

Некоммерческое партнерство  
«Национальное научное общество инфекционистов»

## **КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ [herpes zoster] У ВЗРОСЛЫХ**

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

**2014**

## **«Опоясывающий лишай (herpes zoster) 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), Намитоков 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» МЗ РФ
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.	B02 B02.0 (G05.1*) B02.1 (G02.0*) B02.2 B02.3 B02.7 B02.8 B02.9	0 1	-	2014	

91500.	Код отрасли здравоохранения по ОКООНХ
11.	Группа нормативных документов в системе стандартизации в отрасли, согласно «Основным положениям стандартизации здравоохранения»
B02 B02.0 (G05.1*) B02.1 (G02.0*) B02.2 B02.3 B02.7 B02.8 B02.9	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
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	12
4.1	Определения и понятия	15
4.2	Этиология и патогенез	16

4.3	Классификация и клиническая картина	19
4.4	Общие подходы к диагностике	28
4.5	Клиническая дифференциальная диагностика характера проявления синдрома	29
4.6	Эпидемиологическая диагностика	30
4.7	Лабораторная диагностика	30
4.8	Инструментальная диагностика	31
4.9	Специальная диагностика	33
4.10	Обоснование и формулировка диагноза	33
4.11	Лечение	34
4.12	Реабилитация	43
4.13	Диспансерное наблюдение	44
	Заключение. Тактика врача в зависимости от формы опоясывающего лишая	45
4.14	Общие подходы к профилактике	47
4.15	Организация оказания медицинской помощи больным	48
5	Характеристика требований	49
5.1	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная доврачебная медико-санитарная помощь)	49
5.1.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	49
5.1.2	Требования к диагностике в амбулаторных условиях	49
5.1.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	50
5.1.4	Требование к лечению в амбулаторных условиях	51
5.1.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях	51
5.1.6	Требования к лекарственной помощи в амбулаторных условиях	51
5.1.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях	52
5.1.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	52
5.1.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	52
5.1.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	52
5.1.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	53
5.1.12	Возможные исходы и их характеристика	53
5.2	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная амбулаторно-поликлиническая помощь больным опоясывающим лишаем легкой степени)	53
5.2.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	53
5.2.2	Требования к диагностике в амбулаторных условиях	54
5.2.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	58
5.2.4	Требования к лечению в амбулаторных условиях	58
5.2.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях	59
5.2.6	Требование к лекарственной помощи в амбулаторных условиях	59
5.2.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях	60
5.2.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	60
5.2.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	61
5.2.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным	61

	процедурам	
5.2.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	61
5.2.12	Возможные исходы и их характеристика	61
5.3	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная медико-санитарная помощь больным среднетяжелой формой опоясывающего лишая, стационарозамещающая)	62
5.3.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	62
5.3.2	Требования к диагностике	62
5.3.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	67
5.3.4	Требования к лечению	68
5.3.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи	68
5.3.6	Требование к лекарственной помощи	68
5.3.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств	69
5.3.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	70
5.3.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	70
5.3.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	70
5.3.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	70
5.3.12	Возможные исходы и их характеристика	71
5.4	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медико-санитарная помощь больным среднетяжелой формой опоясывающего лишая, стационарозамещающая/стационарная)	71
5.4.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	71
5.4.2	Требования к диагностике	72
5.4.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	76
5.4.4	Требования к лечению	77
5.4.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи	77
5.4.6	Требования к лекарственной помощи	77
5.4.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств	79
5.4.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации	79
5.4.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	80
5.4.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	80
5.4.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	80
5.4.12	Возможные исходы и их характеристика	80
5.5	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь больным среднетяжелой/тяжелой формой опоясывающего лишая)	81
5.5.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	81
5.5.2	Требования к диагностике в стационарных условиях	81
5.5.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	86
5.5.4	Требования к лечению в стационарных условиях	87

5.5.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в стационарных условиях	87
5.5.6	Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях	88
5.5.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях	90
5.5.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации	90
5.5.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	91
5.5.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	91
5.5.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	91
5.5.12	Возможные исходы и их характеристика	92
6	Графическое, схематическое представления протокола лечения больных	92
7	Мониторинг протокола лечения больных	92
8	Экспертиза проекта протокола лечения больных	92
9	Приложения	93
10	Библиография	94

## Введение

Протокол лечения больных «Опоясывающий лишай (herpes zoster) у взрослых» разработан:

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

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Опоясывающий лишай (herpes zoster) 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", зарегистрирован в Минюсте РФ 4 апреля 2012 г., регистрационный N 23726;

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ 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 Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрирован в Минюсте 24 января 2012, регистрационный №23010;

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

Методические рекомендации Минздравсоцразвития России от 06.08.2007 г. № 5950-РХ «О проведении исследования на ВИЧ-инфекцию»;

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	критерий, определяющий 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 лечения 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
ОГ	Опоясывающий герпес
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

Протокол лечения больных «Опоясывающий лишай (herpes zoster) 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 опоясывающим герпесом;
- ▲ унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным опоясывающим 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) «Опоясывающий лишай (herpes zoster) 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.

**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 вероятностью причинной взаимосвязи
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 вероятностью причинной взаимосвязи
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
<b>A</b>	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>B</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+
<b>C</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 2++
<b>D</b>	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 клинических рекомендаций (протокола):**

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**

**Опоясывающий лишай (опоясывающий герпес) (МКБ-10: B02)** - инфекционное заболевание, возникающее в результате реактивации латентного вируса варицелла зостер из семейства *Herpesviridae*, характеризующееся общей интоксикацией, лихорадкой, симптомами поражения центральной и периферической нервной систем, кожных покровов.

### **Структура заболеваемости**

**Опоясывающий лишай (опоясывающий герпес, ОГ)** - неуправляемая, вторичная по отношению к ветряной оспе (ВО), эндогенная инфекция. В США ежегодно регистрируется от 600000 до 1000000 случаев ОГ. Заболевают лица, ранее перенесшие ветряную оспу.

Заболевание встречается среди лиц всех возрастных групп, однако частота заболевания повышается с возрастом. У детей до 15 лет частота заболевания ОГ не превышает 5%, в то время как у лиц в возрасте 60-80 лет – повышается до 50-70%. ОГ встречается с частотой 3 случая на 1000 человек у лиц в возрасте от 20 до 49 лет и с частотой от 5 до 10 случаев на 1000 человек у лиц пожилого и старческого возраста. Повышение частоты ОГ у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено возрастным снижением иммунной защиты.

ОГ также часто возникает у лиц, которые подвергаются различным воздействиям, ослабляющим иммунитет (больные с трансплантацией органов и тканей, больные с лейкозами, лимфогранулематозом, новообразованиями, больные, получающие химиотерапию, кортикостероиды и иммунодепрессанты, больные с синдромом приобретенного иммунодефицита). У ВИЧ-инфицированных пациентов частота ОГ составляет 25%.

Заболевание встречается с одинаковой частотой, как у мужчин, так и у женщин. У представителей белой расы заболевание встречается чаще, чем у негроидной.

Повторные случаи ОГ возможны как у больных с нормальным иммунитетом, так и у иммунокомпрометированных пациентов с частотой от 2% до 10%, соответственно. Генерализованные формы ОГ регистрируются в основном у больных с признаками иммунодефицита.

Спорадические случаи ОГ регистрируются в течение всего года, выраженной сезонности – нет. Наибольшее число случаев заболевания регистрируется в осенне-весенний период. Эпидемий не наблюдается.

Больные ОГ при контакте с ранее не болевшими детьми могут явиться источником их инфицирования. У последних развивается типичная Ветряная оспа. Механизм передачи инфекции – воздушно-капельный, контактный. Заразительность больных ОГ не высока и составляет 10-20%. Заразность отмечается в течение 1-2 суток до появления сыпи и до отпадения корок.

#### **4.2 Этиология и патогенез**

**Этиология.** Возбудителем данного заболевания является - вирус ветряной оспы и опоясывающего герпеса (*Varicella zoster virus* - вирус герпеса типа 3), вызывающий два типа поражений - ветряную оспу (*Varicella*) и опоясывающий лишай (*Zoster*). *Varicella zoster virus* (VZV) – относится к ДНК-содержащим вирусам, к роду *Varicellavirus*, входящему в подсемейство *Alphaherpesviridae* семейства *Herpesviridae*.

Размер вириона варьирует от 120 до 250 нм. Вирион состоит из следующих основных компонентов: 1) нуклеоида, располагающегося в центральной части; 2) капсида, покрывающего нуклеоид и состоящего из 162 капсомеров; 3) суперкапсидной оболочки, 4) трехслойной липопротеидной оболочки вириона, заключающей эти структуры. Ядро вириона состоит из ДНК.

По своим свойствам вирус идентичен или близок к другим представителям семейства *Herpesviridae*. ВЗВ обладает родством с вирусом простого герпеса (ВПГ), так как имеет общие с ним антигенные детерминанты.

Вирус способен поражать ядра клеток с формированием эозинофильных внутриядерных включений, может также вызывать образование гигантских многоядерных клеток, которые можно обнаружить при морфологическом исследовании биологического материала, взятого у больных ОГ (содержимое везикул, соскоб со дна эрозий), окрашенного по методу Романовского-Гимзы.

К основным свойствам вируса относятся: летучесть, чрезвычайно малая устойчивость во внешней среде, способность к длительному персистированию с последующей реактивацией, дермато- и нейротропность. Вирус инактивируется при температуре 50—52°C в течение 30 мин, чувствителен к ультрафиолетовому облучению, хорошо переносит низкие температуры, повторные замораживания и оттаивания.

**Патогенез.** Вирус ветряной оспы опоясывающего герпеса – *Varicella zoster* - передается воздушно-капельным путем. Вирус попадает в дыхательные пути, где происходит его репликация; иногда вирус проникает в лимфатические узлы, вызывая первичную виремию. В дальнейшем вирус распространяется внутри организма гематогенным, лимфогенным и нейрогенным путями, инфицирует сенсорные ганглии вегетативной нервной системы, что практически обеспечивает его пожизненную персистенцию в организме человека. Это обстоятельство во многом определяет хроническое рецидивирующее течение инфекции, влияет на характер назначаемого лечения и его результаты.

Виремия приводит к появлению распространенных, разбросанных по всей поверхности кожи везикул. На этой стадии ветряной оспы вирус *Varicella zoster* удается выделить из крови.

**Механизм реактивации вируса *Varicella zoster*, в результате которой развивается опоясывающий лишай, неизвестен.** ОГ можно расценивать как вторичную инфекцию на фоне частичного снижения иммунитета, развившуюся в результате контакта организма с вирусом в прошлом. В большинстве случаев болезнь развивается у практически здоровых людей без видимых предрасполагающих факторов (идиопатическая форма). Вместе с тем активизация латентной инфекции может быть спровоцирована травмой, рентгеновским облучением, переохлаждением, иммунодефицитом, соматическими заболеваниями, а также рядом других факторов.

Вирус в латентном состоянии находится в черепно-спинномозговых нервных ганглиях и



при реактивации центробежно продвигается по ходу нерва к коже, где также отмечается его репликация и появление характерных высыпаний - возникновение односторонней везикулезной кожной сыпи. Появление сыпи обусловлено феноменом «ускользания» вируса от факторов врожденного и адаптивного иммунитета.

Если репликация происходит только в ганглиях, отмечается поражение нервной системы без кожных высыпаний («зостер без герпеса»).

Обязательным компонентом реактивации вируса является своеобразный вирусный ганглионеврит с поражением задних корешков спинного мозга и межпозвоночных ганглиев (или ганглиев черепных нервов). Гистологическое исследование ганглиев, в которых произошла реактивация вируса, выявляет кровоизлияния, отек и лимфоцитарную инфильтрацию.

Проникая в нервную систему, вирус локализуется не только в пределах периферического чувствительного нейрона (спинальные ганглии и др.), но и распространяется на другие отделы центральной нервной системы. При внедрении его в двигательные клетки и корешки возникает картина амиотрофического радикулоплексита, в серое вещество спинного мозга – миелитического синдрома, в ликворную систему – менингорадикулонеурита или серозного менингита и т. д.

Таким образом, при ОГ, в отличие от ветряной оспы, вирус наряду с дерматотропными приобретает нейротропные свойства. При ОГ в процесс вовлекаются не только спинальные и церебральные ганглии, которые поражаются чаще всего, но и вещество спинного (передние и особенно задние рога, белое вещество) и головного (продолговатый, варолиев мост, гипоталамическая область) мозга, а также оболочки мозга.

Вирус поражает эпителий и, в меньшей степени, дерму. Гистологические изменения в коже при опоясывающем герпесе аналогичны таковым при ветряной оспе. В эпителии образуются гигантские многоядерные клетки с внутриядерными эозинофильными включениями, развивается баллонная дистрофия. Иногда наблюдаются некроз кровеносных сосудов кожи и субэпидермальные кровоизлияния. В результате дистрофических процессов и гибели клеток в толще эпидермиса образуются полости, быстро наполняющиеся жидкостью (лимфой), и таким образом возникает типичный для ветряной оспы пузырек - везикула. Полость пузырька в большинстве случаев однокамерная, достигающая сосочкового слоя, сосочки на дне ее колбообразно вздуваются. Выраженной воспалительной реакции вокруг некротического распада тканей обычно нет. Серозная жидкость пузырька содержит небольшое количество лейкоцитов, дегенеративные гигантские клетки, эозинофильный клеточный распад и элементарные тельца Arago.

