

**Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И  
КОСМЕТОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ  
«ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ»**

**ТАШКЕНТ 2025**



**“УТВЕРЖДАЮ”**  
**И.о. директора ГУ**  
**“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз**  
**Сабилов У.Ю.**

« 27 » март 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ**  
**ПО НОЗОЛОГИИ**  
**«ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ»**

**ТАШКЕНТ 2025**

## Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ» .....	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ » .....	23
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ « ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ » .....	27

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ»**

**Ташкент 2025**

## Вводная часть

### Коды по МКБ-10/11:

B02/1E91	Опоясывающий лишай [herpes zoster]	1E91.0 Опоясывающий герпес без осложнений
B02.0	Опоясывающий лишай с энцефалитом	1E91.1 Офтальмологический опоясывающий герпес
B02.1	Опоясывающий лишай с менингитом	1E91.2 Диссеминированный опоясывающий герпес
B02.2	Опоясывающий лишай с другими осложнениями со стороны нервной системы: Постгерпетический(ая): ганглионит узла колена лицевого нерва, полиневропатия, невралгия тройничного нерва	1E91.3 Опоясывающий герпес с поражением центральной нервной системы
B02.3	Опоясывающий лишай с глазными осложнениями: Вызванный вирусом опоясывающего лишая: блефарит, конъюнктивит, иридоциклит, ирит, кератит, кератоконъюнктивит, склерит	1E91.4 Острая невропатия черепно-мозговых нервов вследствие опоясывающего герпеса
B02.7	Диссеминированный опоясывающий лишай	1E91.5 Постгерпетическая полинейропатия
B02.8	Опоясывающий лишай с другими осложнениями	1E91.Y Опоясывающий герпес с другими уточненными осложнениями
B02.9	Опоясывающий лишай без осложнений	1E91.Z Опоясывающий герпес неуточненный
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=11157">https://mkb-10.com/index.php?pid=11157</a>	<a href="https://mkb-11.com/?id=1E91">https://mkb-11.com/?id=1E91</a>

**Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

### Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии**

### В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

1.	Сабилов У.Ю.	Директор центра, д.м.н., профессор	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
2.	Рахматов Т.П.	Врач дерматовенеролог, к.м.н.	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
3.	Боходирова А.А.	Ученый секретарь	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
4.	Рахматова М.С.	Помощник заместителя директора по научной работе	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз

### Рецензенты:

1. Порсохонова Дэля Фозиловна – доктор медицинских наук, заведующая научной лабораторией по изучению проблем ИППП и РН РСНПМЦДВиК МЗ РУз.
2. Сенан Каримов - доктор медицинских наук, заведующий кафедрой дерматовенерологии Института усовершенствования врачей г. Баку, Азербайджан

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной, главный врач клиники.
2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич - к.м.н., заместитель директора по научной работе

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

**Дата и номер выписки из протокола обсуждения:** Выписка из протокола № 3 от 27.03.2025 года Учёного совета РСНПМЦДВиК МЗ РУз

### Список сокращений

VZV	Varicella Zoster Virus, вирус Варицелла-Зостер
МЕ	международные единицы
ОЛ	опоясывающий лишай
ОГ	опоясывающий герпес
ПГН	постгерпетическая невралгия
HHV-3	human herpesvirus, герпесвирус человека 3-типа
T <sub>1</sub> -L <sub>2</sub>	грудной – люмбальный (сегменты позвоночника)
ВПГ	вирус простого герпеса
МКБ	Международная классификация болезней
ИХЛА	Иммунохемилюминесцентный
ИФЛА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РИФ	Реакция ИммуноФлуоресценции
РИБТ	Реакция Иммобилизации Бледных Трепонем
РПГА	Реакция Пассивной Гемагглютинации
IgG IgM	Иммуноглобулины G и M
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
НИЛИ	низкоинтенсивное лазерное излучение
УВЧ	Ультравысокочастотная
ИК	Инфракрасный

### Пользователи протокола:

1. Врачи дерматовенерологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи педиатры;
4. Врачи лаборанты;
5. Врачи неврологи;
6. Организаторы здравоохранения;

7. Клинические фармакологи;
8. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, докторанты, преподаватели медицинских вузов;
9. Пациенты с данной патологией, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения опоясывающего лишая в практику здравоохранения повсеместно.

