|  |
| --- |
| Клинические рекомендации |
| **Опоясывающий герпес** |
| Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: | **B02** |
| возрастная группа: | Взрослые и дети |
| Год утверждения: |  |
| Разработчик клинической рекомендации |
| * Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»
 |

Оглавление

[Оглавление 2](#_Toc22566722)

[Список сокращений 4](#_Toc22566723)

[Термины и определения 5](#_Toc22566724)

[1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566725)

[1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566726)

[1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566727)

[1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7](#_Toc22566728)

[1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 7](#_Toc22566729)

[1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)](#_Toc22566730) 8

[1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 8](#_Toc22566731)

[2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 12](#_Toc22566732)2

[2.1 Жалобы и анамнез 12](#_Toc22566733)2

[2.2 Физикальное обследование 13](#_Toc22566734)3

[2.3 Лабораторные диагностические исследования 13](#_Toc22566735)3

[2.4 Инструментальные диагностические исследования 13](#_Toc22566736)4

[2.5 Иные диагностические исследования 14](#_Toc22566738)4

[3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 1](#_Toc22566739)4

[3.1 Консервативное лечение 14](#_Toc22566740)4

[3.2 Хирургическое лечение 1](#_Toc22566741)6

[3.3 Иное лечение 1](#_Toc22566742)6

[4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации,в том числе основанных на использовании природных лечебных фактров 1](#_Toc22566743)7

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение,медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 1](#_Toc22566744)7

[6. Организация медицинской помощи 1](#_Toc22566745)7

[7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) 1](#_Toc22566746)7

[Критерии оценки качества медицинской помощи 1](#_Toc22566747)7

[Список литературы 1](#_Toc22566748)8

[Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций 21](#_Toc22566749)20

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 22](#_Toc22566750)21

[Целевая аудитория клинических рекомендаций: 21](#_Toc18751397)

[Таблица П1- Уровни достоверности доказательств 21](#_Toc18751398)

[Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций 21](#_Toc18751399)

[Порядок обновления клинических рекомендаций](#_Toc18751400) 22

[Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата 23](#_Toc22566751)

[Приложение Б. Алгоритмы действий врача 24](#_Toc22566759)

[Приложение В. Информация для пациента 25](#_Toc22566760)

Список сокращений

ВИЧ – вирус иммунодефицита

МЕ – международные единицы

МКБ – Международная классификация болезней

ОГ – опоясывающий герпес

ПГН – постгерпетическая невралгия

HHV-3 – human herpesvirus, герпесвирус человека 3-типа

T1-L2 – грудной – люмбальный (сегменты позвоночника)

VZV – Varicella Zoster Virus, вирус Варицелла-Зостер

СПИД –  синдром приобретенного иммуннодефицита

ЛОР – оториноларинголог

ВПГ – вирус простого герпеса

Термины и определения

Опоясывающий герпес (герпес Zoster, опоясывающий лишай) – вирусное заболевание кожи и нервной ткани, возникающее вследствие реактивации вируса герпеса 3 типа и характеризующееся воспалением кожи (с появлением преимущественно пузырьковых высыпаний на фоне эритемы в области «дерматома») и нервной ткани (задних корешков спинного мозга и ганглиев периферических нервов).

Вирус герпеса человека 3 типа (вирус Vаricella Zoster, Human herpesvirus, HHV-3, Varicella-zoster virus, VZV) – подсемейства Alphаherpesviridae, семейства Herpesviridae

*.*

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

## 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Опоясывающий герпес (герпес Zoster, опоясывающий лишай) – вирусное заболевание кожи и нервной ткани, возникающее вследствие реактивации вируса герпеса 3 типа и характеризующееся воспалением кожи (с появлением преимущественно пузырьковых высыпаний на фоне эритемы в области «дерматома») и нервной ткани (задних корешков спинного мозга и ганглиев периферических нервов).

## 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Возбудитель заболевания – вирус герпеса человека 3 типа (вирус Vаricella Zoster, Human herpesvirus, HHV-3, Varicella-zoster virus, VZV) – подсемейства Alphаherpesviridae, семейства Herpesviridae. Существует только один серотип возбудителя опоясывающего герпеса. Первичная инфекция вирусом Varicella-zoster проявляется, как правило, ветряной оспой.

