефалит, гепатит, диссеминированный ВПГ-инфекция).

Схема лечения генитального герпеса во время беременности:

- **Лечение в I триместре:**

N.B.! Ацикловир назначают только при угрозе для жизни беременной (энцефалит, гепатит, диссеминированный ВПГ-инфекция) внутривенно капельно

- иммунокоррекция: нормальный человеческий иммуноглобулин в/м по 3 мл каждые 3 дня, 5 инъекций, или по 25 мл в/в, капельно, на 200 мл физиологического раствора 3 раза в неделю через день;
- местная терапия: Ацикловир в виде крема для наружного применения 5 раз в сутки, туширование очага анилиновыми красителями (бриллиантовый зеленый); антисептиками.
- контроль: через 4 нед - цервикальный соскоб на ВПГ (ПЦР).

- **Лечение во II триместре:**

- **N.B.!** Ацикловир назначают только при угрозе для жизни беременной (энцефалит, гепатит, тяжелая форма, диссеминированная ВПГ-инфекция) внутривенно капельно
 - иммунокоррекция: нормальный человеческий иммуноглобулин в/м по 3 мл каждые 3 дня, 5 инъекций, или по 25 мл в/в, капельно, на 200 мл физиологического раствора 3 раза в неделю через день;
 - Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b (Виферон-1) в виде свечей **с 28 недели гестации** - по 1 свече 2 раза в день ректально в течение 5-10 дней
 - местная терапия: крем для наружного применения Ацикловир - 5 раз в сутки; туширование очага анилиновыми красителями (бриллиантовый зеленый); антисептиками.
 - контроль: через 4 нед - цервикальный соскоб на ВПГ (ПЦР).
- **Лечение в III триместре:**
 - **N.B.!** противовирусная терапия: ацикловир с 36–38 недели беременности внутрь по 200 мг 5 раз в сутки в течении 10 дней при первом эпизоде и в течении 5 дней при рецидиве; или супрессивная терапия ацикловиром* с 36 недели до родов
 - **Валцикловир** с 36–38 недели беременности внутрь по 500 мг 2 раз в сутки в течении 10 дней при первом эпизоде и в течении 5 дней при рецидиве; или супрессивная терапия ацикловиром* с 36 недели до родов
 - иммунокоррекция: нормальный человеческий иммуноглобулин 25 мл внутривенно капельно 3 раза через день,
 - Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b (Виферон-2) 2 раза в сутки ректально в течение 10 дней;
 - местная терапия: крем для наружного применения Ацикловир 5 раз в сутки; туширование очага анилиновыми красителями (бриллиантовый зеленый); антисептиками.
 - контроль: через 4 нед - цервикальный соскоб на ВПГ (ПЦР).

* Для уменьшения числа кесарева сечений у беременных с генитальным герпесом можно рекомендовать супрессивную терапию ацикловиром в III триместре накануне родов, в дозах по 200 мг 5 раз в сутки. На данном сроке указанные дозы безопасны для плода. Такая терапия оправдана, т.к. диагностика ВПГ накануне родов не всегда может быть быстро осуществлена, и нередко, врач получает результаты исследования уже после состоявшихся родов.

Кроме применения ацикловира всем роженицам с генитальным герпесом рекомендуется:

- обработка половых путей противовирусными препаратами (раствор полудана),
- ограничение числа влагалищных исследований в родах,
- запрещение использования любых акушерских операций (амниотомия, наложение электродов на головку плода и так далее).

Тактика врача при первом эпизоде генитального герпеса

- При первом эпизоде генитального герпеса в первом или втором триместре беременности у женщины, имеющей противогерпетические IgG к ВПГ-1, системное антивирусное лечение не рекомендовано.
- За 4-6 недель до родов обсуждается вопрос о необходимости исследования ДНК ВПГ-1/-2 в выделениях родовых путей. В зависимости от результатов исследования планируется способ ведения родов.
- При первом эпизоде генитального герпеса до 35 недели беременности, в случаях, когда нет противогерпетических IgG к ВПГ-1, проводится системная антивирусная терапия ацикловиром внутривенно по 10 мг/кг 3 раза в день, а затем перорально по 200 мг 5 раз в день до 10 дней. Исследуется ДНК ВПГ-2 в выделениях влагалища и вульвы до родов. Способ ведения родов планируется в зависимости от результата обследования и от состояния родовых путей к моменту родов.
- При первом эпизоде генитального герпеса после 35 недели беременности или в послеродовом периоде антивирусное лечение ацикловиром по 200 мг 5 раз в день проводится весь период до родов и продолжается после родов. У "серонегативной" матери (когда отсутствуют специфические противогерпетические IgG) и при наличии повреждения родовых путей производится кесарево сечение. Тактику ведения новорожденного определяет неонатолог (в том числе лечение).
- Беременным с генитальным герпесом, у которых произошло раннее излитие околоплодных вод, показано лечение ацикловиром внутривенно с последующим оральным приемом по 200 мг 5 раз в день до 10-14 дней.

Тактика врача при рецидивирующем генитальном герпесе

- При отсутствии рецидивов генитального герпеса во время текущей беременности у женщин с ранее верифицированной инфекцией специфическое лечение не проводится. При отсутствии вируса в вульвовагинальном секрете (ДНК ВПГ- нет) планируют естественные роды.
- При частых рецидивах генитального герпеса в последние месяцы беременности – предложения по тактике такие же, как при первичном генитальном герпесе до и после 35 недели беременности (см. выше).

Тактика родоразрешения при генитальном герпесе

Рекомендуется рассмотреть вопрос о разрешении родов кесаревым сечением при:

- первичном генитальном герпесе за 1 месяц до родов (отсутствие в крови защитного уровня противогерпетических антител);,
- первом эпизоде генитального герпеса за 2 недели до родов,
- рецидиве генитального герпеса за 7–10 дней до родов или накануне родов,
- при выделении ВПГ из канала шейки матки накануне родов;
- при тяжелом течении рецидивирующей герпетической инфекции с наличием резистентности к препаратам ацикловира;
- при преждевременном излитии околоплодных вод (более 8 ч безводного промежутка) при указании в анамнезе на наличие высыпаний ВПГ или бессимптомного выделения ВПГ в последний месяц беременности.

За 10-14 дней до проведения кесарева сечения также назначают ацикловир в супрессивных дозах, так как даже оперативные роды полностью не предотвращают интранатального заражения плода ВПГ-инфекцией.

В случае проведения влагалищного родоразрешения при всех вышеперечисленных условиях новорожденным сразу после рождения назначают лечебные дозы ацикловира внутривенно.

Ребенка изолируют до выздоровления матери, для исключения инфекции новорожденного наблюдают в течение 12- 14 сут. Если нельзя исключить заражение ребенка в родах, у новорожденного проводят серологические исследования методом ПЦР, анализ

мочи и кала, а также отделяемого из глаз и зева.

В послеродовом периоде рекомендуется обязательное грудное вскармливание новорожденных вне зависимости от вида герпетической инфекции у матери, так как грудное молоко является источником противогерпетических антител, даже при выявлении в нем антигена ВПГ.

Тактика врача при первом эпизоде лабиального герпеса у беременных

- При развитии заболевания у женщины до 35 недели беременности, особенно если нет лихорадки и других общих проявлений болезни, а очаг поражения небольшой, системное лечение противовирусными препаратами не проводится.
- Рекомендуется местная терапия: крем для наружного применения Ацикловир 5 раз в сутки; туширование очага анилиновыми красителями (бриллиантовый зеленый); антисептиками, проведение гигиенических мероприятий. Роды через естественные пути.
- При развитии первого эпизода лабиального герпеса после 36 недели или в послеродовом периоде рекомендовано противовирусное лечение Ацикловиром по 200 мг 5 раз в день в течение 7-10 дней, местная терапия крем "Ацикловир" 5 раз в сутки; туширование очага анилиновыми красителями (бриллиантовый зеленый); антисептиками, проведение гигиенических мероприятий.
- нормальный человеческий иммуноглобулин 25 мл внутривенно капельно 3 раза через день.
- Роды естественные. Защита новорожденного. Наблюдение неонатолога.

Тактика врача при рецидивирующем лабиальном герпесе у беременных

- В случаях развития отдельных мало выраженных рецидивов лабиального герпеса у беременных с наличием специфических IgG антивирусная терапия с системным применением препаратов ацикловира не рекомендуется. Туширование очага анилиновыми красителями (бриллиантовый зеленый); антисептиками местно.
- При развитии рецидива лабиального герпеса с большими очагами поражения, с симптомами инфекционно-токсического синдрома, а также с висцеральными поражениями рекомендовано решать вопрос о системной супрессивной терапии ацикловиром внутривенно или внутрь.
- нормальный человеческий иммуноглобулин 25 мл внутривенно капельно 3 раза через день.

Лечение герпетического энцефалита (ГЭ)

Тактика ведения

- Поддержание функций дыхания и кровообращения
- Купирование отека мозга при его развитии (гипервентиляция, осмотические диуретики)
- Противосудорожные средства — по показаниям
- Своевременное выявление возможного синдрома неадекватной секреции АДГ.

В лечении ГЭ выделяют следующие основные направления:

- применение противовирусных препаратов, из которых препаратом выбора является ацикловир;
- разработка способов защиты мозга от быстро нарастающей внутричерепной гипертензии и гипоксии;
- коррекция иммунных нарушений, связанных с состоянием Т – и интратекального иммунитета;

- устранение или уменьшение очаговых либо диффузных неврологических нарушений, возникших в результате повреждения структур мозга.

Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	10 -15 мг/кг три раза в сутки Каждые 8 часов	10-14-21 сут.	в/в, капельно
или			
Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	10 -15 мг/кг три раза в сутки Каждые 8 часов	10-14 сут.	в/в, капельно, с последующем переходом на пероральное введение
Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	Внутрь, перорально 200 мг пять раз в сутки	10-14 сут.	Перорально, Таблетки
Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	местно пять раз в сутки	10-14 сут.	Местно
Или			
Валацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	500 мг три раза в сутки	10-14 сут.	Перорально, таблетки
Или			
Фамцикловир <i>препарат 1 ряда</i>	250 мг три раза в сутки	10-14 сут.	Перорально, Таблетки
Или			
Фоскарнет <i>препарат 2 ряда</i>	в/в 40 мг/кг - 60 мг/кг 3 раза в сутки	10-14 сут.	в/в
Или			
Иммуноглобулин	в/м или в/в капельно 0,2 мл/кг		в/м или в/в

В докоматозной (энцефалической) фазе показано введение ацикловира в/в из расчета 10 мг/кг 3 раза в сутки в течение 10-14 дней.

При легкой и среднетяжелой коме, что соответствует 9–15 баллам по шкале Глазго, а также при тяжелой коме (3–8 баллов по шкале Глазго) вводят **ацикловир по той же схеме и рекомбинантный α -интерферон в дозе 100 тыс. МЕ/кг** (или виферон ректально) в течение 10 дней, затем переходят на пероральное введение ацикловира 200 мг 5 раз в сутки в течение 14–21 дня.

Для повышения эффективности лечения противовирусными нуклеозидами используют разные варианты комбинированного лечения:

- ацикловир с одним из поливалентных препаратов иммуноглобулина (Иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM], Иммуноглобулин человека нормальный);
- ацикловир в сочетании с поливалентными препаратами иммуноглобулина и дексаметазоном;

- ацикловир с препаратом интерферона, индукторами ИФН (циклоферон).
- при выраженном экссудативном компоненте воспаления — ингибиторы простагландинов (нестероидные противовоспалительные препараты).
- снижение сенсibilизации организма (энтеросорбенты, гепатопротекторы);
- использование естественных антиоксидантов (витамины Е и С);

Наиболее эффективным методом борьбы с отеком головного мозга, особенно при развитии судорожно-коматозного синдрома является ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции. В комплекс интенсивной терапии, направленной на лечение внутричерепной гипертензии, входят также дегидратирующие средства (маннитол, фуросемид), глюкокортикоидные гормоны. Для купирования эпилептических припадков назначаются противосудорожные средства.

Патогенетическая терапия при ГЭ включает сосудистые и симптоматические средства, направленные на улучшение мозговой перфузии и энергетического состояния ткани мозга. Препаратами выбора являются пентоксифиллин, или актовегин, или комбинированный препарат Гексобендин* + Этамиван* + Этофиллин* (Инстенон®), или пирацетам.

В периоде ранней реконвалесценции проводится восстановительная терапия, включающая медикаментозные средства, физиотерапию, массаж, ЛФК, иглорефлексотерапию. Продолжается прием препаратов, стимулирующих обменные процессы в нервной системе – пирацетам, Гопантенвая кислота, витамины группы В; препаратов, улучшающих кровообращение в нервной ткани – актовегин, пентоксифиллин, циннаризин.

Лечение простого герпеса у ВИЧ-инфицированных пациентов

При возникновении простого герпеса у пациентов, находящихся на АРТ более 90 суток, лечение проводится стандартными схемами,

Назначение АРТ пациентам с простым герпесом проводится только после исчезновения основных симптомов заболевания,

Если в анамнезе имели место эпизоды приема ацикловира, то при назначении АРТ, рекомендуется проведение исследования на устойчивость ВИЧ к препаратам АРТ.

Пациентам, начавшим принимать АРТ на протяжении 90 суток до возникновения рецидива, назначение иммунотерапии строго воспрещено!

В иных случаях возможно назначение препаратов интерферона или индукторов интерферона:

Меглюмина акридонацетат может быть использован в остром периоде, начиная с 3 инъекций по 250 мг с интервалом в 24 часа и далее еще трех инъекций с интервалом 48 час только в комплексе со специфическим противогерпетическим лечением, или

Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b (Виферон-4) - по 3 млн. ЕД 1 раз в сутки 10 суток ректально.

Пассивная иммунизация препаратами специфических иммуноглобулинов не рекомендована!

4.14 Общие подходы к профилактике

Дезинфекция не проводится, достаточно проветривания помещения и влажной уборки.

Профилактика заражения/реактивации вируса

Профилактика генитального герпеса включает комплекс мероприятий, воздействующих на основные звенья эпидемического процесса. Принято различать первичную и вторичную профилактику.

Первичная профилактика состоит в предотвращении заражения ВПГ, что, учитывая широкую распространенность герпетической инфекции, является сложной задачей.

Для ее решения проводятся следующие мероприятия:

- санитарно-просветительская работа в рамках полового воспитания и гигиенического

образования в школах, в процессе работы с подростками в подростковых центрах, при обращении девушек-подростков и молодых женщин в женские консультации, при работе с молодыми супругами, а также при любом обращении пациентов за дерматовенерологической помощью;

- исключение случайных сексуальных контактов;
- использование презервативов и средств индивидуальной профилактики во время сексуальных контактов с непостоянными партнерами;
- ввиду особой опасности заражения ВПГ во время беременности в течение всего ее срока обязательно использование барьерных методов контрацепции при всех видах сексуальных отношений;
- отказ от сексуальных отношений во время рецидива герпетической инфекции, если кто-либо из половых партнеров не инфицирован ВПГ.

Первичная профилактика герпесной инфекции у беременных

1) Выявление беременных высокого риска:

- а) тщательный сбор анамнеза с целью выявления эпизодов генитального герпеса;
- б) тщательное клиническое обследование родовых путей, промежности и вульвы в процессе наблюдения в женских консультациях и перед началом родов;
- в) вирусологическое подтверждение герпесоподобных генитальных поражений у всех женщин, планирующих беременность.

Вторичная профилактика направлена на то, чтобы замедлить или остановить развитие заболевания у больных генитальным герпесом. Она включает в себя следующие мероприятия:

- полноценное специфическое лечение первичного эпизода генитального герпеса; адекватно пролеченный первичный эпизод менее склонен к рецидивированию генитального герпеса;
- использование супрессивной терапии с целью предупреждения рецидивов генитального герпеса;
- контроль факторов, провоцирующих заболевание
- коррекция недостаточности различных звеньев иммунитета.
- санация очагов инфекции, коррекция гормонального статуса и т.д.

4.15 Организация оказания медицинской помощи больным простым герпесом

Медицинская помощь больным простым герпесом оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь больным с «простым герпесом» может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает:

первичную врачебную медико-санитарную помощь;
первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в

условиях дневного стационара.

Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в медицинских кабинетах учреждений.

При подозрении или выявлении у пациента простого герпеса, не требующего лечения в условиях стационара, врач-терапевт участковый (врачи общей практики (семейные врачи), средние медицинские работники медицинских организаций при наличии медицинских показаний направляет на консультацию в кабинет инфекционных заболеваний медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях (поликлиника).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение осуществляется в условиях стационара по направлению врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, других специалистов, выявивших заболевание.

5. Характеристика требований

5.1 Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная доврачебная медико-санитарная помощь больным простым герпесом легкой степени тяжести)

Синдром	Простой герпес
Стадия синдрома	Легкая степень тяжести
Фаза синдрома	Острая
Осложнения	Без осложнений
Вид медицинской помощи	Первичная доврачебная медико-санитарная помощь
Условия оказания медицинской помощи	Амбулаторные (поликлинические) условия
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная
Продолжительность лечения	7-10 дней
Код по МКБ-10	B00, A60

5.1.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Категория возрастная – взрослые.

Пол – любой.

Наличие высыпаний (пятно-папула-везикула-корочка).

Наличие умеренного синдрома интоксикации.

Отсутствие или наличие осложнения (пиодермия).

Легкая степень тяжести заболевания

5.1.2 Требования к диагностике в амбулаторных условиях

Прием (осмотр, консультация) специалиста со средним медицинским образованием - обязательные			
Код медицинской	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель	Усредненный показатель кратности

услуги		частоты предоставления	применения
B01.044.002	Осмотр фельдшером	0,5	2
B01.044.002	Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи	0,5	1
B01.044.002	Осмотр медицинской сестры	0,5	1
Прием (осмотр, консультация) специалиста со средним медицинским образованием - дополнительные			
A01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	2
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	2
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	2
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	2
A02.12.001	Исследование пульса	1	2
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A02.31.001	Термометрия общая	1	2
A25.31.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях при неуточненных заболеваниях	1	2

5.1.3. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

5.1.3.1 Клинические методы исследования

Сбор анамнеза. При сборе анамнеза выясняют наличие жалоб на лихорадку, интоксикацию. Целенаправленно выявляют жалобы на характерные высыпания.

Визуальное исследование, осмотр кожных покровов и видимых слизистых, органов зрения и ЛОР-органов, половых органов.

При внешнем осмотре оценивают состояние пациента, выявляют высоту лихорадки, выраженность интоксикационного синдрома, количество и локализацию высыпаний.