**Категория пациентов в данной нозологии:** обследованию подлежат пациенты с данным диагнозом.

**Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.  
Шкала оценки уровней достоверности доказательств 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

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств для 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

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических,  
диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	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)
<b>С</b>	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)

## Основная часть.

### Введение

Вирус ветряной оспы – зостер (VZV) – высоко контагиозный вирус семейства герпес, который вызывает оба заболевания: ветряную оспу, обычно в детском возрасте, и опоясывающий лишай, обычно значительно позднее, уже по достижении взрослого возраста. VZV распространен повсеместно.

Существует некоторое «географическое» разнообразие относительно возраста, при котором наблюдается ветряная оспа при более позднем проявлении инфекции, что наблюдается чаще во многих тропических регионах. Вирус передается от человека человеку при прямом контакте с оспенной или герпетической сыпью, при вдыхании взвешенных в воздухе капель выделений респираторного тракта больного ветряной оспой, или реже при вдыхании взвешенных в воздухе капель содержимого везикул больного ветряной оспой или герпетической сыпи.

Вирус проникает в организм через верхние отделы респираторного тракта или конъюнктиву. После первичного инфицирования VZV вирус остается в латентном состоянии в нервных ганглиях и может активизироваться позднее в жизни, вызывая опоясывающий лишай (ОЛ)

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/242229>

### 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]

### Этиология и патогенез 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 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 герпеса 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 T<sub>1</sub>–L<sub>2</sub>. [2]

### Эпидемиология

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. 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. [ 3,4 ]

### Классификация

[https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij\\_gerpes](https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes)

1. Опоясывающий герпес без осложнений:
  - эритематозная фаза;
  - везикулезная форма;
  - пустулезная форма
2. Abortивная форма.
3. Геморрагическая форма.
4. Гангренозная форма.
5. Генерализованная форма.
6. Диссеминированная форма.
7. Опоясывающий герпес с поражением зрения.
8. Опоясывающий герпес 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.

### Клиническая картина заболевания

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 T<sub>1</sub>–L<sub>2</sub> 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 сохнут 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 незаживающих 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 энтофтальма, 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 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 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 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.

### **Осложнения опоясывающего герпеса**

К осложнениям опоясывающего герпеса относятся: острый и хронический энцефалит, миелит, ретинит, быстро прогрессирующий герпетический некроз сетчатки, приводящий к слепоте в 75-80% случаев, Herpes ophthalmicus с контралатеральным гемипарезом в отдаленные сроки, а также поражения желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы и др. Герпетическое поражение любого ответвления глазного нерва называется офтальмогерпесом. При этом часто поражается роговица, приводя к возникновению кератита. Кроме того, поражаются другие части глазного яблока – эписклерит, иридоциклит, воспаление 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. Появляются высыпания 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 нейрогенный мочевого пузырь с нарушениями мочеиспускания и 11 задержкой мочи (за счет миграции вируса на соседние автономные нервы); может ассоциироваться с ОГ сакральных дерматомов S2, S3 или S4.

### **Опоясывающий герпес у детей**

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. Риск заболевания ОГ повышен у детей, которые переболели ветряной оспой в возрасте до 1 года. Опоясывающий герпес у детей протекает не так тяжело, как у пожилых пациентов, с меньшей выраженностью болевого синдрома; постгерпетические невралгии также встречаются редко.

### **Опоясывающий герпес у больных ВИЧ-инфекцией**

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 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.

### **Опоясывающий герпес у беременных**

Первичная инфекция проявляется, как правило, ветряной оспой, что, по данным официальной государственной статистики, составляет 7:10000 беременных. Заболевание может осложняться развитием пневмонии, энцефалита. Герпетическое инфицирование в I триместре беременности приводит к первичной плацентарной недостаточности и, как правило, сопровождается прерыванием

беременности. Наличие инфекции должно служить основанием для проведения интенсивной профилактики последствий нарушения гемодинамики (плацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии, задержки внутриутробного развития плода).[5,6,8,12,16]

### **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.[9,15]

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.[7]

### **Методы, подходы и процедуры диагностики**

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

### **Лабораторные исследования**

<https://www.cdc.gov/shingles/hcp/clinical-overview/index.html>

<https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118224001087>

**С  
5**

- Общий анализ крови
- Скрининговые тесты на сифилис один из: РМП, RPR, КСР
- Диагностика ВИЧ-инфекций методом ИФА

