

Evaluation Warning: The document was created with Spire.Doc for .NET.



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Герпес опоясывающий

МКБ 10: **B02**

Возрастная категория: **взрослые, дети**

ID: **KP209**

Год утверждения: **2016 (1 раз в 3 года)**

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество дерматовенерологов и косметологов**

Научным советом Министерства Здравоохранения Российской Федерации __

_____ 201_ г.

Оглавление

1.1 Определение.....	6
1.2 Этиология и патогенез.....	6
1.3 Эпидемиология.....	7
1.4 Кодирование по МКБ 10.....	7
1.5 Классификация.....	8
1.6 Клиническая картина.....	8
2.1 Жалобы и анамнез.....	13
2.2 Физикальное обследование.....	14
2.3 Лабораторная диагностика.....	14
2.4 Инструментальная диагностика.....	14
2.5 Иная диагностика.....	14
3.1. Консервативное лечение.....	15
3.2 Хирургическое лечение.....	18
3.3 Иное лечение.....	18
Целевая аудитория клинических рекомендаций:.....	21
Таблица П1- Уровни достоверности доказательств.....	21
Порядок обновления клинических рекомендаций.....	23

Ключевые слова

- Опоясывающий герпес
- Вирус герпеса

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 иммунодефицита

ЛОР – отоларинголог

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 *Varicella Zoster, Human herpesvirus, HHV-3, Varicella-zoster virus, VZV*) – подсемейства *Alphaherpesviridae*, семейства *Herpesviridae*.

1. Краткая информация

1.1 Определение

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

Возбудитель заболевания – вирус герпеса человека 3 типа (вирус *Varicella Zoster, Human herpesvirus, HHV-3, Varicella-zoster virus, VZV*) – подсемейства *Alphaherpesviridae*, 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 ОГ, 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 ОГ, относят: женский пол, физическую травму пораженного дерматома.

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

При неосложненных формах ОГ 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

Заболеваемость опоясывающим герпесом (ОГ) в различных странах мира составляет от 0,4 до 1,6 случаев заболевания на 1000 человек в год у лиц в возрасте до 20 лет, и от 4,5 до 11,8 случаев на 1000 человек в год в старших возрастных группах.

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 Кодирование по МКБ 10

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 колена лицевого нерва, полиневропатия, невралгия тройничного нерва;

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

В02.7 – Диссеминированный опоясывающий лишай;

В02.8 – Опоясывающий лишай с другими осложнениями;

В02.9 – Опоясывающий лишай без осложнений.

1.5 Классификация

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

1.6 Клиническая картина

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, а также кожа туловища T₃–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).

Высыпания при опоясывающем герпесе имеют короткую эритематозную фазу (часто она вообще отсутствует), после чего быстро появляются папулы. В течение 1-2 дней папулы превращаются в везикулы, которые продолжают появляться в течение 3–4 дней – везикулярная форма *Herpes zoster*.

Далее через 3–5 дней при вскрытии везикул появляются эрозии и образуются корочки. Корочки обычно исчезают к концу 3-й или 4-й недели заболевания.

При более легкой, abortивной 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.

Интенсивность высыпаний при ОГ разнообразна: от диффузных форм, почти не оставляющих здоровых участков кожи на стороне поражения, до отдельных пузырьков, нередко сопровождающихся резко выраженными болевыми ощущениями.

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 ОГ, 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 ОГ, 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. ПГН 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 репликация 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 ОГ, 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 ПГН, 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 ПГН 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 ophthalmicus*) 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 менингеального 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 ОГ 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 ОГ сакральных дерматомов S₂, S₃ или S₄.

Имеются единичные сообщения о заболевании детей опоясывающим герпесом. К факторам риска возникновения ОГ 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 ОГ 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 ОГ при ВИЧ 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 ОГ 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

2.1 Жалобы и анамнез

В продромальный период, во время которого появляются боль и парестезии 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, явление 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 ОГ 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 Лабораторная диагностика

- **Рекомендуется** при необходимости для верификации диагноза использовать методы амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) для идентификации вируса *Varicella zoster*, содержащегося в материале из очагов поражения ОГ на коже и/или слизистых оболочках с использованием тест-систем, разрешенных к применению в Российской Федерации [1, 2].

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

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 Инструментальная диагностика

Не применяется.

2.5 Иная диагностика

Рекомендуется консультация врача-невролога при болевом синдроме и осложнениях ОГ – офтальмолога, стоматолога, оториноларинголога при поражении органа зрения, слизистой оболочки рта, носа.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Рекомендуется консультация врача-инфекциониста при наличии ВИЧ-инфекции, врача-педиатра для больных детей, врача-акушера-гинеколога при заболевании у беременных.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

3. Лечение

3.1. Консервативное лечение

- **Рекомендуется** назначение перорально одного из противовирусных препаратов:

ацикловир** 800 мг 5 раз в сутки в течение 7 дней [1, 2].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1+)

или

фамцикловир 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней [1, 2].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1+)

или

валацикловир 1000 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней [1, 2].