Содержимое везикул по мере развития заболевания мутнеет, так как в него попадают разрушенные кератиноциты и фибрин, мигрируют нейтрофилы. Затем везикулы постепенно рассасываются или лопаются, причем из них изливается содержащая жизнеспособные вирусы жидкость. У больных ОГ вирус может быть выделен из везикулярной жидкости, обычно до 4-7 дня от момента появления высыпаний. Затем идет формирование сухой корочки, после отпадения которой поврежденный эпидермис в большинстве случаев восстанавливается без образования рубца, так как некроз эпителия при этом заболевании обычно не углубляется ниже герминативного слоя. В случаях повреждения герминативного слоя образуются нежные поверхностные рубчики.

Высыпания на слизистых оболочках полости рта, конъюнктивы глаз, гортани, половых губ, вульвы вследствие мацерации характеризуются быстрым образованием эрозий или язвочек округлой формы без воспалительной реакции вокруг них.

При ОГ возможно размножение вируса вне кожи, например, в паренхиматозных органах (легких, печени, селезенке, поджелудочной железе). В паренхиматозных органах имеют место мелкие очаги некроза, по их периферии отмечаются мелкие кровоизлияния, без воспалительной реакции в окружающей ткани, многоядерные клетки и типичные внутриклеточные эозинофильные включения. Характер этих поражений принципиально не отличается от тех, что регистрируется при поражении кожи. Так, специфическое поражение

легких представляет собой интерстициальную пневмонию с внутриядерными включениями, гигантскими многоядерными клетками и кровоизлияниями. У больных с нормальным иммунитетом специфическое поражение внутренних органов встречается редко.

Возможно прямое инфицирование мозга вирусом, достигающим ЦНС. При ОГ возможно поражение ЦНС, при котором обнаруживаются периваскулярные инфильтраты из лимфоцитов, идентичные таковым при коревом и других вирусных энцефалитах. Очаговые геморрагические некрозы головного мозга, характерные для герпетического энцефалита, встречаются редко. У трети больных возможно развитие васкулитов в ЦНС. Поражение эндотелия мозговых сосудов сопровождается активацией клеточного иммунитета, приводящего к периваскулярному воспалению. Васкулиты нередко принимают инсультаобразное течение с внезапным возникновением гемипарезов и параличей.

Неврологическая патология, возникающая до появления сыпи или во время высыпания - результат прямого инфицирования мозга вирусом, достигающего ЦНС, либо путем аксонального транспорта из места внедрения, либо гематогенно в течение первичной вирусемии.

Необходимо отметить, что при ОГ наблюдается резкое повышение титров специфических Ig M и IgG. Предполагается, что сыпь на коже при ОГ может быть обусловлена иммунологическими причинами, в т.ч. наличием специфических противовирусных Ig M в сыворотке крови, а также иммунными комплексами, состоящими из вируса и антител, располагающимися в капиллярах. У некоторых пациентов IgM могут циркулировать в сыворотке крови в течение 3-6 мес., а у лиц с иммунодефицитом - в течение года.

Протективный иммунитет носит преимущественно клеточный характер, который определяется Th1-клетками. Риск реактивации вируса резко возрастает у лиц, имеющих иммунодефициты различного генеза. При VVZ-инфекции, как и при других хронических заболеваниях с вирусной персистенцией, возможно развитие иммунодефицитного состояния, обусловленного недостаточностью различных звеньев иммунной системы. Роль гуморального характера в установлении вирусной инфекции не ясна.

Выраженность клинической картины, а также продолжительность заболевания обусловлены иммунологическим статусом пациента.

У иммунокомпетентных пациентов низкий уровень ДНК вируса может определяться в сыворотке крови в течение 1-3 лет после перенесенной острой инфекции. У пациентов в возрасте 50 лет и старше возможно выявление ДНК вируса в костном мозге (в отсутствии клинических признаков болезни), что свидетельствует о реактивации персистентной инфекции и обусловлено возраст - опосредованным снижением уровня специфических антител или клеточно-опосредованным иммунитетом, которые в свою очередь ведут к низкоуровневой реактивации.

У больных ОГ могут регистрироваться изменения в анализе крови (физико-химических свойств крови и коагулограммы), выраженность которых зависит от периода заболевания.

Так, в остром периоде заболевания у части больных может регистрироваться повышение числа эозинофилов, снижение числа моноцитов, увеличение индекса активированного парциального тромбопластинового времени; в периоде реконвалесценции - относительный лимфоцитоз, снижение показателей абсолютного и относительного числа суммы моноцитов и гранулоцитов, процентного содержания моноцитов в лейкоцитарной формуле. В отдаленном периоде может отмечаться относительный лимфоцитоз, снижение абсолютного числа суммы моноцитов и гранулоцитов, снижение гематокрита, среднего объема эритроцитов и уменьшение показателя тромбоинового времени.

Таким образом, изменения в общем анализе крови свидетельствуют о том, что на начальных стадиях в патогенезе ОГ значима роль аллергического компонента, в то время как при прогрессировании заболевания - количественное изменение иммунокомпетентных клеток, которое приводит к снижению адаптационных возможностей организма, что в свою

очередь, является предрасполагающим фактором развития различных заболеваний, в том числе и сосудистых.

Кроме того, у больных ОГ может отмечаться повышение уровня активности внутриклеточного антиоксиданта каталазы в эритроцитах. Уровень активности каталазы в эритроцитах зависит от тяжести патологического процесса. У больных с легким течением инфекции каталазная активность в эритроцитах в периоде реконвалесценции достоверно снижается к рефрактерным значениям.

**Постзостерная невралгия** - патогенез до конца не изучен, не исключается постинфекционный иммуноопосредованный механизм развития.

Данное состояние развивается тогда, когда вирус *Varicella zoster* уже не обнаруживается, и нет его прямого деструктивного действия на нейроны, а патологические изменения обусловлены иммунным ответом организма. Вируснейтрализующие антитела к белкам оболочки вируса в части случаев перекрестно реагируют с основным белком миелиновых оболочек, что лежит в основе постинфекционной демиелинизации. Данные о неэффективности противовирусной терапии при постзостерной невралгии и положительном эффекте от применения противогерпетических иммуноглобулинов свидетельствуют о роли иммуноопосредованных механизмов защиты.

### **4.3. Классификация и клиническая картина**

#### **4.3.1. Классификация опоясывающего герпеса.**

Согласно МКБ-10, выделяют следующие клинические формы опоясывающего лишая:

- B02 Опоясывающий лишай [herpes zoster]
- B02.0. Опоясывающий лишай с энцефалитом (G05.1\*)
- B02.1 Опоясывающий лишай с менингитом (G02.0\*)
- B02.2 Опоясывающий лишай с другими осложнениями со стороны нервной системы
- B02.3 Опоясывающий лишай с глазными осложнениями
- B02.7 Диссеминированный опоясывающий лишай
- B02.8 Опоясывающий лишай с другими осложнениями
- B02.9 Опоясывающий лишай без осложнений

Общепринятой классификации **опоясывающего герпеса** нет.

**В развитии заболевания выделяют три периода:**

- Начальных проявлений (стадия прегерпетической невралгии, продромальный период)
- Развернутой клинической картины (стадия герпетических высыпаний)
- Реконвалесценции/остаточных явлений (после исчезновения сыпи)

**По течению (характеру) выделяют:**

- Типичное течение

**По степени тяжести выделяют:**

- Легкая форма
- Среднетяжелая форма
- Тяжелая форма

**Критерии тяжести:**

- выраженность синдрома интоксикации;
- выраженность местных изменений.
- выраженность боли.

- Атипичное течение:

- абортивная,
- ОГ при отсутствии патологических высыпаний,
- буллезная,
- геморрагическая,
- гангренозная (язвенно-некротическая),

- диссеминированная;
- генерализованная
- Abortивное течение (не более 7-10 дней)
- Острое течение (до 3 недель)
- Затяжное течение (более 1 мес)
- Течение с осложнениями:
  - с наслоением вторичной инфекции;
  - с обострением хронических заболеваний.

#### **Выделяют следующие клинические формы ОГ:**

- ганглиокожные формы;
- опоясывающий лишай с поражением слизистых оболочек,
- ушные и глазные (офтальмогерпес) формы;
- опоясывающий лишай с поражением вегетативных ганглиев;
- менингоэнцефалитическая форма.

**4.3.2. Клиническая картина.** Инкубационный период при опоясывающем лишае (от перенесения первичной инфекции до активизации) продолжается многие годы.










Клиническая картина Herpes zoster складывается из кожных проявлений и неврологических расстройств.

В типичных случаях ОГ возникает на фоне сниженного иммунитета организма и начинается как инфекционный процесс - с симптомов общей интоксикации, недомогания, слабости, утомляемости, лихорадки, тошноты, рвоты, лимфаденопатии, изменений в ликворе (в виде лимфоцитоза и моноцитоза).

Далее появляются резко выраженные боли невралгического характера в области пораженного дерматомы, в которой затем отмечается появление высыпаний.

Интенсивность болей бывает различной. Боль может быть постоянная либо приступообразная, жгучая либо сверлящая, пульсирующая, усиливающаяся при прикосновении к коже, при движении; в некоторых случаях возможно ее сочетание с зудом. Болевой синдром в продромальный период в отсутствии изменений на коже может быть расценен как проявление иного заболевания (стенокардии, инфаркта миокарда, пневмонии, почечной колики, холецистита, панкреатита, аппендицита и т. п.).

У взрослых больных данный период (прегерпетическая невралгия) встречается в 2 раза чаще (в 85% случаев), чем у детей и длится до 7 и более дней, в редких случаях данный период может продолжаться в течение 1-3 дней.

<b>Продромальный период</b>	<b>Период клинических проявлений</b>
 Слабость, недомогание, повышение температуры  Местные ощущения (онемение, покалывание, жжение) в области пораженного дерматомы  Единичные везикулы, основание которых окружено венчиком гиперемии (=ВО)  Распространенная гиперемия кожи (47%)  Отек подлежащих тканей (40%)	 Общеинфекционные симптомы, явления интоксикации (гипертермия - 90%, в течение 2-10 дней),  Лимфадениты (50%)  Общемозговые явления (адинания, сонливость, диффузные головные боли, головокружение, рвота и др. - 80%)  Сыпь имеет сегментарный, односторонний характер, захватывая 2-3 дерматомы, не переходит на другую сторону тела

Одновременно с болью или в среднем через 3-5 дней (реже через 1 сутки или через 10-12 дней) после появления болей в области пораженного дерматомы возникают инфильтрация, отечность и гиперемия кожи. Участки гиперемии, как правило круглой или неправильной формы, приподнятые, отечные, при проведении пальцем по которым ощущается некоторая шагреновидность кожи (мельчайшие папулы). Затем на этих участках последовательно

возникают мелкие сгруппированные узелковые элементы (**везикулярная форма ОГ**), через непродолжительное время трансформирующиеся в везикулы с прозрачным содержимым, которое в последующем становится опалесцирующим, а затем мутным. Пузырьки обычно появляются "приступообразно" в течение 3-4 дней (реже в течение 1-2 недель), в связи с чем в разгаре заболевания можно увидеть высыпания на разных этапах развития. Элементы сыпи склонны к слиянию, однако чаще всего они располагаются изолированно, хотя и близко один к другому (везикулярная форма ОГ). Иногда они имеют вид маленького пузыря, окруженного по периферии четким красным ободком. Практически у всех больных одновременно с развитием сыпи и боли развивается региональный лимфаденит. Через 3-5 дней большая часть пузырьков ссыхается в желтовато-бурые корочки, в то время как меньшая часть из них может либо самопроизвольно либо в результате травмирования покрывки вскрываться с образованием ярко-красного цвета эрозий. После отпадения корочек и эпителизации эрозий процесс завершается, оставляя после себя остаточные явления в виде шелушения, либо временной гипо- или гиперпигментации, либо рубцов.

Отличительным признаком ОГ является одностороннее появление везикулезных высыпаний со своеобразной топографией. Высыпания на лице чаще локализуются в области одного дерматомы, на туловище и конечностях – в области нескольких рядом расположенных дерматомов. Общепринято обозначать локализацию сыпи и боли согласно схемам распределения кожной чувствительности соответственно сегментам спинного мозга. Чаще всего сыпь и боль регистрируются в области дерматомов Th3 – L3, реже (в 20%) - в области иннервации первой ветви тройничного нерва (в области век, лба), на коже шеи, по ходу лицевого, ушного, слухового нервов и на конечностях. У 70-80% больных ОГ типичные высыпания идентичны элементам экзантемы при ВО. В редких случаях опоясывающий герпес может поражать слизистую оболочку полости рта, носа.

#### **Атипичные формы ОГ.**

Необходимо отметить, что у ряда больных может наблюдаться атипичное течение ОГ, проявляющееся либо отсутствием пузырьков (**абортивная форма**), либо появлением пузырьков в виде пузырей (**буллезная форма**), с геморрагическим содержимым (**геморрагическая форма**), или с образованием после вскрытия пузырей темного струпа (**гангренозная, некротическая форма**) и т.д.

При **абортивной форме** ОГ везикулезные элементы отсутствуют, несмотря на появление быстро исчезающих гиперемии и отека, а иногда мелких папул на их фоне. Субъективные ощущения при данной форме минимальны или отсутствуют. Длительность заболевания - не превышает нескольких дней.

При **форме ОГ с отсутствием патологических высыпаний** – у больных имеются продромальные явления, однако патологические высыпания отсутствуют. Диагноз подтверждается вирусологическими, серологическими и/или молекулярно-генетическими методами исследования.

При **буллезной форме** ОГ пузырьки обычно не превышают размеров горошины, но иногда становятся значительно больше (большие вялые пузыри). У больных имеются выраженные симптомы интоксикации.