<b>В 1</b>	Рекомендовано при необходимости уточнения и верификации диагноза использовать молекулярно-биологические методы для идентификации вируса <i>Varicella-Zoster virus</i> содержащегося в материале из очагов поражения опоясывающим герпесом на коже и/или слизистых оболочках с использованием тест-систем: молекулярно-биологическое исследование везикулярной жидкости, соскобов с высыпаний на вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая ( <i>Varicella-Zoster virus</i> ) и/или определение ДНК вируса ветряной оспы и опоясывающего лишая ( <i>Varicella-Zoster virus</i> ) в везикулярной жидкости, соскобах с высыпаний методом ПЦР
----------------	--

<b>С 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM</li> <li>• Исследование инфекций методом ИФА, ИХЛА, ИФЛА и ПЦР</li> <li>• Общий анализ мочи</li> <li>• Общий анализ кала</li> <li>• Комплекс биохимических исследований</li> <li>• Иммунологические исследования</li> <li>• Прямая/непрямая иммунофлюоресценция</li> </ul>
----------------	---

#### **Инструментальные исследования:**

<https://www.cdc.gov/shingles/hcp/clinical-overview/index.html>

<b>С 4</b>	Диагностика состояния кожи
----------------	----------------------------

<https://www.cdc.gov/shingles/hcp/clinical-overview/index.html>

<b>С 4</b>	УЗИ внутренних органов
----------------	------------------------

#### **Показания для консультации специалистов**

<https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2>

<b>С 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Консультация невролога</li> <li>• Консультация терапевта/педиатра</li> <li>• Консультация офтальмолога</li> <li>• Консультация гинеколога</li> <li>• Консультация стоматолога</li> <li>• Консультация оториноларинголога</li> </ul>
----------------	--

#### **Дифференциальный диагноз:**

Дифференцировать проявления ОГ необходимо с зостериформной разновидностью простого герпеса, контактным дерматитом (после укусов насекомых, фотодерматитом), пузырьными дерматозами (герпетиформный дерматит Дюринга, буллезный пемфигоид, пузырчатка).

#### **Лечение:**

##### **Медикаментозное лечение.**

**Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.**

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Ацикловир препарат 1 ряда	Перорально 800 мг пять раз в сутки 7-10 суток	А <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2">https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2</a>
Валацикловир препарат 1 ряда 1 г	Перорально 1 г три раза в сутки 7-10 суток	А <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2">https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2</a>
Фамцикловир препарат 1 ряда	Перорально 500 мг три раза в сутки 7-10 суток	А <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2">https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2</a>
Фоскарнет	49 мг на килограмм массы тела внутривенно медленно капельно 3 раза в сутки 15-20 дней	В <a href="https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf">https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf</a>
Бривудин (бромвинилдезоксисуридин)	Принимают внутрь по 125 мг 1 раз/сут. Длительность лечения - не менее 7 дней. После первого курс лечения второй курс проводить не следует.  Лечение необходимо начинать как можно раньше, предпочтительно в течение 3 дней после появления на коже первых симптомов, характерных для заболевания (обычно сыпи) или в течение 2 дней после появления первых пузырьков.	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15341504/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15341504/</a>
Индометацин	250 мг, 3 раза в день, курс 10-14 дней	В <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2">https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2</a>
Диклофенак	таблетки 25мг, 50 мг-внутри-2-3 раза в день;  таблетки, капсулы 100 мг-внутри-1 раз в день;  ампулы 3мл 25мг/мл-в/м-1-2 раза в день.	В <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2">https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2</a>
Ибупрофен	таблетки 200 мг-внутри-3-4 раза в день;	В <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2">https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2</a>



Пенцикловир крем 1%	Наружно. Взрослым и детям старше 16 лет — наносят на высыпания каждые 2 ч днем в течение 6-12 дней или до полного выздоровления	В <a href="https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_ge_rpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf">https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_ge_rpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf</a>
Эпервудин мазь	наружно на очаги пораженной поверхности кожи 3-5 раз в день, в течение 6-12 дней	В <a href="https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_ge_rpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf">https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_ge_rpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf</a>

**Примечание:** Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально. Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан. Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Таблица-2