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 ОГ фамцикловира или валацикловира [1, 2].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1+)

- **Рекомендуется** назначение нестероидных противовоспалительных средств.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: При отсутствии эффекта обезболивающей терапии могут использоваться препараты с центральным анальгетическим действием и невральные

блокады (симпатические и эпидуральные), что определяется консультацией врача-невролога [3–6].

- **Рекомендуется** назначение интерферонов системного действия:

интерферон гамма** 500000 МЕ 1 раз в сутки подкожно через день, на курс 5 инъекций [7–14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

- **Рекомендуется** для оказания местного противовоспалительного действия и предупреждения бактериальной суперинфекции назначение спиртовых 1–2% растворов анилиновых красителей (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый), фукорцин [15].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств 3)

- **Рекомендуется** при наличии буллезных высыпаний вскрыть пузыри (надраз выполняют стерильными ножницами) и тушировать анилиновыми красителями или антисептическими растворами (0,5% р-р хлоргексидина биглюконата и др.) [15].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств 3)

- **Рекомендуется** больным ОГ с нарушениями иммунитета (лица со злокачественными лимфопрлиферативными новообразованиями, реципиенты трансплантированных внутренних органов, пациенты, получающие системную терапию кортикостероидами, а также больные СПИДом) внутривенное введение ацикловира** 10 мг на кг массы тела (или 500 мг/м²) внутривенно 3 раза в сутки [1, 2, 4].

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:

ацикловир** 800 мг перорально 5 раз в сутки в течение 7 дней [1, 2, 4].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1+)

или

фамцикловир 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней [1, 2, 4].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1+)

или

валацикловир 1000 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней [1, 2, 4].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1+)

- Для лечения детей, больных ОГ, **рекомендуется** назначение ацикловира** 20 мг на кг массы тела перорально 4 раза в сутки в течение 5 дней [1, 2, 4].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2+)

Комментарии: Наличие при ОГ поражений периферических ганглиев и нервной ткани, органа зрения, определяют необходимость привлечения к лечению специалистов соответствующего профиля: терапия 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.

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 ОГ противовирусными и обезболивающими средствами неэффективно.

Показанием к госпитализации является осложненное течение опоясывающего лишая.

3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3 Иное лечение

Не применяется.

4. Реабилитация

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

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

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

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Критерии оценки качества медицинской помощи

№.№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности доказательств
1	Выполнено подтверждение диагноза молекулярно-биологическими исследованиями	1+	A
2	Проведена терапия ацикловиром или фамцикловиром или валацикловиром, интерфероном гамма, анилиновыми красителями	1+, 2+, 2-, 3	A, B, C, D
3	Достигнута эрадикация HHV-3	4	D
4	Достигнуто исчезновение клинических	4	D

	СИМПТОМОВ заболевания (клиническое излечение)		
--	--	--	--

Список литературы

1. 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.
2. 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.
3. Chen N., Yang M., He L. et al. Corticosteroids for preventing postherpetic neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (12): CD005582.
4. Fashner J., Bell A.L. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management. *Am Fam Physician* 2011; 83 (12): 1432–1437.
5. Li Q., Chen N., Yang J. et al. Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 2: CD006866.
6. 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).
7. [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.](#)
8. [Desloges N, Rahaus M, Wolff MH. 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.](#)
9. [Balachandra K, Thawaranantha D, Ayuthaya PI, Bhumisawasdi J, Shiraki K, Yamanishi K. 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.](#)
10. [Usuki K, Kitamura K, Urabe A, Takaku F. Herpes zoster, postherpetic neuralgia, and interferon-gamma. *Ann Intern Med.* 1988 Apr;108\(4\):643-4.](#)
11. [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.](#)
12. [Гайнанова Е.Г., Скороходкина О.В. Клиническая и иммуностропная активность отечественного препарата гамма-интерферона ингарона у больных с варицелла-зостер герпесвирусной инфекцией // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. – № 6. – С. 118-121.](#)
 13. [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.](#)
 14. [Рахматулина М.Р., Малеев В.В., Шмелев В.А. Современные подходы к терапии опоясывающего лишая. Инфекционные болезни. – 2007. – Т.5. - №3. – С.28-32.](#)
 15. [Дубенский В.В., Гармонов А.А. Наружная терапия дерматозов: руководство для врачей. – Тверь: ИП Шитова, 2008. – 220 с.](#)

—

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. Кубанова Анна Алексеевна – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.
2. Кубанов Алексей Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.
3. Дубенский Валерий Викторович – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.
4. Дубенский Владислав Валерьевич – кандидат медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии с курсом дерматовенерологии и косметологии ФДПО, интернатуры и ординатуры ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

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

Таблица П1- Уровни достоверности доказательств

Уровни достоверности 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, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, 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	Неаналитические исследования (например, описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности доказательств	Характеристика показателя
А	<p>По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов</p> <p>или</p> <p>группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов</p>
В	<p>Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов</p> <p>или</p> <p>экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+</p>
С	<p>Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов;</p> <p>или</p> <p>экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++</p>
D	<p>Доказательства уровня 3 или 4;</p> <p>или</p> <p>экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+</p>

Порядок обновления клинических рекомендаций

Рекомендации в предварительной версии рецензируются независимыми экспертами. Комментарии, полученные от экспертов, систематизируются и обсуждаются членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации или причины отказа от внесения изменений регистрируются.