Осмотр и пальпация лимфатических узлов проводится бимануально и билатерально, что позволяет получить информацию о характере воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки полости рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Детально обследуют ротоглотку, миндалины. С использованием шпателя (зонда) определяют состояние надгортанника, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и характера дефектов слизистой оболочки. При обследовании определяют локализацию, величину, глубину патологических изменений (везикулы, афты), болезненность или отсутствие болевой чувствительности при

исследовании.

5.1.3.2 Лабораторные методы исследования

Не проводят

5.1.3.3 Инструментальные методы исследования

Не проводят

5.1.3.4 Специальные методы исследования

Не проводят

5.1.4 Требования к лечению в амбулаторных условиях

В амбулаторных условиях осуществляется лечение больных только с легкими типичными формами заболевания при отсутствии осложнений. После исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

5.1.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры тела;
- ▲ предупреждение развития осложнений.

Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

5.1.6 Требования к лекарственной помощи в амбулаторных условиях

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Код	Анато- терапевтическо- химическая классификация (АТХ)	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставлен ия	Единицы измерения	ССД***	СКД****
Средства для профилактики и лечения инфекций						
Противовирусные препараты						
J05AB	Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы	<i>Ацикловир</i>	1	Таб. мг	1000	5000
		<i>Ацикловир</i>	1	Мазь, наружно		
Препараты интерферона – рекомбинантные/природные						
L03AB	Интерфероны	Интерферон альфа	0,8	МЕ	1000000	5000000
L03AB05		<i>Человеческий рекомбинантный интерферон- альфа-2b</i>	0,8	МЕ ректально	9000	90000
		<i>Человеческий рекомбинантный интерферон- альфа-2b</i>	0,8	МЕ наружно	9000	90000

L03AX	Другие иммуностимуляторы					
		<i>Меглюмина акридоацетат</i>		мг	300	3000
		<i>Тилорон</i>		мг	125	1250
	Антисептики	<i>Бриллиантовый зеленый, Фукарцин, Жикость Кателлани</i>	1	мл	-	-
M01AE01	Производные пропионовой кислоты	<i>Ибупрофен</i>	0,05	г	1,2	12
N02BE01	Анилиды	<i>Парацетамол</i>	1	мг	400	4000
R06AB03	Антигистаминные средства системного действия	<i>Диметиндена малеат</i>	0,2	мг	1-2	20

5.1.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной доврачебной медико-санитарной помощи пациенту оказывается первичная не медикаментозная помощь в совокупности с применением симптоматических, этиотропных и патогенетических средств.

5.1.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

сроки ограничения – в среднем до 10 дней

порядок снятия ограничений - выписка при клиническом выздоровлении

рекомендации для пациента

медицинский отвод от профилактических прививок на 1 месяц, витаминотерапия, рациональное питание с набором легкоусвояемых блюд, обязательны фрукты, овощи.

дополнительная информация для членов семьи – соблюдение правил личной гигиены.

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	10
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	10

5.1.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания – Стол № 15

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Количество (длительность - дни)
Диета №15	1	10

Показания: различные заболевания, не требующие применения специальных диет, а также переходная диета в период выздоровления от специального лечебного питания к рациональному питанию.

Цель назначения. Обеспечить физиологические потребности в пищевых веществах и энергии.

Общая характеристика. Диета физиологически полноценная, богатая биологически

ценными веществами: незаменимыми аминокислотами, ненасыщенными жирными кислотами, витаминами. Поваренная соль — 10-15 г, свободная жидкость 1,5-2 л. Исключают трудноперевариваемые продукты и блюда, острые блюда и пряности, копчености.

5.1.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Постельный режим в течение периода лихорадки.
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу.
- Обработка глаз, слизистых полости рта, половых и ЛОР-органов пациента не менее 3-х раз в день.

5.1.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками простого герпеса, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению «простой герпес» и б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.1.12 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	90%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Стабилизация	9%	Отсутствие осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Развитие ятрогенных осложнений	1,0%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

5.2 Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная амбулаторно-поликлиническая помощь больным простым герпесом легкой степени тяжести)

Синдром	простой герпес
Стадия синдрома	Легкая степень
Фаза синдрома	Острая
Осложнения	Без осложнений
Вид медицинской помощи	Амбулаторно-поликлиническая помощь
Условия оказания медицинской помощи	Амбулаторные (поликлинические)

	условия
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная
Продолжительность лечения	7-10 дней

Код по МКБ-10: В00, А60

5.2.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Категория возрастная – взрослые.

Пол – любой.

Наличие высыпаний (пятно-папула-везикула-корочка).

Наличие умеренного синдрома интоксикации.

Отсутствие или наличие осложнения (пиодермия).

5.2.2 Требования к диагностике в амбулаторных условиях

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста – обязательные (инфекционист, терапевт)			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
В01.014. 001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	0,21	1
В01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1	1
В01.047.005	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового первичный	1	1
В01.026.001	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный	0,1	1
В01.044.002	Осмотр врачом скорой медицинской помощи	0,1	1
А01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	2
А01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	2
А01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	2
А01.31.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	2
А01.31.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	2
А01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
А01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
А01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	2
А01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	2
А01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	2

A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	2
A02.12.001	Исследование пульса	1	2
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A02.31.001	Термометрия общая	1	2
A25.31.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях при неуточненных заболеваниях	1	2
Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста – дополнительные			
B01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,05	1
A01.24.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии периферической нервной системы	0,05	1
A01.24.002	Визуальный осмотр при патологии периферической нервной системы	0,05	1
A01.24.003	Пальпация при патологии периферической нервной системы	0,05	1
A04.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	0,05	1
B01.029. 001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	0,05	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	0,05	1
B01.028. 001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	0,05	1
B01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога первичный	0,05	1
A01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	0,05	1
A01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	0,05	1
A01.01.003	Пальпация в дерматологии	0,05	1
B01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный	0,05	1
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	0,05	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	0,05	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	0,05	1
A02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	0,05	1
Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста на этапе лечения			

B01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный	0,1	1
B01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	0,2	1
B01.047.006	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового повторный	0,5	1
B01.026.002	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) повторный	0,1	1
B01.001.002	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный	0,1	1

Лабораторные методы исследования

Лабораторные методы исследования — обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,01	1
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	0,01	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	0,01	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	0,01	1
A09.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,01	2
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,01	2
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	0,01	2
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	0,01	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,01	2
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	0,1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	0,01	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	0,01	1
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	0,01	1
A09.28.003	Определение белка в моче	0,01	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	0,01	1
A11.20.003	Получение цервикального мазка	0,05	1
A11.20.006	Получение влагалищного мазка	0,05	1
A09.20.001	Микроскопическое исследование	0,05	1

	влагалищных мазков		
A11.20.005	Влагалищная биопсия	0,05	1
A11.20.012	Биопсия шейки матки	0,05	1
A03.20.001	Кольпоскопия	0,05	1
Лабораторные методы исследования — дополнительные			
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,01	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,01	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,01	1
A09.05.022	Исследование уровня фракций билирубина в крови	0,01	1
A09.05.017	Исследование мочевины в крови	0,01	1
A09.05.019	Исследование уровня креатинина в крови	0,01	1
A09.05.041	Исследование уровня аспаратаминотрансминазы в крови	0,01	1
A09.05.042	Исследование уровня аланинаминотрансминазы в крови	0,01	1
A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,01	1
A26.06.082	Определение антител к <i>Treponema pallidum</i>	0,6	1
A26.06.048	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к <i>Human immunodeficiency virus HIV 1</i>	0,6	1
A26.06.049	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к <i>Human immunodeficiency virus HIV 2</i>	0,6	1
A26.06.036	Определение антигена HBsAg <i>Hepatitis B virus</i>	0,6	1
A26.06.041	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к <i>Hepatitis C virus</i>	0,6	1
A26.20.015	Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на кандиды (<i>Candida spp.</i>)	0,6	1
A26.20.017	Паразитологическое исследование влагалищного отделяемого на трофозоиты трихомонад (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	0,6	1
A26.20.001	Микроскопическое исследование отделяемого	0,6	1

	женских половых органов на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)		
A26.20.008	Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,6	1
A26.06.022	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к <i>Cytomegalovirus</i>	0,2	1
A26.06.018	Определение антител класса A, M, G (IgA, IgM, IgG) к <i>Chlamydia trachomatis</i>	0,2	1

Инструментальные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A06.09.007	Рентгенография легких	0,1	1
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,1	1
Инструментальные методы исследования - дополнительные			
A06.30.003	Рентгенография позвоночника, вертикальная	0,1	1
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	0,1	1
A04.16.001	Комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости	0,3	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,3	1
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,3	1
Специальные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
-	-	-	-
Специальные методы исследования - дополнительные			
A26.01.006	Молекулярно-биологическое исследование содержимого и/или отделяемого везикул, эрозий на вирус ветряной оспы (VZV)	0,5	1
	Молекулярно-биологическое	0,5	1

	исследование содержимого и / или отделяемого везикул, эрозий на вирус простого герпеса		
A26.06.084	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу ветряной оспы (VZV) в крови	0,5	1
A26.06.045	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса в крови	0,5	1
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
B03.002.003	Исследование иммунологического статуса при смешанном иммунодефиците	0,01	1

5.2.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

Взятие материала для лабораторного исследования.

5.2.3.1 Клинические методы исследования

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие жалоб на лихорадку, интоксикацию.

Целенаправленно выявляют жалобы на характерные высыпания.

Визуальное исследование, осмотр кожных покровов и видимых слизистых, органов зрения и ЛОР-органов, половых органов.

При внешнем осмотре оценивают состояние пациента, выявляют высоту лихорадки, выраженность интоксикационного синдрома, количество и локализацию высыпаний.