**Геморрагическая форма** наблюдается у больных, страдающих гемобластомами, длительно получающих кортикостероидную или цитостатическую терапию. У больных на 2—3-й день периода высыпания содержимое везикулезных элементов приобретает геморрагический характер, процесс глубоко распространяется в дерму, корочки становятся темно-коричневого цвета. Возможны кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, носовые кровотечения и кровавая рвота. Общее состояние тяжелое, выражен нейротоксикоз. Прогноз часто неблагоприятный.

**Гангренозная (некротическая) форма** развивается у ослабленных и пожилых больных с такими сопутствующими заболеваниями, как сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и др. При этом отмечается появление вокруг везикулезных элементов с геморрагическим содержимым воспалительной реакции, образование долго не заживающих глубоких

гангренозных язв с «грязным» дном и подрытыми краями. Язвы в дальнейшем увеличиваются в размерах, сливаются, покрываются кровянистыми корочками, оставляющими после себя рубцовые изменения. В генезе этой формы определенную роль играет наложение вторичной бактериальной флоры. Состояние больных тяжелое, отмечаются явления нейротоксикоза. Течение заболевания длительное, нередко принимает септический характер.

**Генерализованная форма ОГ** обычно наблюдается у 2-10% лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями: лимфомой, лимфолейкозом, злокачественными опухолями внутренних органов, а также у пациентов, получающих иммуносупрессивную терапию: цитостатики, кортикостероиды, рентгенотерапию и т.д. При этой форме, помимо везикулезных элементов, располагающегося по ходу нервного ствола, отмечается появление распространенных везикулезных элементов на всех участках кожи и слизистых, а также сливных форм площадь которых достигает 0,3 м<sup>2</sup> и почти не оставляет здоровой кожи на стороне поражения.

Патологические высыпания могут быть также на внутренних органах (легких, печени, почках, надпочечниках, поджелудочной железе, вилочковой железе, селезенке, в головном мозге). Заболевание характеризуется нейротоксикозом, протекает крайне тяжело, часто заканчивается летальным исходом. У умерших больных при морфологическом исследовании обнаруживаются мелкие очаги некроза во внутренних органах.

**Диссеминированная форма** - появление как сегментарных везикулезных высыпаний, так и рассеянных везикул, расположенных вдали от пораженного дерматома. Данная форма ОГ возникает часто у лиц пожилого и старческого возраста.

Следует отметить, что наиболее часто из выше перечисленных форм ОГ регистрируется везикуло-буллезная форма заболевания (59,4%), затем везикулезная (18,8%), эрозивно-язвенная (15,6%) и реже геморрагическая (6,3%). Особое внимание следует обращать на гангренозную и генерализованную формы ОГ, т.к. в ряде случаев они являются первыми маркерами лимфолейкоза, лимфогранулематоза, злокачественных опухолей внутренних органов и др. и диктуют необходимость тщательного и неоднократного обследования больных у соответствующих врачей - специалистов.

Изредка герпетические высыпания появляются не только на коже, но и на плевре, в мочевом пузыре или двенадцатиперстной кишке.

Как уже отмечалось, одним из ведущих симптомов заболевания являются неврологические расстройства, как правило, в виде болевого синдрома. Следует отметить, что боли возникают за 1 – 2 дня до появления высыпаний и сохраняются в течение всего периода появления сыпи. Боли, как правило, носят интенсивный жгучий характер, зона их распространения соответствует корешкам пораженного ганглия. Необходимо отметить, что при появлении кожных высыпаний боли становятся обычно менее интенсивными. В тоже время болевой синдром может усиливаться в ночной период времени и под влиянием самых различных раздражителей (холодовых, тактильных, кинестетических, барометрических) и нередко сопровождается вегетососудистой дистонией по гипертоническому типу. Кроме того, у пациентов отмечаются различные по форме и интенсивности объективные расстройства чувствительности: гиперестезии (больной с трудом переносит прикосновение белья), гипестезии и анестезии, причем одновременно с тактильной анестезией может существовать гипералгезия. Объективные расстройства чувствительности обычно ограничены временными расстройствами чувствительности в области высыпания или рубцов. Изредка гиперестезии принимают характер раздражения в виде каузалгий.

Интенсивность болевого синдрома не всегда соответствует тяжести кожных проявлений. У некоторых больных, несмотря на тяжелую гангренозную форму заболевания, боли бывают незначительными и кратковременными. В противоположность этому у ряда больных наблюдают длительный интенсивный болевой синдром при отсутствии или минимальных кожных проявлениях.

У части пациентов в острой фазе имеется диффузная цефалгия, усиливающаяся при

изменении положения головы, что, возможно, связано с поражением оболочек мозга.

Необходимо отметить, что кожные проявления соответствуют уровню поражения определенных вегетативных образований. По локализации выделяют поражения тригеминального (Гассерова узла), коленчатого, шейных, грудных, пояснично-крестцовых ганглиев. Герпетические ганглиониты Гассерова узла встречаются чаще, чем ганглиониты межпозвоночных ганглиев.

Верхнечелюстные ветви тройничного нерва поражаются как в области кожи, так и в области слизистых (половина твердого и мягкого неба, небная занавеска, верхняя десна, внутренняя поверхность слизистой щеки, при этом слизистая носа может оставаться незатронутой). Ветви, снабжающие слизистые оболочки, могут быть поражены сильнее ветвей кожных, и наоборот. Поражения нервов верхних и нижних челюстей не всегда остаются строго локализованными, так как боли иногда иррадиируют в область офтальмических и других ветвей.

Характерные клинические симптомы имеют **глазная и ушная формы** опоясывающего лишая.

При **глазной форме** поражается тройничный узел (гассеров узел) и высыпания локализуются по ходу ветвей тройничного нерва (на слизистых оболочках глаза, носа, на коже лица). При глазной форме наблюдаются специфический вирусный кератит, реже ирит, глаукома. *Herpes zoster ophthalmicus* представляет определенную опасность для зрения в случае высыпаний на роговице; поражение роговицы возникает только в тех случаях, когда вовлечена назоцилиарная ветвь (кожные высыпания). Часто поражается роговица в форме кератита различного характера. Кроме того, в 50% случаев у больных поражаются другие части глазного яблока (эписклерит, иридоциклит, зостер радужки). Сетчатка вовлекается очень редко (кровоизлияния, эмболии), чаще изменения касаются зрительного нерва – неврит зрительного нерва с исходом в атрофию, возможен вследствие перехода менингеального процесса на зрительный нерв.

У большинства больных с данной локализацией процесса наблюдаются повышение температуры и отек лица на пораженной стороне, а также болезненность в точках выхода тройничного нерва. Кожные высыпания при офтальмологическом зостере, как правило, протекают более тяжело, чем на других частях тела, что объясняется строением кожи в области глаза. Довольно часто у больных наблюдают некроз пузырьков, тяжелые невралгии, сопровождающиеся слезотечением. Пузырьки высыпают не только на коже, но и на слизистых оболочках глаза.

При офтальмогерпесе (ирите) может развиваться глаукома; обычно же при опоясывающем герпесе наблюдают гипотензию глазного яблока, которая возможно обусловлена поражением цилиарных нервов.

При развитии процесса в роговице может развиваться атрофия зрительного нерва и полная слепота. Кроме того, у некоторых больных отмечают выпадение бровей и ресниц на стороне поражения.

Осложнения при зостере со стороны двигательных нервов встречаются довольно часто, они располагаются в следующем порядке: III, IV, VI нервы. Из ветвей глазодвигательного нерва поражаются как наружные, так и внутренние ветви. Часто наблюдают птоз.

При офтальмическом зостере наблюдается паралич как наружных, так и внутренних мышц глаза. Параличи IV пары бывают редко. Глазодвигательные параличи обычно парциальные, нежели полные; чаще других мышц поражается m. levator palpebrae. Наблюдаются случаи офтальмического зостера с изолированным изменением формы и величины зрачка; односторонний симптом Арджила–Робертсона (Гильен). Эти параличи иногда частично или полностью проходят самопроизвольно, без особого лечения.

Больные с диагнозом офтальмогерпес должны быть проконсультированы офтальмологом.

Одновременное поражение лицевого, слухового и тройничного нервов впервые описал Франкль Хохварт в 1895 г. Хант (1907) подробно описал четыре клинические формы этого

заболевания, которое в дальнейшем стали называть **синдромом Ханта** или ушной герпес (Herpes zoster oticus).

При **синдроме Ханта** – при поражении коленчатого узла (лицевого нерва У11)- обычно на ушной раковине или вокруг нее, а иногда в слуховом проходе и даже на барабанной перепонке появляются везикулезные высыпания. Высыпания могут быть также на боковой поверхности языка. Высыпаниям предшествуют симптомы общей интоксикации и лихорадка. Отмечаются резкая болезненность в окрестности ушной раковины, увеличение лимфатических узлов, нарушение чувствительности. Нарушения функций лицевого, кохлеарного, вестибулярного нервов возникают в первые дни высыпаний или предшествуют им. Боль локализуется в глубине слухового прохода и ушной раковине с иррадиацией в область сосцевидного отростка, аурикулярную и темпоропариетальную области. Объективные расстройства чувствительности обнаруживают сзади уха, в складке между ушной раковиной и сосцевидным отростком. Эта кожная область снабжается ушной ветвью X пары, которая иннервирует задние стенки слухового прохода. Может наблюдаться парез лицевого, а иногда кохлеарного и вестибулярного нервов на стороне поражения. Резко выражена невралгия тройничного нерва, которая может продолжаться в течение нескольких недель.

При распространенной форме ушного зостера последний захватывает не только наружный слуховой проход, ушную раковину, сосцевидный отросток, но и барабанную перепонку. В таких случаях поражается область, иннервируемая V, VII и X парами, причем поражение этих нервов сопровождается поражением ганглиев соответствующих черепных нервов или же анастомозов, связывающих конечные разветвления всех перечисленных нервов.

Нередко одновременно с параличом VII пары наблюдают паралич мягкого неба, анестезию и парестезию в языке, часто расстройство вкуса в передних двух третях языка вследствие поражения.

Поражение VIII пары начинается с шума в ушах, который держится иногда долгое время после исчезновения других явлений.

Гиперакузия при поражении VIII пары вызывается парезом *n. stapedii*, хотя этот симптом может возникнуть также при изолированном и предшествовавшем поражении слухового нерва и является в таких случаях симптомом раздражения.

Гипоакузия может возникать независимо от поражения слухового нерва на почве местных поражений среднего уха, высыпания пузырьков на барабанной перепонке, закладывания наружного слухового прохода, вследствие отека слизистой оболочки на почве высыпания зостера.

Вестибуляторные явления в противоположность кохлеарным обычно развиваются чрезвычайно медленно и варьируют от легких субъективных симптомов головокружения до значительных расстройств статики.

Невралгия при ушном зостере в противоположность офтальмическому встречается редко. Отдаленные результаты не всегда благоприятны, так как могут возникнуть стойкий парез лицевого нерва и глухота.

Комбинация паралича VII и VIII пары может быть также при поражении гассерова узла, II, III, шейных ганглиев, и, наконец, все указанные участки могут поражаться одновременно.

Высыпания зостера описаны также в области иннервации IX пары: задняя часть мягкого неба, дужки, заднебоковые части языка, часть задней стенки глотки; эта же область иннервируется, кроме IX, также ветвями X пары: корень языка, гортань, надгортанник, базальная и задняя часть стенки глотки.

Хотя зостер преимущественно поражает чувствительные системы, тем не менее при нем иногда наблюдаются расстройства движений, особенно при локализации высыпаний в области головы, шеи, конечностей. Параличи при зостере носят корешковый характер, причем поражение задних корешков в этих случаях сопровождается явлениями со стороны соответствующих передних корешков.



**Поражение шейных симпатических узлов** часто сопровождается высыпаниями на коже шеи и волосистой части головы. Боли при этом наблюдаются не только в местах высыпаний, но и в области паравerteбральных точек. Иногда могут возникнуть приступы, имитирующие лицеую симпаталгию.

**При ганглионитах нижнешейной и верхнегрудной локализации** наряду с обычными симптомами данного заболевания может наблюдаться **синдром Стейнброккера**, характеризующийся болями симпатического характера в виде жжения или давления, возникающими первоначально в кисти, а затем и во всей руке. Вскоре появляется и быстро нарастает отечность кисти, распространяющаяся на всю руку. Присоединяются трофические расстройства в виде цианоза и истончения кожных покровов, гипергидроза, ломкости ногтей. Движения пальцев кисти ограничены, болезненны. Часто боли и другие вегетативные расстройства держатся и после исчезновения высыпаний.

**Ганглиониты грудной локализации** нередко симулируют клиническую картину инфаркта миокарда, что приводит к ошибкам в диагностике.

При герпетическом поражении **ганглиев пояснично-крестцовой области** чаще всего высыпания локализуются на коже поясницы, ягодиц и нижних конечностей; наряду с болями в местах высыпаний могут возникать болевые синдромы, симулирующие панкреатит, холецистит, почечную колику, аппендицит. Герпетические поражения пояснично-крестцовых ганглиев иногда сопровождаются вовлечением в процесс нервной системы, дающей картину ганглиорадикулитов (корешковый синдром Нори, Мацкевича, Вассермана).

Любая из приведенных выше форм может сопровождаться поражением *вегетативных ганглиев* с развитием необычных для опоясывающего лишая симптомов (вазомоторные расстройства, синдром Горнера, задержка мочеиспускания, запоры или понос). Ограниченные корешковые парезы мышц: сфинктера мочевого пузыря, мышц брюшной стенки и т.д. могут сопутствовать высыпаниям и боли появляются на 6-15 дни болезни. В случае развития парезов мышц брюшной стенки возникают выпячивания, которые могут дать повод к необоснованному предположению о наличии опухоли. Нейрогенный мочевой пузырь с нарушениями мочеиспускания и задержкой мочи может ассоциироваться с ОГ сакральных дерматомов S2-S4.