Риск развития ОГ у пациентов с иммуносупрессией более чем в 20 раз выше, чем у людей того же возраста с нормальным иммунитетом. К иммуносупрессивным состояниям, ассоциированным с высоким риском развития опоясывающего герпеса, относятся: инфицирование ВИЧ, пересадка костного мозга, лейкоз и лимфомы, химиотерапия и лечение системными глюкокортикостероидными препаратами. Опоясывающий герпес может быть ранним маркером инфицирования ВИЧ, указывающим на первые признаки развития иммунодефицита. К другим факторам, увеличивающим риск развития опоясывающего герпеса, относят: женский пол, физическую травму пораженного дерматома.

При неосложненных формах опоясывающего герпеса вирус может быть выделен из экссудативных элементов в течение семи дней после развития сыпи (период увеличивается у пациентов с иммуносупрессией).

При неосложненных формах опоясывающего грепеса распространение вируса происходит при прямом контакте с высыпаниями, при диссеминированных формах – передача инфекции возможна воздушно-капельным путем.

В процессе течения заболевания VZV проникает из высыпаний на коже и слизистых оболочек в окончания сенсорных нервов и по их волокнам достигает сенсорных ганглиев – это обеспечивает его персистенцию в организме человека. Наиболее часто вирус персистирует в I ветви тройничного нерва и спинальных ганглиях T1–L2.

## 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Заболеваемость опоясывающим герпесом в различных странах мира составляет 1,5-3 случая на 10000 человек в год во всех возрастных группах и 7-11 на 10000 в год у лиц старше 60 лет. Риск развития ОГ у пациентов со сниженным иммунитетом в 20-100 раз выше. У детей и подростков ОГ наблюдается редко, описаны случаи заболевания новорожденных, матери которых болели опоясывающим герпесом в период родов.[ 3,4 ]

 Большое значение имеет внутриутробный контакт с VZV, ветряная оспа, перенесенная в возрасте до 18 месяцев, а также иммунодефициты, связанные с ослаблением клеточного иммунитета (ВИЧ инфекция, состояние после трансплантации, онкологические заболевания и др.). Так, ОГ страдают до 25% ВИЧ-инфицированных лиц, что в 8 раз превышает средний показатель заболеваемости у лиц в возрасте от 20 до 50 лет. Опоясывающим  герпесом заболевают до 25–50% больных отделений трансплантации органов и онкологических стационаров, при этом летальность достигает 3–5%.

Рецидивы заболевания встречаются менее чем у 5% переболевших лиц.

## 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

**Опоясывающий лишай** [herpes zoster] (B02):

B02.0 – Опоясывающий лишай с энцефалитом;

B02.1 – Опоясывающий лишай с менингитом;

B02.2 – Опоясывающий лишай с другими осложнениями со стороны нервной системы: Постгерпетический(ая): ганглионит узла коленца лицевого нерва, полиневропатия, невралгия тройничного нерва;

B02.3 – Опоясывающий лишай с глазными осложнениями: Вызванный вирусом опоясывающего лишая: блефарит, конъюнктивит, иридоциклит, ирит, кератит, кератоконъюнктивит, склерит;

B02.7 – Диссеминированный опоясывающий лишай;

B02.8 – Опоясывающий лишай с другими осложнениями;

В02.9 – Опоясывающий лишай без осложнений.

## 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1. Опоясывающий герпес без осложнений:
	* эритематозная фаза;
	* везикулезная форма;
	* пустулезная форма
2. Абортивная форма.
3. Геморрагическая форма.
4. Гангренозная форма.
5. Генерализованная форма.
6. Диссеминированная форма.
7. Опоясывающий герпес с поражением зрения.
8. Опоясывающий герепес с поражением слизистой полости рта, глотки, гортани, ушной раковины и слухового прохода.
9. Опоясывающий герпес осложненный:
	* офтальмогерпес;
	* синдром Ханта.
10. Опоясывающий герпес у детей.
11. Опоясывающий герпес у больных ВИЧ-инфекцией.
12. Опоясывающий герпес у беременных.

## 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Особенностью высыпаний при опоясывающем герпесе являются расположение и распределение элементов сыпи, которые наблюдаются с одной стороны и ограничены областью иннервации одного сенсорного ганглия.