Осмотр и пальпация лимфатических узлов проводится бимануально и билатерально, что позволяет получить информацию о характере воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки полости рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Детально обследуют ротоглотку, миндалины. С использованием шпателя (зонда)

определяют состояние надгортанника, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и характера дефектов слизистой оболочки. При обследовании определяют локализацию, величину, глубину патологических изменений (везикулы, афты), болезненность или отсутствие болевой чувствительности при исследовании.

5.2.3.2 Лабораторные методы исследования

Определение вируса простого герпеса одним из методов:

- Экспресс-метод диагностики простого герпеса - прямой метод полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Клинический анализ крови, мочи, дополнительные исследования – биохимический общетерапевтический анализ крови.

5.2.3.3 Инструментальные методы исследования

При необходимости проводят рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости и ЭКГ. Определяют характер изменений, проводят объективную оценку соответствия результатов клинических и инструментальных исследований.

5.2.3.4 Специальные методы исследования

Молекулярно-биологическое исследование содержимого везикулы на вирус простого герпеса (ВПГ).

5.2.4 Требования к лечению в амбулаторных условиях

Аэрация помещения. Применение симптоматических (жаропонижающих) средств по назначению врача.

5.2.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

Снижение температуры тела по показаниям,

Предупреждение развития осложнений;

Гигиенические мероприятия – ежедневная смена нательного и постельного белья.

Аэрация помещения.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

5.2.6 Требования к лекарственной помощи в амбулаторных условиях

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ)	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
Средства для профилактики и лечения инфекций						
Противовирусные препараты						
J05AB	Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы	<i>Ацикловир</i>	1	Таб.	1000	5000
		<i>Валацикловир</i>	1	Таб., мг	1000	5000
		<i>Фамцикловир</i>	1	Таб. мг	750	3750
		<i>Ацикловир</i>	1	Мазь, наружно		
		<i>Аммония глицирризинат</i>	1	Спрей, наружно		

Антибактериальные препараты						
J01CR02	Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз	Амоксициллин+Клавулановая кислота	0,5	мг	1125	16875
J01FA09	Макролиды	Кларитромицин, Азитромицин Спирамицин	0,2	мг	1000 мг	7000 мг
J01DC	Цефалоспорины 2-ого поколения	Цефуроксим	0,2	мг	500 мг	3500 мг
Препараты интерферона – рекомбинантные/природные						
L03AB	Интерфероны	Интерферон альфа	0,8	МЕ	1000000	5000000
L03AB05		Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b	0,8	МЕ, ректально	9000	90000
		Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b	0,8	МЕ, наружно	9000	90000
L03AB01		Интерферон альфа-2b + Таурин* + Бензокаин*, Интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный + Дифенгидрамин*	0,2	МЕ, наружно	18000	180000
L03AX	Другие иммуностимуляторы					
		Меглюмина акридоначетат		мг	300	3000
		Тилорон		мг	125	1250
	Вакцина противогерпетическая					
	Антисептики	Бриллиантовый зеленый, Фукарцин, Жидкость Кателлани	1	мл	-	-
R01A	Деконгестанты и другие препараты для местного применения	Морская вода	0,5	мл	2	10
M01AE01	Производные пропионовой кислоты	Ибупрофен	0,05	г	1,2	12

		<i>Ибупрофен</i>	0,7	мазь		
N02BE01	Анилиды	<i>Парацетамол</i>	1	мг	400	4000
R06AB03	Антигистаминные средства системного действия	<i>Диметиндена малеат</i>	0,2	мг	1-2	20

5.2.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной медико-санитарной помощи пациенту оказывается первичная не медикаментозная помощь в совокупности с применением симптоматических, этиотропных и патогенетических средств.

5.2.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

сроки ограничения – в среднем до 10 дней

порядок снятия ограничений - выписка инфекционистом, участковым терапевтом при клиничко-лабораторном выздоровлении

рекомендации для пациента

медицинский отвод от профилактических прививок на 1 месяц, витаминотерапия, рациональное питание с набором легкоусвояемых блюд, обязательны фрукты, овощи.

дополнительная информация для членов семьи – соблюдение правил личной гигиены.

Не медикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	10
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	10

5.2.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания – Стол № 15

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Длительность (дни)
Диета №15	1	10

Показания: различные заболевания, не требующие применения специальных диет, а также переходная диета в период выздоровления от специального лечебного питания к рациональному питанию.

Цель назначения. Обеспечить физиологические потребности в пищевых веществах и энергии.

Общая характеристика. Диета физиологически полноценная, богатая биологически ценными веществами: незаменимыми аминокислотами, ненасыщенными жирными кислотами, витаминами. Поваренная соль — 10-15 г, свободная жидкость 1,5-2 л. Исключают трудноперевариваемые продукты и блюда, острые блюда и пряности, копчености [Приказ № 330 МЗРФ Информационное письмо МЗ России от 07.04.2004 г.].

5.2.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Изоляция пациента, масочный режим.
- Постельный режим в течение периода лихорадки.
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу.
- Обработка глаз, слизистых полости рта, половых и ЛОР-органов пациента не менее 3-х

раз в день.

5.2.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками «простого герпеса» медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению «простой герпес» и б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.2.12 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	90%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Стабилизация	9%	Отсутствие осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Развитие ятрогенных осложнений	1,0%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

5.3 Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная медико-санитарная помощь больным простым герпесом среднетяжелой формы, стационарозамещающая)

Синдром	простого герпеса
Стадия синдрома	Среднетяжелая форма
Фаза синдрома	Острая
Осложнения	Без осложнений
Вид медицинской помощи	Первичная врачебная медико-санитарная помощь
Условия оказания медицинской помощи	Стационарозамещающая помощь
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная
Продолжительность лечения	10 дней

Код по МКБ-10: B00, A60

5.3.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Категория возрастная – взрослые.

Пол – любой.

Наличие высыпаний (пятно-папула-везикула-корочка).

Наличие умеренного синдрома интоксикации.

Отсутствие или наличие осложнений (пневмония, пиодермия).

5.3.2 Требования к диагностике

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста – обязательные (инфекционист, терапевт)			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1	1
A01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	2
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	2
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	2
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	2
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	2
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	2
A02.12.00	Исследование пульса	1	2
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A02.31.001	Термометрия общая	1	2
Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста – дополнительные			
B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,05	1
A01.24.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии периферической нервной системы	0,05	1
A01.24.002	Визуальный осмотр при патологии периферической нервной системы	0,05	1
A01.24.003	Пальпация при патологии периферической нервной системы	0,05	1
A04.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии	0,05	1

	периферической нервной системы		
B01.029.001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	0,03	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	0,03	1
B01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	0,05	1
B01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога первичный	0,05	1
A01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	0,05	1
A01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	0,05	1
A01.01.003	Пальпация в дерматологии	0,05	1

Лабораторные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	2
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	1
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	1
A09.28.003	Определение белка в моче	1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
Лабораторные методы исследования - дополнительные			
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	2
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,5	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,5	1
A09.05.022	Исследование уровня фракций билирубина в крови	0,5	1
A09.05.017	Исследование мочевины в крови	0,5	1
A09.05.019	Исследование уровня	0,5	1

	креатинина в крови		
A09.05.041	Исследование уровня аспаратаминотрансаминазы в крови	0,5	1
A09.05.042	Исследование уровня аланинаминотрансаминазы в крови	0,5	1
A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,3	1

Инструментальные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A06.09.007	Рентгенография легких	0,1	1
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,1	1
Инструментальные методы исследования - дополнительные			
A06.03.020	Рентгенография позвоночника, вертикальная	0,1	1
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	0,5	1
A04.16.001	Комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости	0,3	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,3	1
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,3	1

Специальные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
	Молекулярно-биологическое исследование содержимого и / или отделяемого везикул, эрозий на вирус простого герпеса	0,5	1
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
Специальные методы исследования - дополнительные			
A26.01.006	Молекулярно-биологическое	0,5	1

	исследование везикулярной жидкости, соскобов с высыпаний на вирус ветрянки (Varicella zoster virus)		
A26.06.092	Определение антигенов вируса простого герпеса (Herpes simplex virus 1, 2) в крови	0,01	1
A26.06.084	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу ветряной оспы (VZV) в крови	0,5	1
A26.06.045	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса в крови	0,5	1
B03.002.003	Исследование иммунологического статуса при смешанном иммунодефиците	0,01	1

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
B01.014.003	Ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	14
B01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	1	2
Лабораторные методы исследования			
A08.05.001	Цитологическое исследование мазка костного мозга (подсчет формулы костного мозга)	0,05	1
A09.05.074	Исследование уровня циркулирующих иммунных комплексов в крови	0,01	1
A09.05.177	Исследование уровня (концентрации) изоферментов креатинкиназы в крови	0,05	1
Инструментальные методы исследования			
A04.10.002	Эхокардиография	0,05	1
A04.16.004	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,05	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,3	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	0,01	1
A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух	0,05	1

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
	носа		
A06.09.007	Рентгенография легких	0,05	1
Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения			
A11.05.003	Получение гистологического препарата костного мозга	0,01	1
B01.003.004	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)	0,01	1

5.3.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

Взятие материала для лабораторного исследования.

5.3.3.1 Клинические методы исследования

Сбор анамнеза. При сборе анамнеза выясняют наличие жалоб на лихорадку, интоксикацию.

Целенаправленно выявляют жалобы на характерные высыпания.

Визуальное исследование, осмотр кожных покровов и видимых слизистых, органов зрения и ЛОР-органов, половых органов.