Перечень основных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Блокатор глутаматных NMDA-рецепторов – Амантадин раствор для инфузии, таблетки	200 мг (500 мл) внутривенно капельно 1-2 раза в сутки в течение трех дней, далее перорально 100-200мг дважды день с постепенным уменьшением дозы. Продолжительность приема зависит от длительности болевого синдрома	С <a href="https://cyberleninka.ru/article/n/postgerpeticheskaya-opoyasyvayuschaya-nevralgiya-i-ee-lechenie-amantadinom-pkmerts-nauchnyy-obzor/viewer">https://cyberleninka.ru/article/n/postgerpeticheskaya-opoyasyvayuschaya-nevralgiya-i-ee-lechenie-amantadinom-pkmerts-nauchnyy-obzor/viewer</a>
Дезлоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Цетиризин	таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Левосетиризин	таблетки 5 мг раствор 20 капель перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Хлоропирамин	таблетки по 25 мг 3-4 раза/сут, При в/м или в/в введении	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>

	взрослым разовая доза составляет 20-40 мг	
Мегбидролин	Внутрь (после еды). Взрослым и детям старше 10 лет — по 50–200 мг 1–2 раза в сутки; максимальные дозы: разовая — 300 мг, суточная — 600 мг; детям от 5 до 10 лет — 100–200 мг/сут, от 2 до 5 лет — 50–150 мг/сут, до 2 лет — по 50–100 мг/сут.	С <a href="https://www.rlsnet.ru/active-substance/mebgidrolin-562#sposob-primeneni-i-dozi">https://www.rlsnet.ru/active-substance/mebgidrolin-562#sposob-primeneni-i-dozi</a>
Кетотифен	Внутрь, во время еды, взрослым - по 1 мг 2 раза/сут утром и вечером. При необходимости дозу увеличивают до 2 мг 2 раза/сут.  Детям от 3 лет и старше - 1 мг 2 раза/сут.	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Эбастин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Лоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Биластин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Преднизолон	60 мг в сутки в 2 приема перорально в течение 7 дней	С <a href="https://mediqlab.com/drugs/f0cce90d-d057-47b5-bbf1-58db4d86abd5">https://mediqlab.com/drugs/f0cce90d-d057-47b5-bbf1-58db4d86abd5</a>
рекомбинантные ИФН альфа-2b суппозитории ректальные	У взрослых: по 500 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней  У детей: по 3 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней  У беременных: по 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Инозин пранобекс	внутрь, после еды, 500 мг 3-4 раза в день в течении 10 дней	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Меглюмина акридонатацетат	3 инъекции с интервалом в 24 часа и далее еще 3 инъекции с интервалом в 48 часов	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Тилорона дигидрохлорид	по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>

	1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1 таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.	
Тимопентин	<ul style="list-style-type: none"> <li>• внутримышечная инъекция разведение стерильной водой для инъекций 1 мл;</li> <li>• внутривенное капельное вливание растворение в 250 мл 0,9% инъекционного раствора натрия хлорида.</li> </ul> Препарат применяют следуя рекомендациям. Профилактика и лечение иммунодефицитных состояний по 1-2 флакона 2 раза в день. Курс лечения 15-30 дней;	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Маннитол (15% раствор)	с фуросемидом (5-10 мл).	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Фуросемид	20-80 мг/сут. Необходимая доза подбирается в зависимости от диуретического ответа.	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Амоксициллин + клавулановая кислота	взрослым и детям старше 12 лет (массой 40 кг и более) таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг + 125 мг по 1 таблетке 3 раза в сутки или 875 мг + 125 мг – по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 5-14 дней или таблетки диспергируемые взрослым и детям старше 12 лет (массой 40 кг и более) – по 500/125 мг 3 раза в сутки в течение 5-14 дней, детям от 2 до 12 лет или с массой тела менее 40 кг – по 125/31,25 мг или по 250/62,5 мг в дозах, не превышающих 2400/600 мг в сутки, в 3 приема в течение 5-14 дней	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Цефтриаксон	порошок для приготовления раствора для в/в и в/м введения 1 г	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Цефуроксим	порошок для приготовления раствора для инъекций в комплекте с растворителем 250 мг, 750 мг, 1500 мг	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>