Наиболее часто поражаются области иннервации тройничного нерва, в особенности глазной ветви и кожа туловища в области Т1–L2 сегментов.

Клиническая картина опоясывающего герпеса включает в себя кожные проявления и неврологические расстройства.

У большинства больных наблюдаются общеинфекционные симптомы: гипертермия, увеличение региональных лимфатических узлов, изменения ликвора (в виде лимфоцитоза и моноцитоза).

Через 3-5 дней после появления болей в очаге поражения возникают отечность и гиперемия кожи, на фоне которой появляются сгруппированные (многокамерные) узелковые элементы, которые через короткое время трансформируются в пузырьки с прозрачным содержимым. В течении 4-5 дней жидкость становится опалесцирующей, а затем мутной. Везикулезные высыпания чаще появляются «толчкообразно», что позволяет наблюдать сыпь на разных этапах развития в разгар заболевания. Большинство пузырьков ссыхаются в корочки, а некоторые вскрываются с образованием эрозий. После эпителизации эрозий и отпадения корочек остается временная пигментация. В среднем общая продолжительность болезни 2-3 недели.

При более легкой, *абортивной форме* Herpes zoster в очагах гиперемии также появляются папулы, но пузырьки не развиваются.

При *геморрагической форме* заболевания пузырьковые  высыпания имеют  кровянистое содержимое, процесс распространяется глубоко в дерму, корочки приобретают темно-коричневый цвет. В некоторых случаях дно пузырьков некротизируется и развивается гангренозная форма Herpes zoster, оставляющая рубцовые изменения кожи.

Характерной особенностью *гангренозной формы* ОГ является образование на месте везикул глубоких, длительно н6езаживающих язв, покрывающихся массивными некротическими корками, после отторжения которых образуются рубцы. *Буллезная форма* – высыпания имеют вид крупных пузырей с фестончатыми очертаниями. *Синдром Ханта* – проявляется парезом и/или параличом лицевого нерва в сочетании с болью в ухе и характерными высыпаниями опоясывающего герпеса в аурикулярной области. *Синдром Бернара-Хорнера* развивается в результате поражения цилиоспинального нерва и характеризуется формированием энофтальма, миозом и сужением глазной щели наряду с основными симптомами опоясывающего герпеса.

*Генерализованная форма* характеризуется  появлением везикулярных высыпаний по всему кожному покрову наряду с высыпаниями по ходу нервного ствола.

При наличии иммунной недостаточности (в том числе, при ВИЧ-инфекции) кожные проявления могут появляться вдали от пораженного дерматома – диссеминированная форма ОГ. Вероятность появления и степень выраженности диссеминации высыпаний на коже повышаются с возрастом больного.

Поражение глазной ветви тройничного нерва наблюдается у 10–15% больных опоясывающим герпесом, высыпания при этом  могут располагаться на коже от уровня глаза до теменной области, резко прерываясь по срединной линии лба.

Поражение назоцилиарной ветви, иннервирующей глаз, кончик и боковые части носа, приводит к проникновению вируса в структуры органа зрения.

Поражение второй и третьей ветви тройничного нерва, а также других черепно-мозговых нервов может приводить к развитию высыпаний на слизистой оболочке полости рта, глотки, гортани и коже ушных раковин и наружного слухового прохода.

Боль является основным симптомом опоясывающего герпеса. Она часто предшествует развитию кожной сыпи и наблюдается после разрешения высыпаний (постгерпетическая невралгия).

Болевой синдром, ассоциированный с опоясывающим герпесом, имеет три фазы: острую, подострую и хроническую (ПГН). Острая фаза болевого синдрома возникает в продромальный период и длится в течение 30 дней. Подострая фаза болевого синдрома следует за острой фазой и длится не более 120 дней. Болевой синдром, длящийся более 120 дней, определяется как постгерпетическая невралгия. Постгерпетическая невралгия может длиться в течение нескольких месяцев или лет, вызывая физическое страдание и значительно снижая качество жизни больных.