#### **Герпетическое поражение ротовой полости.**

В ротовой полости развиваются воспалительные процессы (стоматиты, гингивиты, фарингиты). Болезнь часто сопровождается повышением температуры, недомоганием, раздражительностью, болями в мышцах, затруднениями при приеме пищи, увеличением лимфатических узлов на шее. Везикулезные высыпания могут появляться на деснах, языке, губах, ограничены средней линией. У больных с иммунодефицитом заболевание протекает тяжелее: везикулы быстро трансформируются в эрозии и язвочки, которые могут кровоточить, часто присоединяется грибковое поражение (кандидоз) ротовой полости. У больных в продромальном периоде может быть жжение, зуд в области будущих высыпаний, боль, имитирующая зубную боль разной степени выраженности. Кроме того, может развиваться поражение миндалин. Длится заболевание от 3 до 14 дней. После разрешения сыпи, у пациентов старше 50 лет или у пациентов с ослабленным иммунитетом сохраняется постгерпетическая невралгия в течение месяца или дольше. Необычные осложнения могут включать девитализацию зубов, остеонекроз и резорбцию корня.

##### **4.3.2.1. Общая продолжительность ОГ**

Общая продолжительность болезни составляет 2- 5 недель: кожные высыпания исчезают в течение 2-5 недель, боль может персистировать в течение недель или месяцев. Однако при значительном снижении иммунитета заболевание может протекать более тяжело и длительно. У людей среднего и особенно пожилого возраста (30%) иногда возникает стойкая постгерпетическая невралгия (более 1 мес.) и парезы мышц. Острая герпетическая невралгия развивается у всех больных ОГ, подострая герпетическая невралгия сохраняется у 80%. В острой стадии болезни в цереброспинальной жидкости нередко обнаруживается лимфоцитарный плеоцитоз.

У трети пациентов отмечаются остаточные явления в виде изменения пигментации кожи, образование рубцов - у 20% больных.

Рецидивирующие случаи заболевания обычно наблюдаются на фоне тяжелых соматических заболеваний: ВИЧ-инфекции, онкозаболеваний, сахарного диабета, лимфогранулематоза и т. д.

#### **4.3.2.2. Осложнения ОГ**

У части пациентов с иммунодефицитом ОГ может протекать с осложнениями.

Осложнения включают вторичную бактериальную инфекцию кожи (обусловленную наслоением вторичной бактериальной микрофлоры - стафилококков или стрептококков), а также диссеминированные формы заболевания.

**Присоединение вторичной пиококковой инфекции у больных ОГ** сопровождается повторным повышением температуры тела, нарастанием симптомов интоксикации, усилением воспалительных явлений, трансформацией серозного содержимого везикул в гнойное, образованием типичных пустулезных элементов. После исчезновения высыпаний остаются рубчики.

Также осложнениями ОГ являются:

- **пневмония**, повышающая риск смертности у взрослых до 5-10%,
- **парез лицевого нерва** – частое осложнение синдрома Ханта.
- **слепота**, глаукома, некроз сетчатки, офтальмогерпес с контрлатеральным гемипарезом, конъюнктивиты, кератиты, иридоциклиты, ретинит при поражении 2 ветви тройничного нерва,
- **поражения нервной системы**
  - **Постгерпетическая невралгия;**
  - Менингоэнцефалит;
  - Энцефалит острый и хронический;
  - Серозный менингит;
  - Поперечный миелит, сопровождающийся двигательным параличом, парезом мышц;
  - Грануломатозный ангиит (кровоизлияние в мозг).

**Постгерпетическая невралгия** является самым частым осложнением опоясывающего герпеса и одним из самых трудноизлечимых болевых синдромов. Почти у 10-20% больных опоясывающим герпесом боль в пораженной области (после исчезновения сыпи) сохраняется более 1 мес. У некоторых больных она возникает вновь через год после перенесенного заболевания. У 1% больных боль сохраняется в течение года и более лет.

С возрастом частота постгерпетической невралгии резко увеличивается; это осложнение возникает почти у половины пациентов старше 60 лет и лишь у 4% больных в возрасте от 30-50 лет. Кроме того, у пожилых пациентов постгерпетическая невралгия протекает тяжелее и сохраняется дольше, чем у лиц молодого возраста.

**Менингоэнцефалитическая форма** встречается относительно редко. Заболевание отличается тяжелым течением, летальность выше 60%. Эта форма начинается с ганглиокожных проявлений, чаще в области межреберных нервов, хотя может быть и в шейном отделе. В дальнейшем появляются симптомы менингоэнцефалита (атаксия, галлюцинации, гемиплегия, менингеальные симптомы, может наступить кома). Время от появления кожных высыпаний до развития энцефалопатии колеблется от 2 дней до 3 нед.

**Герпетический энцефалит** возникает на 2-8 дни высыпания в дерматоме, проявляется повышением температуры, появлением психических и неврологических нарушений. Чаще всего после выздоровления остаются остаточные явления.

**Серозный менингит.** Наблюдается часто в остром периоде. Симптомы при нем менее выражены, чем при энцефалите (головная боль, повышение температуры, светобоязнь). Протекает на фоне корешковых болей, расстройств чувствительности, невралгий и др. Менингеальные знаки выражены умеренно или отсутствуют. В СМЖ в ранние сроки отмечается двух-трехзначный плеоцитоз с преобладанием лимфоцитов, в том числе в 18%

случаев - при отсутствии общемозговых и менингеальных явлений (клинически «асимптомный» менингит). В СМЖ количество воспалительных клеток составляет несколько сотен в 1 мкл (лимфоциты составляют 70-80% от общего цитоза). Концентрация белка умеренно повышена. После проведенного лечения полное выздоровление наступает чаще, чем при герпетическом энцефалите.

**Поражение вегетативной нервной системы** проявляется появлением ощущения онемения и покалывания в ягодицах, задержки мочеиспускания, появлением запора, поноса, импотенции у мужчин. Симптомы могут сохраняться несколько месяцев.

У части больных могут быть **осложнения со стороны внутренних органов:** миокардит, гепатит, гломерулонефрит, артрит (редко).

#### **4.3.2.3. Опоясывающий лишай у ВИЧ-инфицированных и с другими иммунодефицитами протекает тяжелее.**

Заболевания, вызываемые вирусами герпеса (ВГЧ-3, ВПГ-1,2), рассматриваются как СПИД-индикаторные, в связи с их частым обнаружением при ВИЧ. В 1988 г. они включены в расширенное определение случаев, подлежащих эпидемиологическому надзору по поводу СПИД.

ОГ является часто встречающимся вирусным заболеванием у ВИЧ-позитивных пациентов (25-50%) и в определенной мере свидетельствует о прогрессии заболевания и переходе его из одной стадии в другую. Так, ОГ преимущественно возникает на стадии ША ВИЧ-инфекции (более 75% случаев), в то время как на стадии ПБ, ПВ - в среднем в 5-10%, ПШБ - в 2,5%, СПИД - в 5% случаев.

Для ВИЧ-инфицированных характерна как типичная, так и атипичная клиническая картина ОГ. Поражения кожи при ОГ имеют распространенный характер, атипичную локализацию, зачастую носят некротический характер и регрессируют медленнее, чем у иммунокомпетентных лиц.

Длительность периода появления сыпи увеличивается до 1 нед, корки подсыхают на 2-3-й неделе заболевания. У части больных поражения кожи в дальнейшем подвергаются рубцеванию, нередко с формированием гипертрофических рубцов. У больных с количеством CD4-клеток менее  $0,5 \times 10^9/\text{л}$  ОГ характеризуется затяжным тяжелым течением и отсутствием тенденции к самостоятельному заживлению эрозивно-язвенных дефектов.

Для ВИЧ-инфицированных больных характерны рецидивы ОГ, в то время как у ВИЧ-негативных лиц рецидив опоясывающего лишая - исключительно редкое явление и наблюдается, как правило, на фоне иммуносупрессивной терапии. При рецидивах ОГ высыпания зачастую располагаются в иных зонах, чем при первом эпизоде.

У ВИЧ-инфицированных больных с ОГ часто наблюдаются другие оппортунистические заболевания, такие как пневмоцистная пневмония, гепатит С.

Применение АРТ значительно снижает риск развития ОГ.

Риску развития ОГ подвержены также больные с врожденным Т-клеточным иммунодефицитом, лимфогранулематозом или лимфомой, примерно у 40% из них может быть сыпь, распространенная по всей поверхности кожи. У 5-10% лиц с диссеминированными кожными проявлениями развивается вирусная пневмония, менингоэнцефалит, гепатит и другие тяжелые осложнения.

#### **ОГ при трансплантации органов и тканей**

Опоясывающий герпес достаточно часто встречающееся осложнение, наблюдаемое после трансплантации органов (ККМ, печени), вызванное проведением иммуносупрессивной терапии, например, с использованием азатиоприна и др. Частота развития ОГ у реципиентов печени варьирует от 3 до 18%; частота развития постгерпетической невралгии у больных с посттрансплантационным опоясывающим герпесом - 30%.

#### 4.4 Общие подходы к диагностике

Диагностика опоясывающего 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.

Таковыми 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;
- беременность, т.к. некоторые препараты не безопасны для приема во время беременности,
- отказ от лечения.



##### 4.4.1. Алгоритм комплексного клиничко-лабораторного обследования

1. Сбор анамнеза.
2. Осмотр больного (в том числе осмотр кожи, слизистых оболочек, пальпация периферических лимфатических узлов) и клиническая характеристика заболевания (установление формы и тяжести, интерпретация результатов клинического исследования биоматериалов).
3. Анализ анамнестических данных (наличие герпесвирусных высыпаний у больного в прошлом, учет ГИ у членов семьи).
4. Инструментальное обследование больного.
5. Проведение специфической лабораторной диагностики.
6. Иммунологические исследования.
7. Установление диагноза.
8. Назначение специфической терапии согласно установленному диагнозу.
9. Проведение контроля излеченности в установленные сроки.






##### 4.4.2. Клиническая диагностика

При ОГ с характерным дерматомным распространением элементов высыпаний и типичной морфологии элементов – диагноз устанавливается на основании клинических проявлений, **лабораторное подтверждение не требуется.**

В тоже время,

-  Возникновение болевых симптомов с дерматомной распространенностью не является основанием для постановки диагноза и начала лечения – требуется консультация соответствующих специалистов.
-  Наличие ОГ в анамнезе не исключает заболевания.

##### 4.4.3 Лабораторные методы исследования используются в следующих случаях:

-  Для уточнения этиологии заболевания\*;
  -  Выявление ОГ у пациентов с ВИЧ, которые начали прием АРТ на протяжении 90 дней до появления высыпаний, указывает на возможность развития синдрома восстановления иммунной системы (СВИС).
-  При атипичных формах заболевания, например,
  -  При возникновении болевых симптомов с дерматомной распространенностью на фоне интоксикации, лихорадки и отсутствии высыпаний, или
  -  При появлении нехарактерных высыпаний (гиперкератических, эктиматозных и др.),

- С целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, например,
  - При появлении везикулезных высыпаний, идентичных таковым при зостериформном простом герпесе, или
  - При атипичной локализации высыпаний (ротовая полость и др.) – диф. диагностика с ВПГ-инфекцией, или
  - При наличии оспоподобных элементов, что не исключает возможность рецидива ветряной оспы (ВО).

## 4.5 Клиническая дифференциальная диагностика характера проявления синдрома

### 4.5.1 Клинические критерии диагностики «Опоясывающий герпес»:

При развернутой клинической картине ганглиокожных форм опоясывающего лишая диагноз трудностей не представляет.

Диагностические трудности возникают:

- **в продромальном периоде болезни**, когда отсутствуют пузырьковые высыпания, но имеются симптомы интоксикации, лихорадка, болевой синдром.

В подобных случаях ранние проявления опоясывающего лишая следует дифференцировать:

- со стенокардией, инфарктом легкого, плевритом, холециститом, панкреатитом, почечной коликой, острым аппендицитом 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 как типичных, так и атипичных патологических высыпаний.

В подобных случаях дифференциацию проводят с заболеваниями, сопровождающимися высыпаниями, такими как при зостериформном простом герпесе, буллезной форме рожистого воспаления, дерматозами; ветряной оспе (в случае генерализованной формой ОГ) и др.

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 и высыпания располагаются не по ходу нервов.

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

У больных при сочетании с вторичной инфекцией при появлении гнойного экссудата дифференциацию проводят со стрептококковым импетиго.

### 4.5.2 Критерии оценки степени тяжести по клиническим признакам

**Легкая форма** — температура тела повышается до 37,5—38,5 °С в течение 2—3 сут., симптомы интоксикации отсутствуют или выражены незначительно. Высыпания немногочисленные, исчезают бесследно.

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

**Тяжелая форма** — температура тела выше 39,6 °С 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 мочеполового тракта). После исчезновения сыпи, наряду с пигментацией,

могут оставаться рубчики.