Цианокобаламин	в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Тиамин	в/м (глубоко) Начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей переносимости переходить на более высокие дозы Взрослым назначают по 25–50 мг тиамина гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки. Курс лечения составляет 10–30 инъекций.	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Рибофлавин	Внутрь: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1,5 мес. В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней (детям - 3-5 дней), затем 2-3 раза в неделю; курс лечения - 15-20 инъекций.	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Пиридоксин	50-100 мг (1-2 мл 5% раствора), 1-2 раза в сутки. Курс лечения составляет 1-2 месяца. Детям - по 20 мг, курс лечения - 2 недели.	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Тиосульфат натрия	в/в — 5–50 мл 30% раствора внутри — 2–3 г на прием в виде 10% раствора.	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
Глюконат кальция	В/в, в/в медленно (в течение 2–3 мин) или капельно, взрослым — 5–10 мл 100 мг/мл раствора ежедневно, через день или через 2 дня. Детям — внутривенно медленно (в течение 2–3 мин) или капельно, в зависимости от возраста, от 1 до 5 мл 100 мг/мл раствора каждые 2–3 дня.	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
лактат натрия+ сорбитол+ хлорид калия+ MgCl <sub>2</sub> , NaCl, CaCl <sub>2</sub>	Взрослым в/в капельно со скоростью 40–60 капель в минуту. 6-7 мл/кг массы тела в течение 3-5 дней	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>

Меглюмина натрия сукцинат	В/в капельно, со скоростью 90 кап/мин (1-1.5 мл/мин) до 400 мл/сут. Курс лечения - 7-11 дней.	С <a href="https://crb.velizh.ru/cr">https://crb.velizh.ru/cr</a>
---------------------------	---	--

**Примечание:** Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально. Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Применение антибактериальных средств проводится при присоединении вторичной бактериальной микрофлоры. Допускается назначение антибиотиков других групп на основании результатов определения чувствительности возбудителя к антибиотикам. Выбор конкретного препарата определяется лечащим врачом.

#### **Физиотерапевтические методы лечения:**

Физиотерапия при опоясывающем лишае применяется для облегчения болевого синдрома, ускорения заживления кожных поражений и профилактики постгерпетической невралгии. Она является дополнением к противовирусной и симптоматической терапии.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118224001087>

<https://medi.ru/info/6917/>

<https://cyberleninka.ru/article/n/lazernaya-terapiya-pri-gerpesvirusnyh-infektsiyah>

С5	Низкоуровневая светотерапия LLLT ИК-лазер Поляризованный полихроматический луч УВЧ-терапия
----	---

#### **Показания для госпитализации в медицинскую организацию:**

- Неэффективность проводимого ранее лечения;
- Больные с распространенными, генерализованными формами заболевания;
- Осложненное течение опоясывающего лишая;
- При необходимости проведения физиотерапевтических процедур

#### **Индикаторы эффективности лечения:**

- клиническое выздоровление;
- купирование болевого синдрома.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## Введение

Вирус ветряной оспы – зостер (VZV) – высоко контагиозный вирус семейства герпес, который вызывает оба заболевания: ветряную оспу, обычно в детском возрасте, и опоясывающий лишай, обычно значительно позднее, уже по достижении взрослого возраста. VZV распространен повсеместно.

Существует некоторое «географическое» разнообразие относительно возраста, при котором наблюдается ветряная оспа при более позднем проявлении инфекции, что наблюдается чаще во многих тропических регионах. Вирус передается от человека человеку при прямом контакте с оспенной или герпетической сыпью, при вдыхании взвешенных в воздухе капель выделений респираторного тракта больного ветряной оспой, или реже при вдыхании взвешенных в воздухе капель содержимого везикул больного ветряной оспой или герпетической сыпи.

Вирус проникает в организм через верхние отделы респираторного тракта или конъюнктиву. После первичного инфицирования VZV вирус остается в латентном состоянии в нервных ганглиях и может активизироваться позднее в жизни, вызывая опоясывающий лишай (ОЛ)

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/242229>

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

## Схемы терапии

### 1. Противовирусная терапия

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22300753/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24500927/>

Назначение противовирусных препаратов наиболее эффективно первые в 72 часа развития клинических проявлений заболевания.