Непосредственной причиной продромальной боли является субклиническая реактивация и репликция VZV в нервной ткани. Повреждение периферических нервов и нейронов в ганглиях является триггерным фактором афферентных болевых сигналов. У ряда больных болевой синдром сопровождается общими системными воспалительными проявлениями: лихорадкой, недомоганием, миалгиями, головной болью.

У большинства иммунокомпетентных пациентов (60–90%) сильная острая боль сопровождает появление кожной сыпи. Значительный выброс возбуждающих аминокислот и нейропептидов, вызванный блокадой афферентного импульса в продромальном периоде и острой стадии опоясывающего герпеса, может вызывать токсическое повреждение и гибель ингибирующих вставочных нейронов задних рогов спинного мозга. Выраженность острого болевого синдрома увеличивается с возрастом.

*Аллодиния* (боль и/или неприятное ощущение, вызванные стимулами, которые в норме не вызывают боли, например прикосновением одежды).

Предрасполагающими факторами к развитию постгерпетической невралгии, являются: *возраст старше 50 лет, женский пол, наличие продрома, массивные кожные высыпания, локализация высыпаний в области иннервации тройничного нерва или плечевого сплетения, сильная острая боль, наличие иммунодефицита.*

При постгерпетической невралгии можно выделить три типа боли:

* постоянная, глубокая, тупая, давящая или жгучая боль;
* спонтанная, периодическая, колющая, стреляющая, похожая на удар током;
* аллодиния.

*Болевой синдром*, как правило, сопровождается нарушениями сна, потерей аппетита и снижением веса, хронической усталостью, депрессией, что приводит к социальной дезадаптации пациентов.

К осложнениям опоясывающего герпеса относятся: *острый и хронический энцефалит, миелит, ретинит, быстро прогрессирующий герпетический некроз сетчатки, приводящий к слепоте в 75-80% случаев, офтальмогерпес* (Herpes ophtalmicus*) с контралатеральным гемипарезом в отдаленные сроки, а также поражения желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы и др..*

*Офтальмогерпес* – герпетическое поражение любого ответвления глазного нерва. При этом часто поражается роговица, приводя к возникновению кератита. Кроме того, поражаются другие части глазного яблока с развитием эписклерита, иридоциклита, воспаления радужной оболочки.

Сетчатка редко вовлекается в патологический процесс (в виде кровоизлияний, эмболий), чаще поражается зрительный нерв, что приводит к невриту зрительного нерва с исходом в атрофию (возможно, вследствие перехода менингиального процесса на зрительный нерв).

При опоясывающем герпесе с поражением глаз высыпания распространяются от уровня глаз до макушки, но не пересекают среднюю линию. Везикулы, локализованные на крыльях или кончике носа *(признак Гетчинсона),* ассоциируются с наиболее серьезными осложнениями.

*Ганглиолит коленчатого ганглия* проявляется *синдромом Ханта*. При этом поражаются сенсорные и моторные участки черепно-мозгового нерва (паралич лицевого нерва), что сопровождается вестибуло-кохлеарными нарушениями. Высыпания появляются в области распределения его периферических нервов на слизистых оболочках и на коже: везикулы локализуются на барабанной перепонке, наружном слуховом отверстии ушной раковины, наружном ухе и на боковых поверхностях языка. Возможна односторонняя потеря вкуса на 2/3 задней части языка.

Высыпания опоясывающего герпеса могут располагаться в области копчика. При этом развивается картина *нейрогенного мочевого пузыря* с нарушениями мочеиспускания и задержкой мочи (за счет миграции вируса на соседние автономные нервы); может ассоциироваться с опоясывающим герпесом сакральных дерматомов S2, S3 или S4.

Имеются единичные сообщения о заболевании детей опоясывающим герпесом*. К факторам риска возникновения опоясывающего герпеса у детей относятся: ветряная оспа у матери во время беременности или первичная инфекция VZV в 1-й год жизни.*

Опоясывающий герпес у детей протекает не так тяжело, как у пожилых пациентов, с меньшей выраженностью болевого синдрома;  *постгерпетические невралгии  также развиваются редко.*

Риск развития опоясывающего герпеса у больных ВИЧ-инфекцией более высок, и *у них чаще развиваются рецидивы заболевания.* Возможно появление дополнительных симптомов за счет вовлечения двигательных нервов (в 5–15% случаев).