#### 4.6 Эпидемиологическая диагностика

##### 4.6.1 Эпидемиологические критерии диагностики опоясывающего герпеса

- ранее перенесенная ветряная оспа или опоясывающий герпес

#### 4.7 Лабораторная диагностика

##### 4.7.1 Методы диагностики

Метод	Показания	Сроки получения результатов	Сила*
Микроскопический	Пациенты с клиническими симптомами опоясывающего герпеса для определения нозологии	Через 1-2 дня	С
Иммунофлуоресцентный	Пациенты с клиническими симптомами опоясывающего герпеса для определения нозологии	Через 2 дня	С
Вирусологический	Пациенты с клиническими симптомами опоясывающего герпеса для определения нозологии	Через 5-15 дней	С
Выявление ДНК вируса методом ПЦР	Пациенты с клиническими симптомами опоясывающего герпеса для определения нозологии	Через 1-3 дня	С
Иммуноцитохимический	Пациенты с клиническими симптомами опоясывающего герпеса для определения нозологии	Через 2 дня	С
Серологический - иммуноферментный анализ (ИФА)	Пациенты с клиническими симптомами опоясывающего герпеса для определения нозологии и клинической формы	Через 1-3 дня	С
Исследование цереброспинальной жидкости	выявление плеоцитоза лимфоцитарного характера и/или повышение содержания белка в ликворе	Через 1-2 дня	С
Анализ крови клинический		Через 1-2 дня	В
Анализ мочи		Через 1-2 дня	В
Биохимический анализ крови		Через 1-2 дня	В

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

Содержимое и/или отделяемое везикул, эрозивно-язвенных элементов на коже и слизистых, мазки-отпечатки, биологические жидкости и секреты организма (кровь) могут быть предметом исследования молекулярно-биологическими методами с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в РФ.

Содержимое и/или отделяемое везикул, эрозивно-язвенных элементов на коже и слизистых, биологические жидкости и секреты организма (кровь, СМЖ) могут быть

предметом исследования вирусологическим методом с использованием чувствительных культур клеток.

Биологические жидкости и секреты организма (кровь, СМЖ) могут быть предметом исследования методом иммуноферментного анализа с целью выявления циркулирующих специфических антител (IgM, Ig G).

#### 4.7.2 Критерии лабораторного подтверждения диагноза

Метод	Диагностический признак	Сила*
Микроскопический	1) выявление телец Арагао (скопления вируса) в окрашенных серебрением по Морозову мазках жидкости везикул при обычной или электронной микроскопии; 2) проба Цанка - выявление многоядерных гигантских клеток при взятии соскоба с основания везикуля, помещенного на предметное стекло, фиксированного 95% спиртом и окрашенного по методу Гимзы; 3) выявление плеоцитоза лимфоцитарного характера и/или повышение содержания белка в ликворе.	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
Выявление ДНК вируса методом ПЦР	Выявление ДНК вируса методом ПЦР в крови, СМЖ	С
Иммуноцитохимический	обнаружение антигена вируса	С
Серологический	нарастание титра специфических антител в 4 и более раз в ИФА	С/Д
Анализ крови клинический	в периферической крови отмечаются лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз, нормальная СОЭ.	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 опоясывающего герпеса.

Метод	Показания	Сила*
Рентгенография органов грудной клетки	- Дифференциальная диагностика в продромальном периоде, когда отсутствуют пузырьковые высыпания,	С

	но имеются симптомы интоксикации, лихорадка, болевой синдром с инфарктом легкого, плевритом и т.д. - Установление диагноза при развитии пневмонии на фоне ОГ (-при появлении аускультативных изменений в легких)	
Электрокардиография (ЭКГ)	- Дифференциальная диагностика в продромальном периоде, когда отсутствуют пузырьковые высыпания, но имеются симптомы интоксикации, лихорадка, болевой синдром со стенокардией, инфарктом миокарда и др. - Установление диагноза при подозрении на миокардит у пациентов с опоясывающим герпесом с аускультативными изменениями в сердце для уточнения нарушения функции проведения и трофики ткани сердца	С
УЗИ сердца (эхокардиография)	Установление диагноза при подозрении на миокардит у пациентов с опоясывающим герпесом с аускультативными изменениями в сердце для уточнения нарушения функции миокарда	В
Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости	Дифференциальная диагностика в продромальном периоде, когда отсутствуют пузырьковые высыпания, но имеются симптомы интоксикации, лихорадка, болевой синдром с холециститом, панкреатитом, почечной коликой, острым аппендицитом и др.	С
Компьютерная томография (КТ) головы, печени, поджелудочной железы, легких, почек	--Дифференциальная диагностика в продромальном периоде, когда отсутствуют пузырьковые высыпания, но имеются симптомы интоксикации, лихорадка, болевой синдром с менингоэнцефалитом, опухолями мозга, сосудистыми изменениями и т.д.	С
Магниторезонансная томография (МРТ)	- Дифференциальная диагностика в продромальном периоде, когда отсутствуют пузырьковые высыпания, но имеются симптомы интоксикации, лихорадка, болевой синдром с менингоэнцефалитом, опухолями мозга, сосудистыми изменениями и т.д. - Установление диагноза у пациентов с клиническими симптомами опоясывающего герпеса и наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии	С
Нейросонография	Пациенты с клиническими симптомами опоясывающего герпеса и наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии	С
Электроэнцефалография (ЭЭГ)	Пациенты с клиническими симптомами опоясывающего герпеса при наличии 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 (скопления вируса) в окрашенных серебром по Морозову мазках жидкости везикул при обычной или электронной микроскопии;

- проба Цанка - выявление многоядерных гигантских клеток при взятии соскоба с основания везикулы, помещенного на предметное стекло, фиксированного 95% спиртом и окрашенного по методу Гимзы;

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

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

4.9.2. Цитологическое исследование мазка костного мозга при проведении дифференциальной диагностики с гематологическими заболеваниями.

4.9.3. Спинномозговая пункция при наличии менингеальных симптомов, подозрение на поражение головного мозга.

4.9.4. Исследование уровня общего белка и фракций в спинномозговой жидкости у пациентов с менингитом.

4.9.5. Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости, подсчет клеток в счетной камере (определение цитоза) у пациентов с менингитом.

4.9.6. Микроскопическое исследование отделяемого из ротоглотки для уточнения характера воспаления вирусной или бактериальной этиологии.

4.9.7. Бактериологическое исследование крови на стерильность при лихорадке более 10 дней и наличие нескольких органических поражений.

4.9.8. Бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы при наличии пневмонии.

4.9.9. Иммунограмма (с исследованием ЦИК) при тяжелом и осложненном течении опоясывающего герпеса.

4.9.10. Исследование уровня изоферментов креатинкиназы в крови при миалгическом синдроме.

#### **4.10 Обоснование и формулировка диагноза**

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

При обосновании диагноза «Опоясывающий герпес» следует учитывать: эпидемиологический анамнез (ранее перенесенную ветряную оспу или опоясывающий герпес), острое начало заболевания с появления лихорадки и синдрома интоксикации, характерные дерматомное расположение характерных высыпаний (пятно-папула-везикула-корочка); лабораторных данных (лейкопения, лимфоцитоз) и данных инструментального обследования (при развитии осложнений).

**Примеры диагноза:** Опоясывающий герпес, период высыпаний, среднетяжелая форма, гладкое течение.

При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой:

- Осложнение:
- Сопутствующее заболевание:

## **4.11 Лечение**

### **4.11.1 Общие подходы к лечению больных опоясывающим герпесом**

Лечение больных опоясывающим герпесом без осложнений может проводиться в амбулаторных условиях.

Госпитализации в инфекционную больницу подлежат по клиническим показаниям: больные в случае тяжелого течения заболевания, больные с распространенными, генерализованными формами заболевания (с поражением нервной системы, глаз, внутренних органов), больные с осложненными формами болезни, больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также по эпидемическим показаниям - при наличии в семье ребенка или беременной, не болевших ветряной оспой.

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

Принципы лечения больных опоясывающим герпесом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- ▲ предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- ▲ предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- ▲ предупреждение формирования остаточных явлений и инвалидности.

Лечение больных опоясывающим 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 больных опоясывающим герпесом 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.

**Лечение включает:**

Режим.

Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии;
- средства патогенетической терапии;
- средства симптоматической терапии;
- средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Методы не медикаментозного лечения:

- физиотерапевтические методы лечения;
- физические методы снижения температуры;
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия.

**Метод медикаментозный (медикаментозная терапия):** должен быть комплексным и включать как этиотропные, так и патогенетические, симптоматические средства, средства иммунотерапии и иммунокоррекции, витамины, адаптогены, пробиотики.

**Местно** проводится обработка элементов сыпи 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени или концентрированным раствором перманганата калия. Для снятия кожного зуда - обработка кожи глицерином, обтирание водой с уксусом или спиртом с последующим припудриванием тальком, холодные компрессы. После подсыхания всех пузырьков показаны теплые гигиенические ванны, солевые ванны.

### **Этиотропная терапия**

**Этиотропные препараты.** Основными задачами этиотропной терапии является подавление репликативной активности вируса, снижение тяжести и продолжительности болезни, обеспечение анальгезии, уменьшение частоты развития невралгии 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; 3) индукторы интерферонов.

Лекарственными средствами с доказанной активностью (*уровень доказательности 3-4*) являются: химиопрепараты из группы синтетических ациклических нуклеозидов (Ацикловир, Валацикловир, Фамцикловир) и аналогов пирозифосфатов (Фосфономуравьиная кислота), нормальный иммуноглобулин человека для в/м введения, специфический противозостервирусный иммуноглобулин\*\* для в/м введения.

Этиотропные химиопрепараты из группы синтетических ациклических нуклеозидов являются препаратами выбора, препаратами 1-го ряда, при терапии ОГ и применяются у всех больных независимо от локализации и степени тяжести ОГ, как можно раньше.

Аналоги пирозифосфатов – Фосфономуравьиная кислота (Фоскарнет\*) является препаратом 2 ряда, применяется у больных с непереносимостью или аллергическими реакциями на синтетические ациклические нуклеозиды (Ацикловир), а также с ацикловиррезистентностью, из расчета 60- 90 мг/кг внутривенно 2 раза в сутки.

*\* Препараты: фоскарнет, специфический противозостервирусный иммуноглобулин для в/в введения в настоящее время не зарегистрированы Минздравом РФ и не могут использоваться в медицинской практике на территории РФ.*

**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, применяющийся для лечения острого ОГ с 1994 г. 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 и продолжительности постгерпетической невралгии у пациентов в возрасте 50 лет и старше.

**Фосфономуравьиная кислота** 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. При тяжелом течении заболевания возможно внутривенное медленное (в течение 2 ч ) капельное введение препарата по 40-60-90 мг/кг 3 раза в сутки в течение 10-14 дней.

**У взрослых используют следующие режимы лечения ОГ**

Противовирусный препарат	Дозировка и кратность приема	Продолжительность	Способ введения препарата
<b>При ограниченной типичной форме (в пределах дерматомы) без иммуносупрессии или на фоне легкой и средней степени иммуносупрессии</b>			
Ацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	800 мг пять раз в сутки	7-10 суток	Перорально
Или			
Валацикловир <i>препарат 1 ряда</i>	1 г три раза в сутки	7-10 суток	Перорально
Или			
Фамцикловир <i>препарат 1 ряда</i>	500 мг три раза в сутки	7-10 суток	Перорально
<b>При ограниченной типичной форме (в пределах дерматомы) на фоне тяжелой иммуносупрессии</b>			
Ацикловир	800 мг пять раз в сутки	10 суток	Перорально
Или			
Валацикловир	1 г три раза в сутки	10 суток	Перорально
Или			
Фамцикловир	500 мг три раза в сутки	10 суток	Перорально
<b>При распространенной форме и/или атипичной форме ОГ, независимо от степени иммуносупрессии</b>			
Ацикловир			

<b>При диссеминированной форме с поражением кожи, глаз, внутренних органов</b>			
Ацикловир	10 мг/кг три раза в сутки Каждые 8 часов	7-10 суток	в/в
<b>Или</b>			
Валацикловир	1 г три раза в сутки	7-10 суток	Перорально
<b>Или</b>			
Фамцикловир	500 мг три раза в сутки	7-10 суток	Перорально
<b>Или</b>			
Фосфономуравьиная кислота <i>препарат 2 ряда</i>	в/в 40 мг/кг или 60 мг/кг или 90 мг/кг 3 раза в сутки	7-10 суток	Перорально

#### **Противовирусные лекарственные средства других групп:**

**Инозин пранобекс** - противовирусный препарат назначают при опоясывающем лишае, в том числе рецидивирующем у больных с иммунодефицитом, офтальмогерпесе, менингоэнцефалитах, внутрь, после еды, по 2 таблетки (500 мг) 3-4 раза в день в течение 10 дней. Препарат обладает противовирусным и иммуностимулирующим действием. Препарат: 1) блокирует размножение вирусов за счет повреждения генетического аппарата вирусных частиц, 2) стимулирует активность макрофагов, активирует синтез цитокинов, пролиферацию лимфоцитов, увеличивает суммарное количество Т-лимфоцитов, Т-хелперов и клеток НК. Препарат способствует уменьшению клинических проявлений вирусных заболеваний, ускорению реконвалесценции, повышению резистентности организма.

**Иммуноглобулины, нормальные человеческие (J06BA) - специфический иммуноглобулин\*** вводится при тяжелом течении заболевания.

**\* Введение специфических иммуноглобулинов не рекомендовано у ВИЧ-инфицированных пациентов!**

**Препараты интерферона** (интерфероны (L03AB) предназначены для лечения герпетических поражений кожи и слизистых, обусловленных ВЗВ. При ОГ возможны различные схемы введения препаратов интерферона: в/м, в виде суппозиторий, наружно.

**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)** 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).

**Другие иммуностимуляторы (L03AX):**

**Меглюмина акридонацетат** – индуктор интерферона применяется в комплексной терапии у больных с клиническими проявлениями опоясывающего герпеса. Противопоказан беременным, кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату.

**Тилорон** - индуктор интерферона применяется в комплексной терапии у больных с клиническими проявлениями опоясывающего герпеса. Противопоказан беременным, кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату.

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

➤ **Эхинацей пурпурной травы сок** (*Succus herbae Echinaceae purpureae*) (капли, таблетки); **Комбинированный препарат - сок травы эхинацей 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, интерферон-индуцирующим 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. Применяется в комплексной терапии опоясывающего лишая и ветряной оспы, в том числе в период беременности и лактации..