При внешнем осмотре оценивают состояние пациента, выявляют высоту лихорадки, выраженность интоксикационного синдромов, количество и локализацию высыпаний.

Необходимо проводить осмотр лимфатических узлов, который проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки полости рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Детально обследуют ротоглотку, миндалины. С использованием шпателя (зонда) определяют состояние надгортанника, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и характера дефектов слизистой оболочки. При обследовании обращают внимание на локализацию, величину, глубину патологических изменений (везикулы, афты), болезненность или отсутствие болевой чувствительности при исследовании.

5.3.3.2 Лабораторные методы исследования

Определение вируса ветряной оспы одним из методов:

- Экспресс-метод диагностики «простого герпеса» - прямой метод полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Клинический анализ крови, мочи, дополнительные исследования – биохимический общетерапевтический анализ крови.

5.3.3.3 Инструментальные методы исследования

При необходимости проводят рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости и ЭКГ. Определяют характер изменений, проводят объективную оценку соответствия результатов клинических и инструментальных исследований.

5.3.3.4 Специальные методы исследования

Молекулярно-биологическое исследование содержимого везикулы на вирус простого герпеса (ВПГ).

5.3.4 Требования к лечению

Изоляция больного, аэрация помещения. Применение симптоматических средств по назначению врача.

5.3.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

Снижение температуры тела по показаниям,

Предупреждение развития осложнений;

Гигиенические мероприятия – ежедневная смена нательного и постельного белья.

Аэрация помещения.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

5.3.6 Требования к лекарственной помощи

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ)	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
Средства для профилактики и лечения инфекций						
Противовирусные препараты						
J05AB	Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы	<i>Ацикловир</i>	1	Таб. мг	1000	7000/10000
		<i>Валацикловир</i>	1	Таб., мг	1000	7000/10000
		<i>Фамцикловир</i>	1	Таб., мг	750	7500
		<i>Ацикловир</i>	1	Мазь, наружно		
		<i>Аммония глицирризинат</i>	1	Спрей, наружно		
Антибактериальные препараты						
J01CR02	Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз	<i>Амоксициллин+Клавулановая кислота</i>	0,5	мг	1125	16875
J01FA09	Макролиды	<i>Кларитромицин, Азитромицин, Спирамицин</i>	0,2	мг	1000	7000
J01DC	Цефалоспорины	<i>Цефуроксим</i>	0,2	мг	500	3500

	2-ого поколения					
Препараты интерферона – рекомбинантные/природные						
L03AB	Интерфероны	<i>Интерферон альфа</i>	0,8	МЕ	1000000	5000000
L03AB05		<i>Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b</i>	0,8	МЕ, ректально	9000	90000
		<i>Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b</i>	0,8	МЕ, наружно	9000	90000
L03AB01		<i>Интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный + Дифенгидрамин*</i>	0,2	МЕ	18000	180000
L03AX	Другие иммуностимуляторы					
		<i>Меглюмина акридонацетат</i>		мг	300	3000
		<i>Тилорон</i>		мг	125	1250
	Антисептики	<i>Бриллиантовый зеленый, Фукарцин, Жидкость Кателлани</i>	1	мл	-	-
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний, подагры						
M01A	Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства					
M01AE01	Производные пропионовой кислоты	<i>Ибупрофен</i>	0,05	г	1,2	12
		<i>Ибупрофен</i>	0,7	мазь		
N02BE01	Анилиды	<i>Парацетамол</i>	1	мг	400	4000
R06AB03	Антигистаминные средства системного действия	<i>Диметиндена малеат</i>	0,2	мг	1-2	20

5.3.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств

На этапе первичной врачебной медико-санитарной помощи пациенту оказывается первичная не медикаментозная помощь в совокупности с применением симптоматических, этиотропных и патогенетических средств.

5.3.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

сроки ограничения (домашний режим до 10 дней)

порядок снятия ограничений (выписка участковым терапевтом, инфекционистом при клиничко-лабораторном выздоровлении)

рекомендации для пациента

медотвод от профилактических прививок на 1 месяц, витаминотерапия, рациональное питание с набором легкоусвояемых блюд, обязательны фрукты, овощи.

дополнительная информация для членов семьи – соблюдение правил личной гигиены.

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	10
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	10
A25.09.019	Назначение комплекса упражнений (лечебной физкультуры)	1	10

5.3.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания – Стол № 15

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Количество (длительность - дни)
Диета №15	1	10

Показания: различные заболевания, не требующие применения специальных диет, а также переходная диета в период выздоровления от специального лечебного питания к рациональному питанию.

Цель назначения. Обеспечить физиологические потребности в пищевых веществах и энергии.

Общая характеристика. Диета физиологически полноценная, богатая биологически ценными веществами: незаменимыми аминокислотами, ненасыщенными жирными кислотами, витаминами. Поваренная соль — 10-15 г, свободная жидкость 1,5-2 л. Исключают трудноперевариваемые продукты и блюда, острые блюда и пряности, копчености [Приказ № 330 МЗРФ Информационное письмо МЗ России от 07.04.2004 г.].

5.3.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Постельный режим в течение периода лихорадки.
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу.
- Обработка глаз, слизистых полости рта, половых и ЛОР-органов пациента не менее 3-х раз в день.

5.3.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками простого герпеса, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению простого герпеса, и б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.3.12 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки исхода	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность оказания
---------------------	------------------	----------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

		при данной модели пациента	исхода	медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	90%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Стабилизация	9%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Развитие ятрогенных осложнений	1,0%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

5.4 Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная специализированная медико-санитарная помощь больным простым герпесом среднетяжелой формы, стационарозамещающая/стационарная)

Синдром	Простой герпес
Стадия синдрома	Среднетяжелая форма
Фаза синдрома	Острая
Осложнения	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Первичная специализированная медико-санитарная помощь
Условия оказания медицинской помощи	Стационарозамещающая помощь, стационарная
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная, экстренная
Продолжительность лечения	14 дней

Код по МКБ-10: B00, A60

5.4.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Категория возрастная – взрослые.

Пол – любой.

Наличие высыпаний (пятно-папула-везикула-корочка).

Наличие умеренного синдрома интоксикации.

Отсутствие или наличие осложнений (пневмония, пиодермия).

5.4.2 Требования к диагностике

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста (инфекционист, терапевт) – обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения

B01.014. 001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	2
B01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1	2
A01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	2
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	2
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	2
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	2
A01.31.01	Перкуссия общетерапевтическая	1	2
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	2
A02.12.001	Исследование пульса	1	2
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A02.31.001	Термометрия общая	1	2
Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста – дополнительные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,5	1
A01.24.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии периферической нервной системы	0,5	1
A01.24.002	Визуальный осмотр при патологии периферической нервной системы	0,5	1
A01.24.003	Пальпация при патологии периферической нервной системы	0,5	1
A04.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	0,5	1
B01.029. 001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	0,3	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	0,3	1
B01.028. 001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	0,05	1
B01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога первичный	0,5	1
A01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	0,5	1

A01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	0,5	1
A01.01.003	Пальпация в дерматологии	0,5	1

Лабораторные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	2
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	2
A09.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	2
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	2
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	2
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	2
A08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	1	2
A08.05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1	2
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	2
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	1
A09.28.003	Определение белка в моче	1	2
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	2
A09.28.022	Определение объема мочи	1	2
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	2
Лабораторные методы исследования - дополнительные			
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	2
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,5	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,5	1
A09.05.022	Исследование уровня фракций билирубина в крови	0,5	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1
A09.05.017	Исследование мочевины в крови	0,5	1

A09.05.019	Исследование уровня креатинина в крови	1	1
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	1	1
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	1	1
A09.05.038	Исследование осмолярности крови	1	1
A09.05.041	Исследование уровня аспаратаминотрансминазы в крови	1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланинаминотрансминазы в крови	1	1
A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,5	1
V03.002.003	Исследование иммунологического статуса при смешанном иммунодефиците	0,01	1

Инструментальные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A06.09.007	Рентгенография легких	0,5	1
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,5	1
Инструментальные методы исследования - дополнительные			
A06.03.020	Рентгенография позвоночника, вертикальная	0,3	1
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,3	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	0,5	1
A04.16.001	Комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости	0,3	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,3	1
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,3	1
A06.03.002	Компьютерная томография головы	0,3	1

Специальные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
	Молекулярно-биологическое исследование содержимого и /или отделяемого везикул, эрозий на вирус простого герпеса	0,5	1

A26.06.045	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса в крови	0,5	1
Специальные методы исследования - дополнительные			
A26.01.006	Молекулярно-биологическое исследование содержимого и/или отделяемого везикул, эрозий на вирус ветряной оспы (VVZ)	0,5	1
A26.06.084	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу ветряной оспы (VVZ) в крови	0,5	1
A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к ВИЧ-1 в крови методом ИФА	0,5	1
A26.06.049	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к ВИЧ-2 в крови методом ИФА	0,5	1
B03.002.003	Исследование иммунологического статуса при смешанном иммунодефиците	0,01	1

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением			
A11.01.013	Накожное применение лекарственных средств	1	14
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств	1	14
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	14
A14.01.001	Уход за кожей тяжелообольного пациента	0,05	14
A14.01.002	Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелообольного	0,05	10
A14.07.002	Уход за полостью рта тяжелообольного	0,05	14
A14.31.001	Перемещение тяжелообольного в постели	0,05	14
A14.31.002	Размещение тяжелообольного в постели	0,05	2
A14.31.005	Приготовление и смена постельного белья тяжелообольному	0,05	10
A14.31.006	Пособие по смене белья и одежды тяжелообольному	0,05	10
A14.31.007	Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелообольных	0,05	14
A14.19.002	Постановка очистительной клизмы	0,05	5
A25.01.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	14

A25.01.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	14
A25.01.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	14

5.4.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью врач-инфекционист производит сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

С целью дифференциальной диагностики проводится консультация врача-терапевта, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-невролога, врача-дерматолога.