*Течение опоясывающего герпеса при ВИЧ-инфекции более длительное, нередко развиваются гангренозные и диссеминированные формы (25–50%), при этом у 10% больных данной категории выявляются тяжелые поражения внутренних органов (легких, печени, головного мозга).*

При ВИЧ-инфекции отмечаются частые рецидивы опоясывающего герпеса как в пределах одного, так и нескольких смежных дерматомов.

## *Заболевание у беременных может осложняться развитием пневмонии, энцефалита. Инфицирование VZV в I триместре беременности приводит к первичной плацентарной недостаточности и, как правило, сопровождается прерыванием беременности*

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

## 2.1 Жалобы и анамнез

В продромальный период, во время которого появляются боль и парастезии в области пораженного дерматома (реже – зуд, «покалывание», жжение). Боли могут носить периодический или постоянный характер и сопровождаться гиперестезией кожи. Болевой синдром может симулировать плеврит, инфаркт миокарда, язвы двенадцатиперстной кишки, холецистит, почечную или печеночную колику, аппендицит, пролапс межпозвоночных дисков, раннюю стадию глаукомы, что может приводить к трудностям диагностики и лечения.

Боль в продромальном периоде может отсутствовать у пациентов в возрасте до 30 лет с нормальным иммунитетом.

При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:

* боль и жжение в месте высыпания и по ходу нерва (сегмента);
* появление пятнистых, а затем пузырьковых и пузырных элементов;
* при геморрагической форме высыпания могут проникать глубоко в кожу, усиливая интенсивность болей;
* при генерализованной форме беспокоят высыпания по всему кожному покрову, наряду с высыпаниями по ходу нервных стволов;
* при ассоциации с ВИЧ-инфекцией беспокоит распространенные высыпания;
* при поражении глазной ветви тройничного нерва, беспокоят затруднение зрения, движение глазом, явления птоза;
* при поражении второй и третьей ветви тройничного нерва: беспокоят высыпания и боли в полости рта, гортани, коже ушных раковин и наружного слухового прохода, воспаление сетчатки, роговицы, радужной оболочки глаза;
* возможно развитие проявлений гемипареза;
* при расположении высыпаний опоясывающего герпеса в области крестца, происходят нарушения мочеиспускания с задержкой мочи;
* возможно повторение заболевания в ВИЧ-инфицированных;
* у беременных может сопровождаться болями и прерыванием беременности

## 2.2 Физикальное обследование

Объективные клинические проявления опоясывающего герпеса, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

## 2.3 Лабораторные диагностические исследования

## Диагноз устанавливается на основании характерной клинической картины; при необходимости подтверждается выявлением в исследуемом клиническом материале вируса Varicella-Zoster virus.

* **Рекомендовано** при необходимости уточнения и верификации диагноза использовать молекулярно-биологические методы для идентификации вируса Varicella-Zoster virus содержащегося в материале из очагов поражения опоясывающим герпесом на коже и/или слизистых оболочках с использованием тест-систем, разрешенных к применению в Российской Федерации: молекулярно-биологическое исследование везикулярной жидкости, соскобов с высыпаний на вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая (Varicella-Zoster virus) и/или определение ДНК вируса ветряной оспы и опоясывающего лишая (Varicella-Zoster virus) в везикулярной жидкости, соскобах с высыпаний методом ПЦР [7,17,21].

**Уровень убедительности рекомендаций** **В** (уровень достоверности доказательств 1)

**Комментарии:** Чувствительность методов составляет 98-100%, специфичность – 100%. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие чего предъявляются строгие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала.

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не применяется.

## 2.5 Иные диагностические исследования

* **Рекомендована** с целью определения объема дополнительного обследования и тактики лечения консультация врача-невролога при болевом синдроме и осложнениях опоясывающего герпеса; врача- офтальмолога, врача-стоматолога, врача-оториноларинголога при поражении органа зрения, слизистой оболочки рта, носа [7,14].

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств 5)**

* **Рекомендована** с целью определения объема дополнительного обследования и тактики лечения консультация врача-инфекциониста при наличии ВИЧ-инфекции, врача-педиатра для больных детей, врача-акушера-гинеколога при заболевании у беременных [7,14].