Предварительная версия рекомендаций выставляется для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

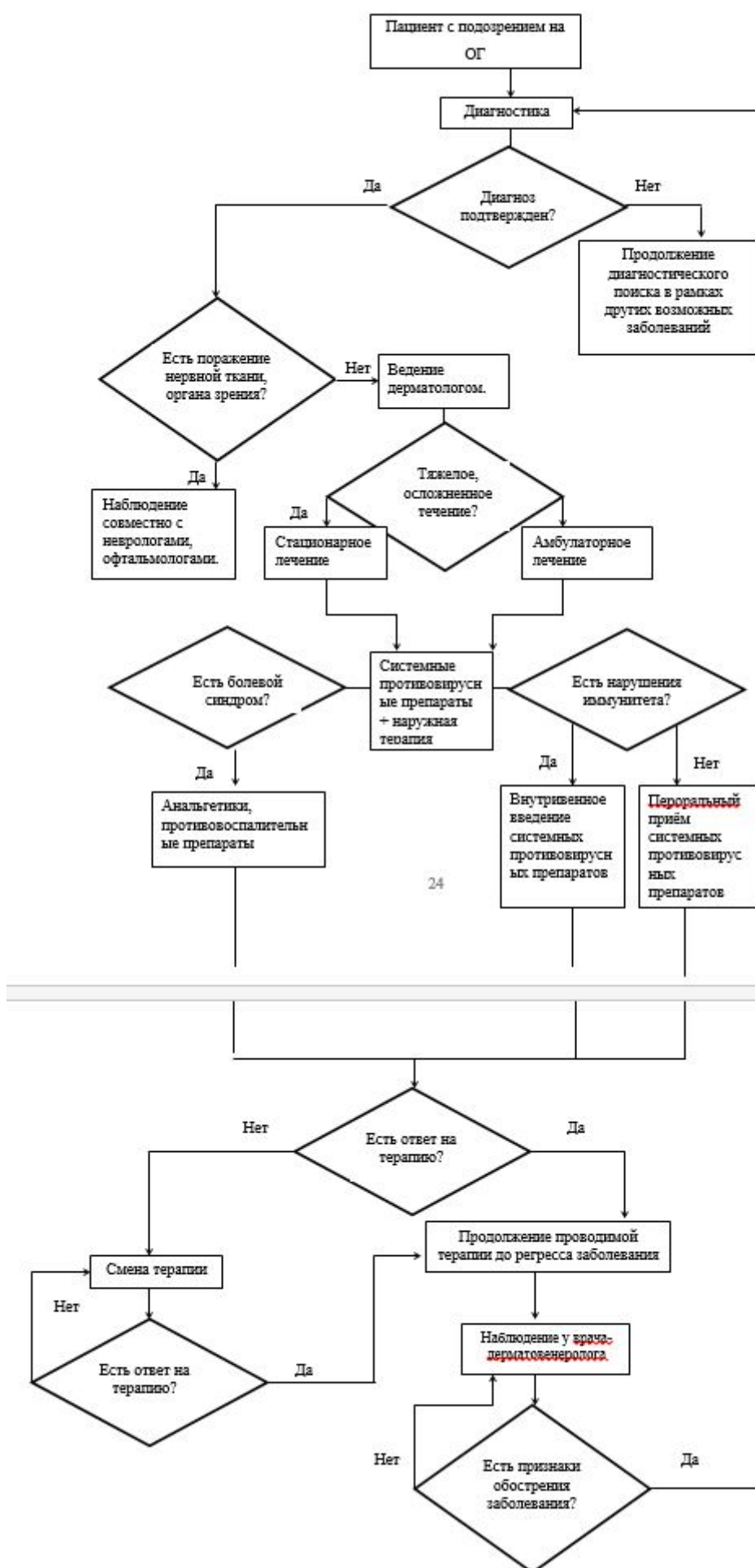
Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно анализируются членами рабочей группы.

Приложение А3. Связанные документы

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 ведения пациента



Приложение В. Информация для пациентов

1. При повторном проявлении заболевания обратиться к врачу специалисту (дерматовенерологу)
2. Следовать рекомендациям врача по лечению заболевания.
3. Диспансерное наблюдение – по необходимости.

Приложение Г.