Взятие материала для лабораторного исследования.

5.4.3.1 Клинические методы исследования

Сбор анамнеза. При сборе анамнеза выясняют наличие жалоб на лихорадку, интоксикацию.

Целенаправленно выявляют жалобы на характерные высыпания.

Визуальное исследование, осмотр кожных покровов и видимых слизистых, органов зрения и ЛОР-органов, половых органов.

При внешнем осмотре оценивают состояние пациента, выявляют высоту лихорадки, выраженность интоксикационного синдромов, количество и локализацию высыпаний.

Необходимо проводить осмотр лимфатических узлов, который проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки полости рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Детально обследуют ротоглотку, миндалины. С использованием шпателя (зонда) определяют состояние надгортанника, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и характера дефектов слизистой оболочки. При обследовании обращают внимание на локализацию, величину, глубину патологических изменений (везикулы, афты), болезненность или отсутствие болевой чувствительности при исследовании.

5.4.3.2 Лабораторные методы исследования

Определение вируса ветряной оспы одним из методов:

- Экспресс-метод диагностики простого герпеса - прямой метод полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Клинический анализ крови, мочи, дополнительные исследования – биохимический, общетерапевтический анализ крови.

5.4.3.3 Инструментальные методы исследования

При необходимости проводят рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, ЭКГ и компьютерная томография головного мозга. Определяют характер изменений, проводят объективную оценку соответствия результатов клинических и инструментальных исследований.

5.4.3.4 Специальные методы исследования

Молекулярно-биологическое исследование содержимого везикулы на вирус простого герпеса.

5.4.4 Требования к лечению

Изоляция больного, аэрация помещения. Выполнение медикаментозных назначений врача-инфекциониста и оценка эффективности терапевтических мероприятий.

5.4.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Не медикаментозная помощь направлена на:

- Снижение температуры тела по показаниям,
- Предупреждение развития осложнений;

Гигиенические мероприятия – ежедневная смена нательного и постельного белья.

Аэрация помещения.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

5.4.6 Требования к лекарственной помощи

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ)	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
Средства для профилактики и лечения инфекций						
Противовирусные препараты						
J05AB	Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы	<i>Ацикловир</i>	1	Таб. мг	1000	10000
		<i>Валацикловир</i>	1	Таб. мг	1000	7000/10000
		<i>Фамцикловир</i>	1	Таб. мг	750	7500
		<i>Ацикловир</i>	1	Мазь, наружно		
		<i>Аммония глицирризинат</i>	1	Спрей, наружно		
Антибактериальные препараты						
J01CR02	Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз	<i>Амоксициллин + Клавулановая кислота</i>	0,5	мг	1125	16875г
J01FA09	Макролиды	<i>Кларитромицин, Азитромицин, Спирамицин</i>	0,2	мг	1000	7000
J01DC	Цефалоспорины 2-ого поколения	<i>Цефуроксим</i>	0,2	мг	500	3500
Препараты интерферона – рекомбинантные/природные						
L03AB	Интерфероны	Интерферон альфа	0,8	МЕ	1000000	5000000
L03AB05		<i>Человеческий</i>	0,8	МЕ,	9000	90000

		рекомбинантный интерферон- альфа-2b		ректально		
		Человеческий рекомбинантный интерферон- альфа-2b	0,8	МЕ, наружно	9000	90000
L03AB01		Интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный + Дифенгидрамин*	0,2	МЕ	18000	180000
		Инозин пранобекс	0,2	мг	50 мг/кг/сут в 3–4 приема	Рассчитат ь
L03AX	Другие иммуностимуляторы					
		Меглюмина акридоначетат		мг	300	3000
		Тилорон		мг	125	1250
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний, подагры						
N01AH	Опиоидные анальгетики	Тримеперидин	0,1	мг	5	50
M01A	Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства					
		Кетопрофен	0,6	мг	300	3000
		Кеторолак	1	мг	30	400
		Лорноксикам	1	мг		
M01AE01	Производные пропионовой кислоты	Ибупрофен	1	г	1,2	12
		Ибупрофен	0,7	мазь		
N02BE01	Анилиды	Парацетамол	1	мг	400	4000
R01A	Деконгестанты и другие препараты для местного применения	Морская вода	0,5	мл	2	10
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания						
B05BB	Растворы, влияющие на водно- электролитный баланс	Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид	1	мл	500	5000
B05BC	Растворы с осмодиуретическим действием	Маннитол	0,5	мл	200	800
B05XA	Растворы электролитов	Калия хлорид	1	Мл	10	70
		Натрия хлорид	1	мл	300	3000
C03CA01	Сульфонамиды	Фуросемид	0,7	мг	40	200
N01BB	Амиды	Лидокаин	0,3	мг	120	1680
N05BA	Производные	Диазепам	0,2	мг	15	105

	бензодиазефина					
N07XX	Прочие препараты для заболевания нервной системы	<i>Инозин+Никотин амид+Рибофлавин+Янтарная кислота</i>	0,4	мл	10	100
R06AB03	Антигистаминные средства системного действия	<i>Диметиндена малеат</i>	0,2	мг	1-2	20
R06AE	Производные пиперазина	<i>Цетиризин</i>	0,2	мг	10	100
V07AB	Растворители и разбавители, включая ирригационные растворы	<i>Вода для инъекций</i>	1	мл	6	120

5.4.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной врачебной медико-санитарной помощи пациенту оказывается первичная не медикаментозная помощь в совокупности с применением симптоматических, этиотропных и патогенетических средств.

5.4.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

сроки ограничения - 10-14 дней

порядок снятия ограничений (выписка инфекционистом при клинко-лабораторном выздоровлении)

рекомендации для пациента

медотвод от профилактических прививок на 1 месяц, витаминотерапия, рациональное питание с набором легкоусвояемых блюд, обязательны фрукты, овощи.

дополнительная информация для членов семьи – соблюдение правил личной гигиены.

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	10-14
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	10-14
A25.09.019	Назначение комплекса упражнений (лечебной физкультуры)	1	10-14

5.4.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания – Стол № 15

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Количество (длительность - дни)
Диета №15	1	10-14

Показания: различные заболевания, не требующие применения специальных диет, а также переходная диета в период выздоровления от специального лечебного питания к рациональному питанию.

Цель назначения. Обеспечить физиологические потребности в пищевых веществах и энергии.

Общая характеристика. Диета физиологически полноценная, богатая биологически ценными веществами: незаменимыми аминокислотами, ненасыщенными жирными кислотами, витаминами. Поваренная соль — 10-15 г, свободная жидкость 1,5-2 л. Исключают трудноперевариваемые продукты и блюда, острые блюда и пряности, копчености [Приказ № 330 МЗ РФ Информационное письмо МЗ России от 07.04.2004 г., в котором даны разъяснения, дополнения и уточнения к указанному документу].

5.4.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Изоляция пациента, масочный режим.
- Постельный режим в течение периода лихорадки.
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу.
- Обработка глаз, слизистых полости рта, половых и ЛОР-органов пациента не менее 3-х раз в день.

5.4.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками простого герпеса, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению простого герпеса, и б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.4.12 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	90%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Стабилизация	9%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Развитие ятрогенных осложнений	1,0%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

5.5 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь больным простым герпесом в среднетяжелой/тяжелой форме, стационарная)

Синдром	Простой герпес
Стадия синдрома	Среднетяжелая/тяжелая форма
Фаза синдрома	Острая

Осложнения	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Стационарная
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная
Продолжительность лечения	21 день
Код по МКБ-10	B00, A60

5.5.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Категория возрастная – взрослые.

Пол – любой.

Наличие высыпаний (пятно-папула-везикула-корочка)

Наличие умеренного синдрома интоксикации.