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств 5)**

* **Рекомендовано** обследование на наличие антител к ВИЧ при установлении диагноза опоясывающего герпеса у лица от 18 до 60 лет, рецидиве опоясывающего герпеса у лиц моложе 60 лет при неизвестном или отрицательном ВИЧ-статусе [7,14].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)**

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

Лечение заключается в назначении противовирусных препаратов с целью купирования клинических симптомов заболевания, а также для предупреждения развития осложнений

## 3.1 Консервативное лечение

* **Рекомендовано** пациентам с опоясывающим герпесом с целью купирования (исчезновения) клинических симптомов заболевания назначение одного из противовирусных препаратов для перорального применения:

ацикловир\*\* 800 мг 5 раз в сутки в течение 7 дней [17,21].

**Уровень убедительности рекомендаций** **А** **(уровень достоверности доказательств 1)**

или

фамцикловир 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней [17,21].

**Уровень убедительности рекомендаций** **А** **(уровень достоверности доказательств 1)**

 или

валацикловир 1000 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней [17,21].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)**

**Комментарии:** Назначение противовирусных препаратов наиболее эффективно в первые 72 часа развития клинических проявлений заболевания. Сниженная по сравнению с ВПГ чувствительность VZV к ацикловиру, а также высокий уровень противовирусной активности, определяют предпочтительное назначение для лечения опоясывающего герпеса фамцикловира или валацикловира [17, 21].

* **Рекомендовано** пациентам с опоясывающим герпесом с целью купирования (исчезновения) клинических симптомов в дополнение к противовирусной терапии назначение интерферонов системного действия:

интерферон гамма\*\* 500000 МЕ 1 раз в сутки подкожно через день, на курс 5 инъекций [1,2,6,8,10,13,18].

**Уровень убедительности рекомендаций** **В** **(уровень достоверности доказательств 2)**

* **Рекомендовано** с целью предупреждения бактериальной суперинфекции местное применение спиртовых 1–2% растворов анилиновых красителей (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый), фукорцин [5].

**Уровень убедительности рекомендаций** **С** **(уровень достоверности доказательств 5)**

* **Рекомендовано** *при наличии буллезных высыпаний* вскрыть пузыри (надрез выполняют стерильными ножницами) с последующим тушированием анилиновыми красителями или антисептическими растворами (0,5% р-р хлоргексидина биглюконата и др.) [5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)**

* **Рекомендовано** больным опоясывающим герпесом с нарушениями иммунитета (лица со злокачественными лимфопролиферативными новообразованиями, реципиенты трансплантированных внутренних органов, пациенты, получающие системную терапию кортикостероидами, а также больные СПИДом) с целью купирования (исчезновения) клинических симптомов заболевания назанчение:

ацикловира\*\* 10 мг на кг массы тела (или 500 мл/м2) внутривенно 3 раза в сутки [15, 17, 21].

**Уровень убедительности рекомендаций** **В (уровень достоверности доказательств 2)**

* **Рекомендовано у больных с умеренным иммунодефицитом или длительно получающих иммуносупрессивную терапию*,* особенно при СПИДе, на фоне развивающейся ацикловирорезистентности** с целью купирования (исчезновения) клинических симптомов заболевания назначение**:**

**фоскарнет из 49 мг на килограмм массы тела внутривенно медленно капельно 3 раза в сутки 15-20 дней** [9].

**Уровень убедительности рекомендаций** **В (уровень достоверности доказательств 2)**

* *По достижении морбистатического эффекта лечение может быть продолжено пероральными формами ацикловира\*\*, фамцикловира или валацикловира по методике, предложенной для больных с нормальным иммунитетом*.
* **Рекомендовано** для лечения детей, больных опоясывающим герпесом, с целью купирования (исчезновения) клинических симптомов заболевания назначение

ацикловира\*\*  20 мг на кг массы тела перорально 4 раза в сутки в течение 5 дней [15, 17, 21].

или

ацикловир\*\* 10 мг на кг массы тела внутривенно, 3 раза в день, в течении 7-10 дней [ 11].

**Уровень убедительности рекомендаций** **В** **(уровень достоверности доказательств 2)**

**Комментарии:**

Наличие при опоясывающего герпеса поражений периферических ганглиев и нервной ткани, органа зрения, определяют необходимость привлечения к лечению специалистов соответствующего профиля: терапия нейропатической боли, постгерпетической невралгии и офтальмогерпеса проводится совместно с врачами неврологами и офтальмологами.