Рекомендованные схемы лечения:

<b>A1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ацикловир 800 мг 5 раз в сутки в течение 7 дней</li><li>• фамцикловир 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней</li><li>• валацикловир 1000 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней</li></ul>
-----------	---

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

<b>B2</b>	<b>Рекомендовано</b> 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 назначение: ацикловира 10 мг на кг массы тела (или 500 мл/м <sup>2</sup> ) внутривенно 3 раза в сутки
-----------	--

<b>B2</b>	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

По достижении морбистатического эффекта лечение может быть продолжено пероральными формами ацикловира, фамцикловира или валацикловира по методике, предложенной для больных с нормальным иммунитетом.

**B2**

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 или
- ацикловир 10 мг на кг массы тела внутривенно, 3 раза в день, в течении 7-10 дней

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.[10,11]

## 2. Противовоспалительная терапия.

Возможно назначение нестероидных противовоспалительных средств, а в тяжелых случаях добавление к противовирусным препаратам глюкокортикостероидов :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21671543/>

**C3**

- преднизолон 60 мг в сутки в 2 приема перорально в течение 7 дней

При назначении глюкокортикостероидных препаратов необходимо учитывать противопоказания: артериальная гипертензия, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нередко наблюдаемые у лиц пожилого возраста.

При отсутствии эффекта обезболивающей терапии могут использоваться препараты с центральным анальгетическим действием и невральные блокады (симпатические и эпидуральные), что определяется консультацией врача-невролога.

Лечение постгерпетической невралгии и офтальмогерпеса проводится соответственно врачами неврологами и офтальмологами. [13-15]

## 3. Наружное лечение

**C5**

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

**C5**

Рекомендовано с целью предупреждения бактериальной суперинфекции местное применение спиртовых 1–2% растворов анилиновых красителей (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый), фукоцин

Противовирусные препараты локального действия:

- 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.
- Пенцикловир – крем применяют наружно. Взрослым и детям старше 16 лет — наносят на высыпания каждые 2 ч днем в течение 6-12 дней или до полного выздоровления

• В 3	С целью элиминации из кровотока токсинов, аутоантител, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), провоспалительных цитокинов, нормализацию метаболизма и нарушенных функций органов рекомендована процедура плазмафереза
----------	---

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>

<https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike>

<https://cyberleninka.ru/article/n/lazernaya-terapiya-pri-gerpesvirusnyh-infektsiyah-obzor-literatury/viewer>

С 5	НИЛИ Озонотерапия Плазмаферез
--------	-------------------------------------

**Хирургическое вмешательство:** не применяется

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО  
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## **Введение**

Вирус ветряной оспы – зостер (VZV) – высоко контагиозный вирус семейства герпес, который вызывает оба заболевания: ветряную оспу, обычно в детском возрасте, и опоясывающий лишай, обычно значительно позднее, уже по достижении взрослого возраста. VZV распространен повсеместно.

Существует некоторое «географическое» разнообразие относительно возраста, при котором наблюдается ветряная оспа при более позднем проявлении инфекции, что наблюдается чаще во многих тропических регионах. Вирус передается от человека человеку при прямом контакте с оспенной или герпетической сыпью, при вдыхании взвешенных в воздухе капель выделений респираторного тракта больного ветряной оспой, или реже при вдыхании взвешенных в воздухе капель содержимого везикул больного ветряной оспой или герпетической сыпи.

Вирус проникает в организм через верхние отделы респираторного тракта или конъюнктиву. После первичного инфицирования VZV вирус остается в латентном состоянии в нервных ганглиях и может активизироваться позднее в жизни, вызывая опоясывающий лишай (ОЛ)

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/242229>

## **Профилактика и диспансерное наблюдение**

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

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

В Республике Узбекистан на момент создания данных рекомендаций вакцинопрофилактика опоясывающего герпеса не проводится.

## **Медицинская 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.

## **Организация оказания медицинской помощи**

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

## **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.

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.
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.
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.
7. Рахматулина М.Р., Малеев В.В., Шмелев В.А. Современные подходы к терапии опоясывающего лишая. Инфекционные болезни. – 2007. – Т.5. - №3. – С.28-32.
8. 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.
9. Bruxelle J, Pinchinat S. Effectiveness of antiviral treatment on acute phase of herpes zoster and development of post herpetic neuralgia: review of international publications, 2012. *Med et Mal infectieuses (English)*, 42:53-58.
10. Chen N., Yang M., He L. et al. Corticosteroids for preventing postherpetic neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (12): CD005582.
11. 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.
12. 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.
13. Fashner J., Bell A.L. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management. *Am Fam Physician* 2011; 83 (12): 1432–1437.
14. Li Q., Chen N., Yang J. et al. Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 2: CD006866.
15. 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.