Отсутствие или наличие осложнений (пневмония, пиодермия)

5.5.2 Требования к диагностике в условиях стационара

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста (инфекционист, терапевт) – обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.014. 001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1	2
A01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	2
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	2
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	2
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	2
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	2
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	2
A02.12.001	Исследование пульса	1	2
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2

A02.31.001	Термометрия общая	1	2
Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста – дополнительные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	1	1
A01.24.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии периферической нервной системы	1	1
A01.24.002	Визуальный осмотр при патологии периферической нервной системы	1	1
A01.24.003	Пальпация при патологии периферической нервной системы	1	1
A04.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	1
B01.029.001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	0,3	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	0,3	1
B01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	0,5	1
B01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога первичный	1	1
A01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	1
A01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1	1
A01.01.003	Пальпация в дерматологии	1	1
A01.01.005	Определение дермографизма	1	1
B01.003.001	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный	0,5	1
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта первичный	1	2
B01.002.001	Осмотр (консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный	0,3	1
B01.028.001	Осмотр (консультация) врача-отоларинголога первичный	0,3	1

Лабораторные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	2
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1

A09.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	1
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	1
A09.28.003	Определение белка в моче	1	1
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	1
A09.28.022	Определение осмолярности мочи	1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
Лабораторные методы исследования - дополнительные			
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	2
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,5	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,5	1
A09.05.022	Исследование уровня фракций билирубина в крови	0,5	1
A09.05.017	Исследование мочевины в крови	0,5	1
A09.05.019	Исследование уровня креатинина в крови	0,5	1
A09.05.041	Исследование уровня аспаратаминотрансаминазы в крови	0,5	1
A09.05.042	Исследование уровня аланинаминотрансаминазы в крови	0,5	1
A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,3	1
A09.23.004	Исследование уровня белка в спинномозговой жидкости	0,3	1
A09.23.008	Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости, подсчет клеток в счетной камере (определение цитоза)	0,3	1
A09.23.003	Исследование уровня глюкозы в спинномозговой жидкости	0,3	1
	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус простого	0,8	1

	герпеса		
A26.05.017	Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус	0,8	1
A26.06.022	Определение классов IgM, Ig G к цитомегаловирусу в крови	0,9	1
A26.06.028	Определение классов IgM, Ig G в крови к вирусу Эпштейна-Барр	0,9	1
A26.06.045	Определение классов IgM, Ig G в крови к вирусу простого герпеса 1/2	0,9	1
A26.06.047	Определение антител к вирусу герпеса человека 6 типа в крови	0,9	1

Инструментальные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A06.09.007	Рентгенография легких	0,1	1
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,5	1
Инструментальные методы исследования - дополнительные			
A06.03.020	Рентгенография позвоночника, вертикальная	0,3	1
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,3	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	0,5	1
A04.16.001	Комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости	0,3	2
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,3	1
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,3	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,9	1
A06.03.002	Компьютерная томография головы	0,3	1
A11.23.001	Спинальная пункция	0,3	1
B01.003.004.01	Местная анестезия	0,3	1

Специальные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого везикул, эрозий на вирус простого герпеса	0,5	1
A26.06.045	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса 1/2 в крови	0,5	1
Специальные методы исследования - дополнительные			

A26.01.006	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого везикул на вирус ветряной оспы (VZV)	0,5	1
A26.06.084	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу ветряной оспы (VZV) в крови	0,5	1
A26.06.022	Определение классов IgM, Ig G в крови к цитомегаловирусу	0,5	1
A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к ВИЧ-1 в крови методом ИФА	0,5	1
A26.06.049	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к ВИЧ-2 в крови методом ИФА	0,5	1
B03.002.003	Исследование иммунологического статуса при смешанном иммунодефиците	0,01	1

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста на этапе лечения			
B01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный	0,1	1
B01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача терапевта повторный	0,1	1
B01.031.004	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный	0,6	1

A11.01.013	Накожное применение лекарственных средств	1	21
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств	1	21
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	21
A14.01.001	Уход за кожей тяжелобольного пациента	0,05	21
A14.01.002	Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного	0,05	21
A14.07.002	Уход за полостью рта тяжелобольного	0,05	21
A14.31.001	Перемещение тяжелобольного в постели	0,05	21
A14.31.002	Размещение тяжелобольного в постели	0,05	21
A14.31.005	Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному	0,05	10
A14.31.006	Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному	0,05	10
A14.31.007	Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного	0,05	21
A14.19.002	Постановка очистительной клизмы	0,05	5

A25.01.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	21
A25.01.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	21
A25.01.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	21

5.5.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью врач-инфекционист производит сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

С целью дифференциальной диагностики проводится консультация врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-невролога, врача-дерматолога, врача акушера-гинеколога, терапевта.

Взятие материала для лабораторного исследования.

5.5.3.1 Клинические методы исследования

Сбор анамнеза. При сборе анамнеза выясняют наличие жалоб на лихорадку, интоксикацию.

Целенаправленно выявляют жалобы на характерные высыпания.

Визуальное исследование, осмотр кожных покровов и видимых слизистых, органов зрения и ЛОР-органов, половых органов.

При внешнем осмотре оценивают состояние пациента, выявляют высоту лихорадки, выраженность интоксикационного синдромов, количество и локализацию высыпаний.

Необходимо проводить осмотр лимфатических узлов, который проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки полости рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Детально обследуют ротоглотку, миндалины. С использованием шпателя (зонда) определяют состояние надгортанника, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и характера дефектов слизистой оболочки. При обследовании обращают внимание на локализацию, величину, глубину патологических изменений (везикулы, афты), болезненность или отсутствие болевой чувствительности при исследовании.

5.5.3.2 Лабораторные методы исследования

Определение вируса простого герпеса одним из методов:

- Экспресс-метод диагностики простого герпеса - прямой метод полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Клинический анализ крови, мочи, дополнительные исследования – биохимический общетерапевтический анализ крови.

5.5.3.3 Инструментальные методы исследования

При необходимости проводят рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной

полости, ЭКГ, компьютерную томографию головного мозга, спинномозговую пункцию. Определяют характер изменений, проводят объективную оценку соответствия результатов клинических и инструментальных исследований.

5.5.3.4 Специальные методы исследования

Молекулярно-биологическое исследование содержимого и /или отделяемого везикулы, эрозии на вирус простого герпеса, ветряной оспы (VZV).

5.5.4 Требования к лечению в условиях стационара

Изоляция больного, аэрация помещения. Выполнение медикаментозных назначений врача-инфекциониста, врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога, врача-иммунолога, врача акушера-гинеколога и оценка эффективности терапевтических мероприятий.

5.5.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в условиях стационара

Не медикаментозная помощь направлена на:

- Снижение температуры тела по показаниям,
- Предупреждение развития осложнений
- Предупреждение развития остаточных явлений;

Гигиенические мероприятия – ежедневная смена нательного и постельного белья.

Аэрация помещения.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

5.5.6 Требования к лекарственной помощи в условиях стационара

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Код	Анато- терапевтическо- химическая классификация (АТХ)	Наименование лекарственного препарата**	Усреднен- ный показатель частоты предоставле ния	Единицы измерения	ССД***	СКД****
Средства для профилактики и лечения инфекций						
Противовирусные препараты						
J05AB	Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы	<i>Ацикловир</i>	1	Таб.	1000 мг	10000 мг
		<i>Ацикловир</i>	1	Р-р, в/в		
		<i>Валацикловир</i>	1	Таб., мг	1000	7000/ 10000
		<i>Фамцикловир</i>	1	Таб., мг	750	7500
		<i>Ацикловир</i>	1	Мазь, наружно		
		<i>Аммония глицирризинат</i>	1	Спрей, наружно		
Препараты интерферона рекомбинантные/природные						
L03AB	Интерфероны	<i>Интерферон альфа</i>	0,8	МЕ	1000000	5000000
L03AB05		<i>Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b</i>	0,8	МЕ, ректальн о	9000	90000
		<i>Человеческий</i>	0,8	МЕ,	9000	90000

		рекомбинантный интерферон- альфа-2b		наружно		
L03AB01		Интерферон альфа-2b + Таурин* + Бензокаин*, Интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный + Дифенгидрамин*	0,2	МЕ	18000	180000
		Инозин пранобекс		Таб., мг/кг	50 мг/кг/сут в 3–4 приема	Рассчитат ь
L03AX	Другие иммуностимуляторы					
		Меглюмина акридоацетат		мг	300	3000
		Меглюмина акридоацетат		Линимент, наружно		
		Тилорон		мг	125	1250
J06BA	Иммуноглобулины нормальные человеческие	Иммуноглобулин человека нормальный	0,2	мл	25	75
Антибактериальные препараты						
J01CR02	Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета- лактамаз	Амоксициллин + Клавулановая кислота	0,5	мг	1125	16875
J01FA09	Макролиды	Кларитромицин, Азитромицин Спирамицин	0,2	мг	1000	7000
J01DD	Цефалоспорины 3 поколение	Цефтриаксон	0,4	мг	2000	20000
		Ципрофлоксацин	0,4	мг	1000	7000
		Цефотаксим	0,6	г	2	14
J01DE	Цефалоспорины 4-ого поколения	Цефепим	0,1	мг	2000	20000
J01DH	Карбопенемы	Меропенем	0,01	мг	1500	15000
J01GB	Другие аминогликозиды	Амикацин	0,1	мг	500	5000
J02AC	Производные триазола	Флуконазол	0,7	мг	100	1000
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний, подагры						
N01AH	Опиоидные анальгетики	Тримеперидин	0,1	мг	25	250
M01A	Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные					

	средства					
		<i>Кетопрофен</i>	0,6	мг	300	3000
		<i>Кеторолак</i>	1	мг	30	400
		<i>Лорноксикам</i>	1	мг		
M01AE01	Производные пропионовой кислоты	<i>Ибупрофен</i>	1	г	1,2	12
		<i>Ибупрофен</i>	0,7	мазь		
N02BE01	Анилиды	<i>Парацетамол</i>	1	мг	400	4000
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему						
	Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны	<i>Бетаметазон</i>	0,5	мл	1	2
		<i>Бетаметазон + Гентамицин</i>	0,5	г	6	90
		<i>Гидрокортизон + Окситетрациклин</i>	0,5	мл	6	150
H02AB	Глюкокортикоиды	<i>Дексаметазон</i>	0,5	мг	9	63
		<i>Преднизолон</i>	0,5	мг	60	600-1000
R06AB03	Антигистаминные средства системного действия	<i>Диметиндена малеат</i>	0,2	мг	1-2 мг	20 мг
R06AE	Производные пиперазина	<i>Цетиризин</i>	0,2	мг	10	100
	Антисептики	<i>Бриллиантовый зеленый, Фукарцин</i>	1	мл	-	-
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания						
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс	<i>Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид</i>	1	мл	500	5000
B05BC	Растворы с осмодиуретическим действием	<i>Маннитол</i>	0,5	мл	200	800
B05XA	Растворы электролитов	<i>Калия хлорид</i>	1	мл	10	70
		<i>Натрия хлорид</i>	1	мл	300	3000
C03CA01	Сульфонамиды	<i>Фуросемид</i>	0,7	мг	40	200
N01BB	Амиды	<i>Лидокаин</i>	0,3	мг	120	1680
N05BA	Производные бензодиазепина	<i>Диазепам</i>	0,2	мг	15	105
N07XX	Прочие препараты для заболевания нервной системы	<i>Инозин+Никотин амид+Рибофлавин +Янтарная кислота</i>	0,4	мл	10	100
R01A	Деконгестанты и другие препараты для местного применения	<i>Морская вода</i>	0,5	мл	2	10
V07AB	Растворители и разбавители, включая	<i>Вода для инъекций</i>	1	мл	6	120

	ирригационные растворы					
--	---------------------------	--	--	--	--	--

5.5.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях

На этапе специализированной медицинской помощи в условиях стационара пациенту оказывается не медикаментозная помощь в совокупности с применением симптоматических, этиотропных и патогенетических средств.