**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 (бриллиантовая зелень, 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.

В стадии перехода содержимого пузырьков из серозного в серозно-гнойное или серозно-геморрагическое применяется 10% раствор метиленового синего; в период образования и отпадения корочек применяют мази: 5% дерматоловую, солкосерил, кольд-крем.

**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+):**

➤ **Ацикловир** — мазь применяют при появлении первых признаков заболевания наружно на очаги пораженной поверхности кожи 5 раз в день, в течение 6-12 дней или до полного выздоровления.

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

➤ **Аммония глицирризинат** - противовирусное и иммуностимулирующее

средство для местного применения в виде спрея, местно.

➤ **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 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.

### Патогенетическая терапия

**Антигистаминные средства** (уровень доказательности 2+).

**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

**Ципрогептадин** - сироп детям от 6 мес до 2 лет по 0,4 мг/кг в сутки, 2-6 лет 6 мг в 3 приема, старше 6 лет и взрослым по 4 мг 3 раза в сутки; или

**Эбастин** - взрослым и детям старше 15 лет по 1-2 таб. или 10-20 мл сиропа 1 раз в сутки, детям от 6 до 12 лет по ½ таб. или 5 мл сиропа 1 раз в сутки, детям от 12 до 15 лет по 1 таб. или 10 мл сиропа 1 раз в сутки; или

**Лоратадин** - взрослым и детям старше 12 лет по 1 таб. или 10 мл сиропа 1 раз в сутки, детям от 2 до 12 лет 5 мл сиропа или ½ таб. 1 раз в сутки (при массе тела менее 30 кг), при массе тела 30 кг и более по 10 мл сиропа или 1 таб. 1 раз в сутки.

Местные антигистаминные препараты не назначают из-за значительной абсорбции через поврежденную кожу

**Дезинтоксикационные средства** (уровень доказательности 2+).

Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (B05BB)	Калия хлорид + Кальция хлорид + Магния хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид	С целью дезинтоксикации
	Калия хлорид +	С целью дезинтоксикации

	<i>Натрия ацетат + Натрия хлорид</i>	
	<i>Меглюмина натрия сукцинат</i>	С целью дезинтоксикации
	<i>Натрия хлорида раствор сложный [Калия хлорид + Кальция хлорид + Натрия хлорид]</i>	С целью дезинтоксикации
Другие ирригационные растворы (B05CX)	<i>Декстроза</i>	С целью дезинтоксикации
Растворы электролитов (B05XA)	<i>Натрия хлорид</i>	Восполнение электролитных нарушений
	<i>Калия хлорид</i>	Восполнение электролитных нарушений
Кристаллоиды	<i>(5% раствор глюкозы; Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид ) до 1500 мл в сутки внутривенно капельно</i>	
Коллоиды	<i>Декстран до 800 мл в сутки внутривенно капельно</i>	

**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

**Противовоспалительная и обезболивающая терапия используется** (для купирования болевого синдрома).

**противоболевая терапия** состоит из трех основных этапов:

**1-й этап:** ацетилсалициловая кислота, парацетамол, метамизол натрия, метамизол натрия\* + Триацетонамин-4-толуолсульфонат, ибупрофен, per os и в виде инъекций;

Ибупрофен 400 мг три раза в сутки перорально 10 суток; и/или

**2-й этап:** опиоидные анальгетики, включая трамадол;

**3-й этап:** препараты с центральным анальгетическим действием (трехциклические антидепрессанты, антиконвульсанты).

Анальгетики, НПВС в сочетании с применением витаминов группы В эффективны при относительно легком течении процесса.

В случае **упорных постгерпетических невралгий, лечение которых проводится невропатологом**, возможно применение опиоидных анальгетиков, ганглиоблокаторов (ганглефен), препаратов с центральным анальгетическим действием.

**ганглиоблокаторы:**



**Ганглефена гидрохлорид** - применяют в зависимости от степени выраженности болевого синдрома в/м в виде 1,5% раствора по 1 мл 1 раз в сутки в течение 10–15 дней или по 0,04 г в капсулах 2 раза в сутки в течение 10–15.

**трициклические антидепрессанты:**

**Амитриптилин** - внутрь 25-50 мг однократно вечером больным с кожной гиперестезией или с непрекращающейся болью;

**антиконвульсанты:**

- **Карбамазепин** - назначают внутрь с 0,1 г 2-3 раза в день, увеличивая дозу на 0,1 г в сутки, при необходимости до 0,6 г суточной дозы (в 3–4 приема). После уменьшения или исчезновения боли дозу постепенно понижают. Обычно эффект наступает через 3–5 дней после начала лечения. При отсутствии эффекта от максимальной дозы в течение недели, прием препарата следует прекратить. Карбамазепин является препаратом выбора при Herpes zoster гангlioновом узле.
- **Оскарбазепин** — кетопроизводное карбамазепина, в отличие от карбамазепина и других антиконвульсантов метаболический путь Трилептала не затрагивает цитохромов P-450 и поэтому не приводит к ауто- и гетероиндукции печеночных ферментов. Оскарбазепин быстро превращается в оскарбазепин моногидроксид, который представляет собой единственно активный метаболит, трансформирующийся в дальнейшем в малотоксичный (по сравнению с диоловым метаболитом карбамазепина) оскарбазепин глюкуронил. Этим, по-видимому, можно объяснить хорошую переносимость препарата. В отличие от карбамазепина препарат лишен отрицательных побочных явлений, обладает максимумом терапевтической эффективности. Механизм действия Трилептала основан на блокаде потенциалзависимых натриевых и кальциевых каналов, ведущих к стабилизации нейронных мембран, ингибированию болевых сигналов.
- **Левомепромазина гидромалеат**

**кортикостероиды** - данные о лечебной эффективности противоречивы: преднизолон применяется для лечения больных с постгерпетической невралгией по 20-40-60 мг/сутки перорально в течение 10 суток с последующим снижением дозы!

**Применение кортикостероидов может вызвать диссеминацию процесса!**

При лечении пациентов с **ПГН** ориентируются на Европейские рекомендации 2009 г. по лечению нейропатической боли, согласно которым выделяют:

- препараты первой линии (препараты с доказанной эффективностью — класс А): прегабалин, лидокаин 5%;
- препараты второй линии (класс В): опиоиды, капсаицин.

При лечении пациентов с **ПГН** соблюдают определенные этапы терапии:

- Вначале - препараты первой линии: прегабалин, или ТЦА, или местные анестетики (пластины с 5% лидокаином). Если удастся достигнуть хорошего снижения боли (оценка боли по ВАШ –3/10) при допустимых побочных эффектах, то лечение продолжают. Если ослабление боли недостаточно, то добавляют другой препарат первого ряда.
- При неэффективности средств первого ряда можно назначить препараты второго ряда: трамадол или опиоиды, или капсаицин, или нефармакологическую терапию (курс 10-12 сеансов).

**Нефармакологическая терапия**

**метод физиотерапевтического лечения** — используется для устранения болевого синдрома. После разрешения кожных высыпаний **лечение проводят невропатологи** до исчезновения неврологической симптоматики, в том числе с использованием методов нефармакологической терапии: рефлексотерапию, акупунктуру, импульсные диадинамические токи, чрескожную нейростимуляцию, регионарную симпатическую

блокаду нервов, гипербарическую оксигенацию, ультразвук, ультрафиолетовое облучение (1-2 процедуры).

При рефлексотерапии обычно используют как точки общего действия, так и точки соответствующие пораженному ганглию, курс составляет 10 – 12 сеансов.

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

**Препараты, улучшающие мозговое кровообращение и внутриклеточный метаболизм;**

**Ноотропы;**

**Седативные средства;**

**Снотворные средства.**

**Гепатопротекторы:**

- ◆ Расторопши пятнистой плодов экстракт — 0,06 г, 3 раз/сут. Курс лечения 1 месяц;
- ◆ Эссенциальные фосфолипиды EPL<sup>®</sup> — 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 препараты **Вобэнзим; Вобэ-мугос Е<sup>®</sup>** (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 ОГ 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 Опоясывающим лишаем применяют Флуконазол (производное триазола), Нистатин (*уровень доказательности 1+*).

#### 4.12 Реабилитация

Применительно к инфекционным больным необходимо выделять следующие основные принципы реабилитации:

1. Реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции.
2. Необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации.
3. Комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия.
4. 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.

5. 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 опоясывающего герпеса, диспансерное наблюдение не устанавливается.

Реконвалесценты, перенесшие осложненные формы опоясывающего герпеса, подлежат диспансерному наблюдению.

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

2. Реконвалесценты, перенесшие поражение нервной системы (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит), наблюдаются 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 мес, затем 1 раз в 6 месяцев.

Нозологическая форма (синдром)	Частота обязательных контрольных обследований врачом поликлиники	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей-специалистов
Вирусно-бактериальная пневмония	Через 3, 6 и 12 месяцев	до 12 мес	Пульмонолог, через 3, 6, 12 месяцев
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 месяцев
Кератит, кератоконъюнктивит, ретинит, отслойка сетчатки и др.	1 раз в 6 месяцев	от 6-12 до 24 месяцев	Офтальмолог через 1 месяц, 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 анализ крови, общий анализ мочи через 1 месяц. Рентгеновское исследование органов грудной клетки по показаниям	Рекombинантные 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 суток от начала заболевания

Менингит Энцефалит Менингоэнцефалит	ЭЭГ Допплерография МРТ – по показаниям	Препараты, улучшающие мозговое кровообращение и внутриклеточный метаболизм, ноотропы, адаптогены растительного происхождения, санаторно-курортное лечение	Полное выздоровление, отсутствие прогрессирования неврологической симптоматики	Выписывается педиатром 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 месяцев	Препараты на основе ДНК, Рекомбинантные человеческие интерфероны $\alpha 2\beta$ , Витаминно-минеральные комплексы, адаптогены растительного происхождения.	Отсутствие помутнения роговой оболочки, восстановление зрения.	Выписывается педиатром через 3-4 недели после консультации офтальмолога

**Санаторно-курортное лечение** показано в стадии ремиссии.

### **Прогноз заболевания**

Прогноз чаще благоприятный, иногда могут длительно продолжаться невралгические боли. У больных с иммунодефицитом – серьезный.

### **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 Опоясывающим герпесом;
- 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 ОГ**

**При типичных легких и среднетяжелых формах** применяется **симптоматическая терапия**, в том числе:

**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.

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

**При типичных тяжелых формах** назначается

**Этиотропная терапия:**

Ацикловир внутрь перорально в таблетках по 800 мг 5 раз в сутки в течение 5-10 дней, или по 5-10 мг/кг внутривенно капельно каждые 8 часов в течение 5-10 дней.

**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, в том числе:**

**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.

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

**Атипичные и осложненные формы.** Назначается этиотропная, патогенетическая, симптоматическая терапия.

**Этиотропная терапия:**

Ацикловир - по 10 мг/кг внутривенно капельно каждые 8 часов в течение 5-10 дней.

Иммуноглобулин человека нормальный - 0,2 мл/кг в/в капельно однократно.

**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, в том числе:**

**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.

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

**При ОГ с присоединением 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.

### Местное лечение.

- ❑ Спиртовые растворы анилиновых красителей 0,5-2% (1-2% водным или спиртовым растворами бриллиантового зеленого, генцианового фиолетового, метиленового синего, водными растворами марганцовокислого калия в разведении 1:5000) 3-4 раза в день 7 – 14 дней. При поражении слизистых полости рта необходимо полоскание слабым раствором марганцовокислого калия. Афты смазывают раствором бриллиантового зеленого
- ❑ Компрессы/пластырь с лидокаином 5% два раза в день 10 дней.

**Соблюдение рационального режима** (запрещается мытье, кожу вокруг очагов протирают 2% салициловым спиртом). Применение местных противовирусных и симптоматических препаратов.

### **Лечение ВИЧ-инфицированных пациентов, больных опоясывающим герпесом**

- При возникновении ОГ у пациентов, находящихся на АРТ более 90 суток, лечение проводится стандартными схемами,
- Назначение АРТ пациентам с ОГ 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 ОГ, 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**

Ослабленные люди, лица с трансплантацией органов и тканей, иммунодефицитами, ВИЧ-инфицированные и онкологические больные для профилактики развития у них осложнений, вызванных герпесом зостер, должны избегать контакта с детьми, болеющими ВО и лицами, страдающими опоясывающим лишаем.

Детей в возрасте до 7 лет, не болевших ветряной оспой, разобщают с 9-го по 21-й день с момента контакта с больным. За контактными устанавливают ежедневное наблюдение с проведением термометрии, осмотра кожи и слизистых оболочек.

В некоторых случаях у лиц 60 лет и старше показана вакцинация против опоясывающего герпеса, с целью предотвращения реактивации вируса и предупреждения опоясывающего герпеса:

- с помощью вакцины для профилактики ветряной оспы (**VZ-Vax**, фирмы Мерк Шарп Доум, США), данные об эффективности такого введения противоречивы, или
- с помощью вакцины для профилактики опоясывающего герпеса (**Zostavax®**), которая содержит живой аттенуированный *varicella virus*, аналогичный тому, который

используется для получения вакцины ОКА, однако в более высоком титре. Вакцина вводится подкожно, применяется одна доза zoster vaccine у лиц в возрасте 60 лет и старше, как имеющих первичный эпизод ОГ, так не имеющих подтвержденных эпизодов ОГ. Применение вакцины снижает риск развития ОГ на 51% по сравнению с плацебо, а в группе пациентов 60-69 лет - на 64%; уменьшает выраженность болевого синдрома на 61%, а риск возникновения постгерпетической невралгии — на 66,5%.