Для эффективного воздействия на течение вирусной инфекции, обусловленной VZV необходимо применение противовирусных препаратов. При выраженности болевого синдрома назначают анальгетические препараты. Наружное лечение направлено на ускорение регресса кожных высыпаний, уменьшение признаков воспаления и предупреждение бактериальной суперинфекции.

## 3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

## 3.3 Иное лечение

Диетотерапия не применяется.

* **Рекомендуется** назначение нестероидных противовоспалительных средств при необходимости купирования болевого синдрома [12,15,16,20].

**Уровень убедительности рекомендаций** **С (уровень достоверности доказательств 4 )**

**Комментарии:** При отсутствии эффекта обезболивающей терапии могут использоваться препараты с центральным анальгетическим действием и невральные блокады (симпатические и эпидуральные), что определяется консультацией врача-невролога [12,15,16,20].

1. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации,в том числе основанных на использовании природных лечебных фактров

 Реабилитация по поводу длительных осложнений со стороны нервной системы проводится врачом-неврологом, осложнения со стороны органа зрения и ЛОР-органов, полости рта, лица – врачом-оториноларингологом, врачом-стоматологом, врачом-офтальмологом.

 5.Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

В Российской Федерации на момент создания данных рекомендаций вакцинопрофилактика опоясывающего герпеса не проводится.

Диспансерному наблюдению подлежат лица с осложненным течением опоясывающего герпеса у специалистов соответствующего профиля.

6. Организация оказания медицинской помощи

Оказание специализированной медицинской помощи при осложненном течении и распространенных формах опоясывающего герпеса проводится в условиях стационара.

* 1. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
* Для эффективного воздействия на течение вирусной инфекции, обусловленной VZV необходимо применение противовирусных препаратов. При выраженности болевого синдрома назначают анальгетические препараты. Наружное лечение направлено на ускорение регресса кожных высыпаний, уменьшение признаков воспаления и предупреждение бактериальной суперинфекции.
* Необходимость противовоспалительного лечения определяется возникновением герпетических невралгий, сопровождающихся болевым синдромом, при наличии показаний оно должно быть подобрано индивидуально.
* Необходимо избегать применения окклюзионных повязок и  глюкокортикостероидных препаратов. Наружное лечение опоясывающего герпеса противовирусными и обезболивающими средствами неэффективно.

Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№№** | **Критерии качества** | **Уровень достоверности доказательств** | **Уровень убедительности доказательств** |
| 1 | Выполнено подтверждение диагноза молекулярно-биологическими исследованиями | 1 | А |
| 2 | Проведена терапия ацикловиром\*\* или фамцикловиром или валацикловиром, интерфероном гамма, анилиновыми красителями | 1,2,4 | А,В.с |
| 3 | Достигнуто исчезновение клинических симптомов заболевания (клиническое излечение) | 4 | С |