16. 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.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/242229>

[https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij\\_gerpes](https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22300753/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24500927/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21671543/>

<https://www.cdc.gov/shingles/hcp/clinical-overview/index.html>

<https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118224001087>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118224001087>

<https://medi.ru/info/6917/>

<https://cyberleninka.ru/article/n/lazernaya-terapiya-pri-gerpesvirusnyh-infektsiyah-obzor-literatury/viewer>

**Компетенции практических навыков по менеджменту опоясывающего лишая  
(task shifting)**

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
<b>Жалобы и анамнез</b>			
Демонстрация способности собирать жалобы с пациента	+*	+	+
Применение знаний о симптомах опоясывающего лишая при сборе анамнеза заболевания у пациента.		+	+
Полный медицинский анамнез больных с кожно-венерологическими заболеваниями		+	+
<b>Физикальный осмотр</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Общий осмотр:</b> Оценка общего состояния пациента (лихорадка, слабость, недомогание). Измерение температуры тела – возможно субфебрильное или фебрильное состояние. Оценка регионарных лимфоузлов (увеличение, болезненность).</li> <li>• <b>Осмотр кожи:</b> Локализация высыпаний – чаще односторонние, располагаются по ходу дерматома. Элементы сыпи:  <input checked="" type="checkbox"/> Гиперемия и отёк кожи (на ранних стадиях).  <input checked="" type="checkbox"/> Группированные пузырьки с прозрачным содержимым, расположенные на эритематозном фоне.  <input checked="" type="checkbox"/> Со временем – мутнеют, вскрываются, образуются эрозии и покрываются корками.  <input checked="" type="checkbox"/> При тяжёлом течении возможны геморрагические или некротические формы.</li> <li>• <b>Осмотр слизистых оболочек:</b> При офтальмогерпесе – поражение роговицы, склеры, конъюнктивы. При герпесе Рамсея Ханта – высыпания на слизистой рта, барабанной перепонке.</li> </ul>		+	+
<b>Постановка диагноза</b>			

Диагностика на основании специфических симптомов и лабораторно-инструментальных исследований		+	+
<b>Основная лабораторная диагностика</b>			
Назначение основных лабораторных анализов:		+	+
Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитарная формула + СОЭ)		+	+
Скрининговые тесты на наличие сифилиса (старше 14 лет)		+	+
Диагностика ВИЧ-инфекций методом ИФА		+	+
<b>Дополнительная лабораторная диагностика</b>			
Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM			+
Общий анализ мочи			+
Общий анализ кала			+
Комплекс биохимических исследований			+
Иммунологические исследования			+
Прямая/непрямая иммунофлюоресценция			+
Исследование инфекций методом ИФА, ИХЛА, ИФЛА и ПЦР			+
<b>Дополнительные инструментальные исследования</b>			
Диагностика состояния кожи			+
УЗИ внутренних органов			+
<b>Лечение</b>			
Компетенция назначения немедикаментозного лечения (стр. 22)		+	+
Компетенция назначения медикаментозного лечения (стр. 15-21)		+	+

<b>Профилактика</b>			
Компетенции по улучшению поведения и пропаганде здорового образа жизни	+	+	+
Компетенции по улучшению соблюдения медикаментозного лечения	+	+	+

# Основным узким специалистом является дерматовенеролог.

\*Эти компетенции могут быть достигнуты путем подготовки медицинских сестер.

### Компетенции по управлению опоясывающего лишая

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
Описание опоясывающего лишая		+	+
Симптоматическое описание жалоб		+	+
Описание патофизиологических механизмов		+	+
Создание подхода к диагностике опоясывающего лишая на основе этиологии, симптомов и исследований (основные лабораторно-инструментальные исследования).		+	+
Интерпретация основных анализов		+	+
Формирование подхода к лечению опоясывающего лишая		+	+
Опишите немедикаментозную терапию опоясывающего лишая		+	+
Опишите медикаментозную терапию опоясывающего лишая.		+	+
Обсудите механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, используемых при опоясывающем лишае.		+	+
Обсудите патофизиологические механизмы развития опоясывающего лишая в рамках лечения.		+	+

# Основным узким специалистом является врач-дерматовенеролог.