Вакцинация против опоясывающего герпеса рекомендована лицам 60 лет и старше с хроническим течением герпетической инфекции. Не показана вакцинация в острый период опоясывающего герпеса, для профилактики и лечения постгерпетической невралгии, у лиц младше 60 лет и в любом возрасте после введения вакцины *Varicella zoster*. Противопоказаниями являются аллергия к компонентам вакцины, первичное или приобретённое иммунодефицитное состояние, беременность, острое заболевание.

Возможно совместное применение Zostavax® вместе с трёхвалентной инактивированной гриппозной вакциной. При необходимости введения других живых аттенуированных вакцин необходимо соблюдение 4-х недельного интервала.

***Следует отметить, что на территории РФ методика профилактики рецидивов опоясывающего лишая с помощью специфических вакцин не зарегистрирована!***

**Пассивная специфическая профилактика** показана контактными детям и взрослым группы риска (с заболеваниями крови, различными иммунодефицитными состояниями).

Для профилактики заражения могут быть использованы: **нормальный иммуноглобулин человека**, Zoster immune globulin\* (ZIG), или zoster immune plasma (ZIP). Иммуноглобулин вводится в/м 125 ЕД/10 кг массы тела (до 625 ЕД) в первые 96 часов после контакта с больными, ZIP может быть введена в/в и позже 96 ч.

\* *Пассивная иммунизация препаратами специфических иммуноглобулинов не рекомендована у ВИЧ-инфицированных пациентов.*

\*\* *Zoster immune globulin не зарегистрирован на территории РФ и поэтому применяться не может.*

#### **4.15 Организация оказания медицинской помощи больным опоясывающим герпесом**

Медицинская помощь больным 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 опоясывающим лишаем 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 доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в медицинских кабинетах учреждений.

При подозрении или выявлении у пациента опоясывающего лишая, 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 опоясывающим лишаем легкой степени тяжести)

Синдром	Опоясывающий лишай
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: B02**

#### 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 услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения

B01.044.002	Осмотр фельдшером	0,5	2
B01.023.002	Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи	0,5	1
B01.044.002	Осмотр медицинской сестры	0,5	1
<b>Прием (осмотр, консультация) специалиста со средним медицинским образованием - дополнительные</b>			
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 синдромов, 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	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	Ацикловир	1	Таб., мг	4000	28000/40000
		Ацикловир (наружно)	1	мазь		
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
				МЕ наружно		
L03AX	Другие иммуностимуляторы					
		Меглюмина акридонацетат		мг	300	3000
	Антисептики	Бриллиантовый зеленый, Фукарцин, Жидкость Кастеллани	1	мл	-	-

M01AE01	Производные пропионовой кислоты	<i>Ибупрофен</i>	0,05	г	1,2	12
N02BE01	Анилиды	<i>Парацетамол</i>	1	мг	400	4000
R06A	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 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.

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

### 5.1.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

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

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	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 лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками опоясывающего лишая, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению опоясывающего лишая, и б) протокола лечения 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 опоясывающим лишаем легкой степени)**

Синдром	Опоясывающий 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: B02**

#### **5.2.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Наличие высыпаний (пятно-папула-везикула-корочка)
4. Наличие умеренного синдрома интоксикации
5. Отсутствие или наличие осложнения (пиодермия)

### 5.2.2 Требования к диагностике в амбулаторных условиях

<b>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста (инфекционист, терапевт) – обязательные</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	0,2	1
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1	1
B01.047.005	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового первичный	1	1
B01.026.001	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный	0,1	1
B01.044.002	Осмотр врачом скорой медицинской помощи	0,1	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	1
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
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
<b>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста – дополнительные</b>			
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
<b>Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста на этапе лечения</b>			
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

### Лабораторные исследования

<b>Лабораторные методы исследования — обязательные</b>			
Код медицинской	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты	Усредненный показатель

услуги		предоставления	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
<b>Лабораторные методы исследования — дополнительные</b>			
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



<b>Инструментальные методы исследования - обязательные</b>			
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
<b>Инструментальные методы исследования - дополнительные</b>			
A06.03.020	Рентгенография позвоночника, вертикальная	0,1	1
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	0,1	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

<b>Специальные методы исследования - обязательные</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
-	-	-	-
<b>Специальные методы исследования - дополнительные</b>			
A26.01.006	Молекулярно-биологическое исследование содержимого и/ или отделяемого везикул, эрозий на вирус ветряной оспы (VZV)	0,5	1
	Молекулярно-биологическое исследование содержимого и / или отделяемого везикул, эрозий на вирус простого герпеса	0,5	1
A26.06.084	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу ветряной оспы (VZV) в крови	0,5	1
A26.06.045	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса в крови	0,5	1
A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
B03.002.003	Исследование иммунного 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 синдромов, 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 ветряной оспы-опоясывающего лишая одним из методов:

- Экспресс-метод диагностики опоясывающего лишая - 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 ветряной оспы и опоясывающего лишая (VVZ).

### **5.2.4 Требования к лечению в амбулаторных условиях**

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

### 5.2.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной 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****
<b>Средства для профилактики и лечения инфекций</b>						
<b>Противовирусные препараты)</b>						
J05AB	Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы	<i>Ацикловир</i>	1	Таб., мг	4000	28000/40000
		<i>Валацикловир</i>	1	Таб., мг	1000	7000/10000
		<i>Фамцикловир</i>	1	Таб., мг	1500	15000
		<i>Ацикловир</i>	1	Мазь, наружно		
		<i>Аммония глицирризинат</i>	1	Спрей, наружно		
<b>Антибактериальные препараты</b>						
J01CR02	Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз	<i>Амоксициллин+Клавулановая кислота</i>	0,5	мг	1125	16875
J01FA09	Макролиды	<i>Кларитромицин</i> <i>Азитромицин</i> <i>Спирамицин</i>	0,2	мг	1000	7000
J01DC	Цефалоспорины 2 поколения	<i>Цефуроксим</i>	0,2	мг	500	3500
<b>Препараты интерферона – рекомбинантные/природные</b>						
L03AB	Интерфероны	<i>Интерферон альфа</i>	0,8	МЕ	1000000	5000000
L03AB05		<i>Человеческий рекомбинантный</i>	0,8	МЕ ректально	9000	90000

		<i>интерферон-альфа-2b</i>	0,8	МЕ, наружно		
L03AB01		<i>Интерферон альфа-2b + Таурин* + Бензокаин*, Интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный + Дифенгидрамин*</i>	0,2	МЕ наружно	18000	180000
L03AX	<b>Другие иммуностимуляторы</b>					
		<i>Меглюмина акридоначетат</i>		мг	300	3000
		<i>Тилорон</i>		мг	125	1250
	Антисептики	<i>Бриллиантовый зеленый, Фукарцин, Жидкость Кастеллани</i>	1	мл	-	-
R01A	Деконгестанты и другие препараты для местного применения	<i>Морская вода</i>	0,5	мл	2	10
M01AE01	Производные пропионовой кислоты	<i>Ибупрофен</i>	0,05	г	1,2	12
M02AA13		<i>Ибупрофен</i>	0,7	мазь		
N02BE01	Анилиды	<i>Парацетамол</i>	1	мг	400	4000
R06A	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 доврачебной 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 (10 дней)
- порядок снятия ограничений (выписка инфекционистом, участковым терапевтом 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.

<b>Не медикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации</b>			
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.

### **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 лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками опоясывающего герпеса, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению опоясывающего герпеса, и б) протокола лечения 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 среднетяжелой формой опоясывающего лишая, стационарозамещающая)**

Синдром	Опоясывающий герпес
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: B02**

**5.3.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Наличие высыпаний (пятно-папула-везикула-корочка)
4. Наличие умеренного синдрома интоксикации
5. Отсутствие или наличие осложнений (пневмония, пиодермия)

**5.3.2 Требования к диагностике**

<b>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста (инфекционист, терапевт) – обязательные</b>			
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-	1	1

	терапевта первичный		
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
<b>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста – дополнительные</b>			
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 периферической нервной системы	0,05	1
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

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 креатинина в крови	0,5	1
A09.05.041	Исследование уровня аспаратаминотрансминазы в крови	0,5	1
A09.05.042	Исследование уровня аланинаминотрансминазы 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**

<b>Инструментальные методы исследования - обязательные</b>			
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
<b>Инструментальные методы исследования - дополнительные</b>			
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

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

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 иммунного 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
<b>Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста</b>			
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
<b>Лабораторные методы исследования</b>			
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
<b>Инструментальные методы исследования</b>			
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 носа	0,05	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,05	1

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
<b>Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения</b>			
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 синдрома, 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 и опоясывающего лишая:

- Экспресс-метод диагностики опоясывающего 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 ветряной оспы и опоясывающего лишая.

### 5.3.4 Требования к лечению

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

### 5.3.5 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.

### 5.3.6 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****
<b>Средства для профилактики и лечения инфекций</b>						
<b>Противовирусные препараты</b>						
J05AB	Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы	<i>Ацикловир</i>	1	Таб., мг	4000	28000/40000
		<i>Валацикловир</i>	1	Таб.	1000 мг	7000/10000 мг
		<i>Фамцикловир</i>	1	Таб.	1500 мг	15000
		<i>Ацикловир (наружно)</i>	1	мазь		
		<i>Аммония глицирризинат</i>	1	Спрей, наружно		
<b>(антибактериальные препараты)</b>						
J01CR02	Комбинации пенициллинов,	<i>Амоксициллин+Клавулановая</i>	0,5	мг	1125	16875

	включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз	<i>кислота</i>				
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
<b>Препараты интерферона – рекомбинантные/природные</b>						
L03AB	Интерфероны	Интерферон альфа	0,8	МЕ	1000000	5000000
L03AB05		<i>Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b</i>	0,8	МЕ ректально	9000	90000
L03AB05		<i>Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b</i>	0,8	МЕ наружно	9000	90000
L03AB01		<i>Интерферон альфа-2b + Таурин* + Бензокаин*, Интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный + Дифенгидрамин*</i>	0,2	МЕ	18000	180000
L03AX	<b>Другие иммуностимуляторы</b>					
		<i>Меглюмина акридонатацетат</i>		мг	300	3000
		<i>Тилорон</i>		мг	125	1250
	Антисептики	<i>Бриллиантовый зеленый, Фукарцин, Жидкость Кастеллани</i>	1	мл	-	-
<b>Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний, подагры</b>						
R06AB03	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	400	4000
N02BE01	Анилиды	<i>Парацетамол</i>	1	мг	400	4000
R06A	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 ( 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.

<b>Не медикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации</b>			
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 – Диета № 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.

### 5.3.10 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.

### 5.3.11 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 лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

### 5.4 Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная специализированная медико-санитарная помощь больным среднетяжелой формой опоясывающего лишая, стационарозамещающая/стационарная)

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

**Код по МКБ-10: B02**

#### 5.4.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Наличие высыпаний (пятно-папула-везикула-корочка)
4. Наличие умеренного синдрома интоксикации

5. Отсутствие или наличие осложнений (пневмония, пиодермия)

**5.4.2 Требования к диагностике**

<b>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста – обязательные (инфекционист, терапевт)</b>			
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
B01.047.001	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
<b>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста – дополнительные</b>			
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	0,5	1



	нервной системы		
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

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

<b>Лабораторные методы исследования - дополнительные</b>			
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 аспартатаминотрансаминазы в крови	1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланинаминотрансаминазы 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
B03.002.003	Исследование иммунологического статуса при смешанном иммунодефиците	0,01	1

#### **Инструментальные методы исследования**

<b>Инструментальные методы исследования - обязательные</b>			
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
<b>Инструментальные методы исследования - дополнительные</b>			
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
<b>Специальные методы исследования - обязательные</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A26.01.006	Молекулярно-биологическое исследование содержимого и/или отделяемого везикул, эрозий на вирус ветряной оспы (VVZ)	0,5	1
<b>Специальные методы исследования - дополнительные</b>			
	Молекулярно-биологическое исследование содержимого и /или отделяемого везикул, эрозий на вирус простого герпеса	0,5	1
A26.06.084	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу ветряной оспы (VVZ) 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 ВИЧ-1 в крови методом ИФА	0,5	1
A26.06.049	Определение антител классов М, 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

<b>Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
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 тяжелобольного в постели	0,05	2
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 тяжелобольных	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 интоксикационных 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 и опоясывающего лишая одним из методов:

- Экспресс-метод диагностики «Опоясывающий герпес» - 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 ветряной оспы и опоясывающего лишая (VZV).