Список литературы

1. [Гайнанова Е.Г., Скороходкина О.В. Оценка эффективности применения гамма-интерферона (ингарон) у больных с варицелла-зостер герпесвирусной инфекцией // Российский аллергологический журнал. – СПб. – 2010. – № 5, Вып. 1 – С. 73-74.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3126691)
2. [Гайнанова Е.Г., Скороходкина О.В. Клиническая и иммунотропная активность отечественного препарата гамма-интерферона ингарона у больных с варицелла-зостер герпесвирусной инфекцией // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. – № 6. – С. 118-121.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3126691)
3. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. Т.3/Клаус Вольф, Лоуэлл А.Голдсмит, Стивен И. Кац и др.; пер. с англ.; общ. Ред. Акад. А.А. Кубановой – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. 2013.- с ил.
4. Дерматология. Иллюстрированное руководство клинической диагностики по профессору Родионову А.Н. – под ред. Родионова А.Н. – М.: «Граница», 2018 – 944 с.: ил.
5. [Дубенский В.В., Гармонов А.А. Наружная терапия дерматозов: руководство для врачей. – Тверь: ИП Шитова, 2008. – 220 с.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3126691)
6. [Киселев О.И., Ершов Ф.И., Деева Э.Г. Интерферон-гамма: новый цитокин в клинической практике. Ингарон- М., СПб.: Димитрейд График Групп, 2007. - 348 с.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3126691)
7. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 21.07.2016 № 95 «О внесении изменений в СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» (зарегистрировано в Минюсте России 20.10.2016 № 44101).
8. [Рахматулина М.Р., Малеев В.В., Шмелев В.А.  Современные подходы к терапии опоясывающего лишая. Инфекционные болезни. – 2007. – Т.5. - №3. – С.28-32.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3126691)
9. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций , передаваемых половым путем: Рук.для практикующих врачей под общей редакцией А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. М.: Литтера, 2-5; 882 с.
10. [Balachandra K, Thawaranantha D, Ayuthaya PI, Bhumisawasdi J, Shiraki K, Yamanishi K.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15604425) [Effects of human alpha, beta and gamma interferons on varicella zoster virus in vitro.Southeast Asian J Trop Med Public Health. 1994 Jun;25(2):252-7.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7855636)
11. Bruxelle J, Pinchinat S. Effectivnessof antiviral treatment on acute phase of herpes zoster and development of post herpetic neuralgia: review of international publications, 2012. *Med et Mal infectieuses (Engliah),* 42:53-58.
12. Chen N., Yang M., He L. et al. Corticosteroids for preventing postherpetic neuralgia. Cochrane Database Syst Rev 2010; (12): CD005582.
13. [Desloges N, Rahaus M, Wolff MH.](http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/ind/0905/0905) [Role of the protein kinase PKR in the inhibition of varicella-zoster virus replication by beta interferon and gamma interferon. J Gen Virol. 2005 Jan;86(Pt 1):1-6.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15604425)
14. European consensus (S2k) Guideline on the Management of Herpes Zoster – guided by the European Dermatology Forum (EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), Part 1: Diagnosis. JEADV. 2017; 31:919.
15. Fashner J., Bell A.L. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management. Am Fam Physician 2011; 83 (12): 1432–1437.
16. Li Q., Chen N., Yang J. et al. Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. Cochrane Database Syst Rev 2009; 2: CD006866.
17. McDonald E.M., Kock J., Ram F. Antivirals for management of herpes zoster including ophthalmicus: a systematic review of high-quality randomized controlled trials. Antiviral Ther 2012; 17:255–264.
18. [Torigo S., Ihara T., Kamiya H. IL-12, IFN-gamma, and TNF-alpha released from mononuclear cells inhibit the spread of varicella-zoster virus at an early stage of varicella. Microbiol. Immunol. 2000; 44(12): 1027-1031.](http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/ind/0905/0905)
19. [Usuki K, Kitamura K, Urabe A, Takaku F.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7855636) [Herpes zoster, postherpetic neuralgia, and interferon-gamma. Ann Intern Med. 1988 Apr;108(4):643-4.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3126691)
20. Watson P. Postherpetic neuralgia (updated). Clin Evid (Online). October 8, 2010.[http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/ind/0905/0905. (дата обращения: 14.07.2013).](http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/ind/0905/0905)
21. Whitley R.J., Volpi A., McKendrick M. et. al. Management of herpes zoster and post-herpetic neuralgia now and in the future. J Clin Virol 2010; 48: (Suppl.1): S20–S28.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
2. Дубенский Валерий Викторович - – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, заведующий кафедрой дерматовенерологии с курсом косметологии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
3. Дубенский Владислав Валерьевич – кандидат медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

**Конфликт интересов:**

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

**Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи, неврологи, стоматологи, оториноларингологи, офтальмологи, педиатры, акушеры-гинекологи.
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** |  **Расшифровка**  |
| 1 | Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УУР** | **Расшифровка** |
| A | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)  |
| B | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)  |
| C | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)  |

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача
Блок-схема 1. Алгоритм ведения пациента



 Приложение В. Информация для пациента

1-При повторном проявлении заболевания обратиться к врачу специалисту (дерматовенерологу)

2-Следовать рекомендациям врача по лечению заболевания.

3-Диспансерное наблюдение – по необходимости, при наличии органных осложнений и/или постгерпетической невралгии

Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не разработаны.