5.5.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения - 21 день
- порядок снятия ограничений (выписка инфекционистом при клинико-лабораторном выздоровлении)
- рекомендации для пациента
- медотвод от профилактических прививок на 1 месяц, витаминотерапия, рациональное питание с набором легкоусвояемых блюд, обязательны фрукты, овощи.
- дополнительная информация для членов семьи – соблюдение правил личной гигиены.

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	21
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	10
A25.09.019	Назначение комплекса упражнений (лечебной физкультуры)	1	10
A17.30.017	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ)	0,3	5
A22.30.003	Воздействие коротким ультрафиолетовым излучением (КУФ)	0,3	5

5.5.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания – Диета № 15

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Количество (длительность - дни)
Диета №15	1	21

Показания: различные заболевания, не требующие применения специальных диет, а также переходная диета в период выздоровления от специального лечебного питания к рациональному питанию.

Цель назначения. Обеспечить физиологические потребности в пищевых веществах и энергии.

Общая характеристика. Диета физиологически полноценная, богатая биологически ценными веществами: незаменимыми аминокислотами, ненасыщенными жирными кислотами, витаминами. Поваренная соль — 10-15 г, свободная жидкость 1,5-2 л. Исключают трудноперевариваемые продукты и блюда, острые блюда и пряности, копчености [Приказ № 330 МЗ РФ Информационное письмо МЗ России от 07.04.2004 г.].

5.5.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Постельный режим в течение периода лихорадки.
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу.
- Обработка глаз, слизистых полости рта, половых и ЛОР-органов пациента не менее 3-х раз в день.

5.5.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками простого герпеса, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению простого герпеса, и б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.5.12 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	90%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Стабилизация	9%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно-после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Развитие ятрогенных осложнений	1,0%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

6. Графическое, схематическое представления протокола лечения больных

В данном разделе приводят графики, таблицы и схемы, облегчающие восприятие требований протокола и позволяющие упростить принятие решений специалистами, алгоритмы дифференциальной диагностики, последовательность выполнения медицинских технологий, оптимальные способы выполнения конкретных манипуляций и др.

7. Мониторинг протокола лечения больных

Мониторинг клинических рекомендаций (анализ использования, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение изменений и дополнений осуществляет ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ при взаимодействии со всеми заинтересованными организациями. Обновление версии клинических рекомендаций осуществляется по мере необходимости, но не реже 1 раза в 3 года.

8. Экспертиза проекта протокола лечения больных

Экспертизу проекта протокола лечения проводят специалисты, представляющие медицинские организации, не участвующие в разработке протокола.

Разработчики в сопроводительном письме ставят перед экспертом вопросы, на которые он должен ответить, определяют сроки представления экспертного заключения, обычно не превышающие 30 дней с момента получения протокола.

В экспертном заключении эксперт должен указать свою фамилию, имя, отчество, место работы и должность и дать ответы на поставленные в сопроводительном письме вопросы. В случае несогласия с отдельными положениями протокола эксперт предлагает свои варианты с указанием страниц и пунктов, по которым предложены замены. В случае необходимости продления сроков экспертизы эксперт в письменном виде сообщает об этом разработчикам с указанием сроков окончания экспертизы и обоснованием переноса сроков. Отсутствие экспертного заключения в установленные сроки означает согласие эксперта со всеми пунктами проекта протокола.

По результатам экспертизы разработчики составляют сводную таблицу предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований по форме, приведенной в приложении Е, оформляют окончательную редакцию протокола.

9. Приложения

Приложение А

Примечание: при формировании перечней медицинских услуг указываются:

- в графах "Код" и "Наименование" - медицинские услуги и их коды согласно Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении;

- в графе "Частота предоставления" - частота предоставления медицинской услуги в группе пациентов, подлежащих ведению по данной модели пациента: отражает вероятность выполнения медицинской услуги и принимает значение от 0 до 1. Частота предоставления, равная 1, означает, что всем пациентам необходимо оказать данную медицинскую услугу, менее 1 - означает, что медицинская услуга оказывается не всем пациентам, а лишь при наличии показаний;

- в графе "Кратность выполнения" указывается среднее число медицинских услуг в случае их назначения.

Каждой модели пациента соответствуют определенные перечни медицинских услуг двух уровней:

- основной перечень - минимальный набор медицинских услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (указывается частота предоставления равная 1);

- дополнительный (рекомендуемый) перечень - перечень медицинских услуг, выполнение которых обусловлено особенностями течения заболевания (указывается частота предоставления менее 1).

Примечание:

Примечание: Каждой модели пациента соответствуют перечни групп лекарственных средств двух уровней:

- 1) основной перечень - минимальный набор групп лекарственных средств, применяемых у пациента независимо от особенностей течения заболевания (указывается частота предоставления равная 1);

- 2) дополнительный (рекомендуемый) перечень - перечень групп лекарственных средств, назначение которых обусловлено особенностями течения заболевания (указывается частота предоставления менее 1).

- * - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

- ** - международное непатентованное или химическое наименование лекарственного препарата, а в случаях их отсутствия - торговое наименование лекарственного препарата

- *** - средняя суточная доза

- **** - средняя курсовая доза

Лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные на территории Российской Федерации, назначаются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата. При назначении лекарственных препаратов для медицинского применения детям доза определяется с учетом массы тела, возраста в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения.

2. Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских

изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (часть 5 статьи 37 Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, № 48, ст. 6724; 25.06.2012, № 26, ст. 3442).

Приложение В

Оформление сводной таблицы предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований

Наименование нормативного документа	Рецензент (Ф.И.О., место работы, должность)	Результаты рецензирования (внесенные рецензентом предложения и замечания)	Принятое решение и его обоснование

10. Библиография

1. Алгоритмы диагностики и лечения наиболее распространенных инфекций, передающихся половым путем// Трудный пациент, 2004. т.2, №5, с.3-8.
2. Баринский И.Ф., Махмудов Ф.Р. Герпес //Баку, Victory, 2013,352 с.
3. Баринский И.Ф., Алимбарова Л.М. Препараты для лечения герпетической инфекции // Российские аптеки, 2005, 1/71, с. 30 -33.
4. Гинекология . Национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина, 2009.
5. Деленян Н. В., Ариненко Р. Ю., Мешкова Е. Н. Виферон. Комплексный противовирусный и иммуномодулирующий препарат для детей и взрослых / Руководство для врачей. М.: ИНКО-ТНК, 2002. 52 с.
6. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем, Медицинская литература, 2006, 272 с.
7. Лихачев В.К. Практическая гинекология, 2007.
8. Anzivino E, Fioriti D., Mischitelli M et al Herpes simplex virus infection in pregnancy and in neonate: status of art of epidemiology, diagnosis, therapy and prevention. Virol J, 2009,N6, p.6-40.
9. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей. Под ред. Н.Н. Володина. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002
10. Kupila L. et al. Etiology of aseptic meningitis and encephalitis in an adult population. Neurology. Jan 10, 2006;66:p.75—80.
11. Guidelines for the laboratory diagnosis of genital herpes in eastern European countries – Domeika M, Bashmakova M, Savicheva A, Kolomiec N et al. Euro Surveill,2010,15 (44).
12. Hollier LM, Wendel GD. Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus (HSV) recurrences and neonatal infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD004946.
13. Leung D.T., Sacks S.L. Current recommendation for the treatment of Genital Herpes. Drugs, 2000;60:p.1329-1352.
14. Lewis H., Gibbon F.M. Management of viral meningitis and encephalitis. Curr Paediatr, 2000, v.10:110-115.

14. Mell H.K. Management of oral and genital herpes in the emergency department *Emerg Med Clin North Am*, 2008, 26(2), p.457-473.
15. Money D, Steben M SOGC clinical practice guidelines: genital herpes: gynaecological aspects. Number 207, April 2008. *Int J Gynaecol Obstet*, 2009, 104 (2), p.162-166.
16. Patel R., Barton S.E., Brown D., Cowan F.M., King-horn G.R., Munday P.E., et al . European guideline for the management of genital herpes. *Int J STD/AIDS* 2001;12(Suppl:3):p.34-39.
17. Pinninti SG, Kimberlin DW Neonatal herpes simplex virus infection. *Pediatr Clin North Am* 2013, 60 (2): p.351-365.