#### 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 в стационарных 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****
<b>Средства для профилактики и лечения инфекций</b>						
<b>Противовирусные препараты</b>						
J05AB	Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме	<i>Ацикловир</i>	1	Таб., мг	4000	28000/40000

	ингибиторов обратной транскриптазы					
		<i>Валацикловир</i>	1	Таб., мг	1000	7000/ 10000
		<i>Фамцикловир</i>	1	Таб., мг	1500	15000
		<i>Ацикловир (наружно)</i>	1	мазь		
		<i>Аммония глицирризинат</i>	1	Спрей, наружно		
	<b>Антибактериальные препараты</b>					
J01CR02	Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз	<i>Амоксициллин + клавулановая кислота</i>	0,5	мг	1125	16875
J01FA09	Макролиды	<i>Кларитромицин, Азитромицин Спиромицин</i>	0,2	мг	1000	7000
J01DC	Цефалоспорины 2-ого поколения	<i>Цефуроксим</i>	0,2	мг	500	3500
	<b>Препараты интерферона – рекомбинантные/природные</b>					
L03AB	Интерфероны	<i>Интерферон альфа</i>	0,8	МЕ	1000000	5000000
L03AB05		<i>Человеческий рекомбинантный интерферон</i>	0,8	МЕ ректально	9000	90000
		<i>Человеческий рекомбинантный интерферон</i>	0,8	МЕ наружно		
L03AB01		<i>Интерферон альфа-2b + Таурин* + Бензокаин*, Интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный + Дифенгидрамин*</i>	0,2	МЕ	18000	180000
		<i>Инозин пранобекс</i>	0,2	мг	50 мг/кг/су т в 3–4 приема	
L03AX	<b>Другие иммуностимуляторы</b>					
		<i>Меглюмина акридоначетат</i>		мг	300	3000
		<i>Тилорон</i>		мг	125	1250
	<b>Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний, подагры</b>					
N01AH	Опиоидные анальгетики	<i>Тримеперидин</i>	0,1	мг	25	250
M01A	Ненаркотические анальгетики и					

	нестероидные противовоспалительные средства					
M01AE		<i>Кетопрофен</i>	0,6	мг	300	3000
M01AB		<i>Кеторолак</i>	1	мг	30	400
M01AC		<i>Лорноксикам</i>	1	мг	8-32	80-320
M01AE	Производные пропионовой кислоты	<i>Ибупрофен</i>	1	г	1,2	12
		<i>Ибупрофен</i>	0,7	мазь	400	4000
N02BE01	Анилиды	<i>Парацетамол</i>	1	мг	400	4000
R01A	Деконгестанты и другие препараты для местного применения	<i>Морская вода</i>	0,5	мл	2	10
<b>Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания</b>						
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> <i>Натрия хлорид</i>	1 1	мл мл	10 300	70 3000
C03CA01	Сульфонамиды	<i>Фуросемид</i>	0,7	мг	40	200
N01BB	Амиды	<i>Лидокаин</i>	0,3	мг	120	1680
N05BA	Производные бензодиазепаина	<i>Диазепам</i>	0,2	мг	15	105
N07XX	Прочие препараты для заболевания нервной системы	<i>Инозин+Никотина мид+Рибофлавин+ Янтарная кислота</i>	0,4	мл	10	100
R06A	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**

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 ( 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.

<b>Не медикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации</b>			
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 – Диета № 15

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	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.

#### **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 опоясывающего герпеса, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению опоясывающего 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	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

### 5.5 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь больным среднетяжелой/тяжелой формой опоясывающего лишая)

Синдром	Опоясывающий герпес
Стадия синдрома	Среднетяжелая/тяжелая форма
Фаза синдрома	Острая
Осложнения	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	В условиях стационара
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная
Продолжительность лечения	21 день

**Код по МКБ-10: B02**

#### 5.5.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Наличие высыпаний (пятно-папула-везикула-корочка)
4. Наличие умеренного синдрома интоксикации
5. 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-	1	1

	инфекциониста первичный		
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
<b>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста – дополнительные</b>			
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	Прием (осмотр, консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный	0,5	1
B01.054.001	Прием (осмотр, консультация) врача-физиотерапевта первичный	1	2
B01.002.001	Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный	0,3	1
B01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	0,3	1

<b>Лабораторные методы исследования - обязательные</b>			
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
<b>Лабораторные методы исследования - дополнительные</b>			
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 аспаратаминотрансминазы в крови	0,5	1
A09.05.042	Исследование уровня аланинаминотрансминазы 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 герпеса	0,8	1
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

<b>Инструментальные методы исследования - обязательные</b>			
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
<b>Инструментальные методы исследования - дополнительные</b>			
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	Спинномозговая пункция	0,3	1
B01.003.004.001	Местная анестезия	0,3	1

<b>Специальные методы исследования - обязательные</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A26.01.006	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого везикул на вирус ветряной оспы (VVZ)	0,5	1
<b>Специальные методы исследования - дополнительные</b>			
	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого везикул, эрозий на вирус простого герпеса	0,5	1
A26.06.084	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу ветряной оспы (VVZ) в крови	0,5	1
A26.06.045	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса 1/2 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 М, G (IgM, IgG) к ВИЧ-1 в крови методом ИФА	0,5	1
A26.06.049	Определение антител классов М, 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**

<b>Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста на этапе лечения</b>			
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 тяжелообольного пациента	0,05	21
A14.01.002	Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелообольного	0,05	21
A14.07.002	Уход за полостью рта тяжелообольного	0,05	21
A14.31.001	Перемещение тяжелообольного в постели	0,05	21
A14.31.002	Размещение тяжелообольного в постели	0,05	21
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 тяжелообольного	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-педиатр 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-инфекциониста, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-невролога, врача-дерматолога.

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 синдрома, 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 ветряной оспы одним из методов:

- Экспресс-метод диагностики опоясывающего 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 ветряной оспы и опоясывающего лишая (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 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	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ)	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
<b>Средства для профилактики и лечения инфекций</b>						
<b>Противовирусные препараты</b>						
J05AB	Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы	<i>Ацикловир</i>	1	Таб., мг	4000	28000/40000
		<i>Ацикловир</i>	1	Р-р, в/в, мг/кг	15-30	Рассчитать в зависимости от массы тела
		<i>Валацикловир</i>	1	Таб.,мг	1000	7000/10000
		<i>Фамцикловир</i>	1	Таб., мг	1500	15000
		<i>Ацикловир</i>	1	Мазь, наружно		
		<i>Аммония глицирризинат</i>	1	Спрей, наружно		
<b>Препараты интерферона рекомбинантные/природные</b>						
L03AB	Интерфероны	<i>Интерферон альфа</i>	0,8	МЕ	1000000	5000000
L03AB05	Интерферон человеческий рекомбинантный альфа 2	<i>Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b</i>	0,8	МЕ ректально	9000	90000
L03AB01				МЕ наружно		
		<i>Интерферон альфа-2b + Таурин* + Бензокаин*, Интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный + Дифенгидрамин*</i>	0,2	МЕ	18000	180000
		<i>Инозин пранобекс</i>	0,2	Таб., мг/кг	50 мг/кг/сут в 3–4 приема	Рассчитать в зависимости от массы тела
L03AX	<b>Другие иммуностимуляторы</b>					
		<i>Меглюмина акридонацетат</i>		мг	300	3000



		<i>Меглюмина акридоначетат (наружно)</i>		линимен т		
		<i>Тилорон</i>		мг	125	1250
J06BA	Иммуноглобулины нормальные человеческие	<i>Иммуноглобулин человека нормальный</i>	0,2	мл	25	75
<b>Антибактериальные препараты</b>						
J01CR02	Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета- лактамаз	<i>Амоксициллин + Клавулановая кислота</i>	0,5	мг	1125	16875
J01FA09	Макролиды	<i>Кларитромицин, Азитромицин Спиромицин</i>	0,2	мг	1000	7000
J01DD	Цефалоспорины 3-ьего поколения	<i>Цефтриаксон</i>	0,4	мг	2000	20000
		<i>Ципрофлоксацин</i>	0,4	мг	1000	7000
		<i>Цефотаксим</i>	0,6	г	2	14
J01DE	Цефалоспорины 4-ого поколения	<i>Цефепим</i>	0,1	мг	2000	20000
J01DH	Карбопенемы	<i>Меропенем</i>	0,01	мг	1500	15000
J01GB	Другие аминогликозиды	<i>Амикацин</i>	0,1	мг	500	5000
J02AC	Производные триазола	<i>Флуканазол</i>	0,7	мг	100	1000
<b>Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний, подагры</b>						
N01AH	Опиоидные анальгетики	<i>Тримеперидин</i>	0,1	мг	25	250
M01A	Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства					
M01AE		<i>Кетопрофен</i>	0,6	мг	300	3000
M01AB		<i>Кеторолак</i>	1	мг	30	400
M01AC		<i>Лорноксикам</i>	1	мг	8-32	80-320
M01AE01	Производные пропионовой кислоты	<i>Ибупрофен</i>	1	г	1,2	12
		<i>Ибупрофен</i>	0,7	мазь		
N02BE01	Анилиды	Парацетамол	1	мг	400	4000
<b>Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему</b>						
	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 + Окситетрацик лин</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	20
R06AE	Производные пиперазина	<i>Цетиризин</i>	0,2	мг	10	100
	Антисептики	<i>Бриллиантовый зеленый, Фукарцин</i>	1	мл	-	-
<b>Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания</b>						
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+Никотинамид+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 ирригационные растворы	<i>Вода для инъекций</i>	1	мл	6	120

### 5.5.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных 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 участковым 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.

<b>Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации</b>			
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	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.

#### **5.5.10 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.

#### **5.5.11 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 лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками опоясывающего герпеса, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого

протокола лечения больных, соответствующего ведению опоясывающего 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. Иванковского» 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 больных 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).

**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. Азовцева О.В. Клинико-патогенетическое и прогностическое значение изменений иммунного статуса и антиоксидантной системы у больных герпес и ВИЧ-инфекцией: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.10. – Великий Новгород. 2005. - 156 с.
2. Андрашко Ю.В., Сыроватка Я.А.. Кожные и неврологические проявления герпетической инфекции: единый возбудитель – единые принципы этиотропного лечения // Здоров'я України. – 2007. - № 3. – с. 42-43.
3. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусная инфекция человека. Руководство для врачей. СПб. СпецЛит. 2006.303 с.
4. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДЕ. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ. Опоясывающий лишай, с. 79.
5. Мавров И.И., Коляденко В.Г., Руденко А.А. и др. Герпесвирусные заболевания как междисциплинарная проблема // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 5. – С. 11-13.
6. Набиев Т.А., Давидян М.И. Виферон в комплексном лечении герпесвирусных поражений у ВИЧ-инфицированных пациентов // Российский журнал кожных и венерических болезней. Приложение "Герпес". - 2006. - № 2. - С. 37-40.
7. Barclay L., Murata P., Martin B.N. Guidelines Issued on Prevention of Herpes Zoster.//MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2008; 57; p.1-30.
8. Dubinsky RM, Kabbani H, El-Chami Z, Boutwell C, Ali H. Practice parameter: treatment of postherpetic neuralgia: an evidence-based report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2004; 63:959-65.
9. Dworkin RH, Schmader KE. Treatment and prevention of postherpetic neuralgia. Clin Infect Dis. 2003;36:877–882.
10. Dworkin RH, White R, O'connor AB, Baser O, Hawkins K. Healthcare costs of acute and chronic pain associated with a diagnosis of herpes zoster. J Am Geriatr Soc 2007;55:1168-1175.
11. Gebo KA., Kalyani R., Moore RD., et al. The incidence of, risk factors for, and sequelae of herpes zoster among HIV patients in the highly active antiretroviral therapy era // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS. – 2005. – Vol. 40, № 2, P. 169-174.
12. Jain, et al. Unusual oral complications of herpes zoster infection: Report of a case and

review of literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010;110:e37–e41.

13. Johnson R.W. Herpes Zoster and postherpetic neuralgia - a review of the effects of vaccination.// *Aging clin exp res*,2009,21,N3,p.236-243.

14. Harpaz Rafael, Ortega-Sanchez Ismael R., Seward Jane F. Prevention of Herpes Zoster Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)//*MMWR-Recommendations and reports*,2008,V57,N5,p.1-30.

15. Kim S.R.,Khan F.,Tyring S.K. Varicella zoster: an update on current treatment options and future perspectives//*Expert Opin pharmacother.* 2014, Vol. 15, No. 1 , Pages 61-71.

16. Liesegang T.J. \_Herpes Zoster Ophthalmicus : Natural History, Risk Factors, Clinical Presentation, and Morbidity// *Ophthalmology*, V 115,N2,Supplement, 2008, Pages S3–S12.

17. Merck. An overview of herpes zoster/PHN and the Shingles Prevention Study for Zostavax<sup>®</sup>. Presentation to the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) meeting; February 2006.

18. McKendrick MW, McGill JI, Wood MJ. Lack of effect of acyclovir on postherpetic neuralgia. *BMJ.* 1989 Feb 18;298(6671):431.

19. Massad MG, Navarro RA, Rubeiz H, et al. Acute postoperative zoster after thoracic sympathectomy for hyperhidrosis. *Ann Thorac Surg* 2004;78:2159-61.

20. Miller GG, Dummer JS. Herpes simplex and varicella zoster viruses: forgotten but not gone. *Am J Transplant.* 2007;7:741–747.

21. Mustafa MB, Arduino PG, Porter SR. Varicella zoster virus: review of its management. *J Oral Pathol Med.* 2009;38:673–688

22. Patil Shilpa, Srinivas K, Satheesha Reddy BH, and Gupta Mudit/ Prodromal Herpes Zoster Mimicking Odontalgia - A Diagnostic Challenge *Ethiop J Health Sci.* 2013 March; 23(1): 73–77.

23. Ramchandani PL, Mellor TK. Herpes zoster associated with tooth resorption and periapical lesions. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2007;45:71–73.

24. Schmader KE, Dworkin RH. Natural history and treatment of herpes zoster. *J Pain.* 2008;9:S3–S9.

25. Tyring S, Barbarash RA, Nahlik JE, et al. Famciclovir for the treatment of acute herpes zoster: effects on acute disease and postherpetic neuralgia. A randomized, double blind, placebo-controlled trial. Collaborative Famciclovir Herpes Zoster Study group. *Ann Intern Med.* 1995;123:89–96.

26. Whitley RJ. Varicella zoster virus. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and practice of infectious diseases* vol 2. Chapter 133. 6th ed. 2005. p. 1780–86.

27. Wung PK, Holbrook JT, Hoffman GS, et al. Herpes zoster in immunocompromised patients: incidence, timing, and risk factors. *Am J Med.* 2005;118(12):1416.