Простой герпес (ПГ) у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B00.1, B00.2, B00.3, B00.4, B00.7, B00.8, B00.9, B34.9 · Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ), Общероссийская общественная организация "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов"

Простой герпес у взрослых — инфекция, вызванная ВПГ-1 и ВПГ-2, от локальных поражений кожи и слизистых до диссеминированного процесса и поражения ЦНС. Рекомендация охватывает клиническую диагностику, показания к ПЦР и исследованию ликвора, системную противовирусную терапию и критерии госпитализации.

Главное

- При типичной локализованной форме диагноз устанавливают по клинической картине; лабораторное подтверждение особенно нужно при атипичном, стертом, бессимптомном, тяжелом или осложненном течении, а также при иммуносупрессии (УУР С, УДД 5).
- Рецидивы с частотой 1–3 в год относят к легкому течению, 4–6 — к среднетяжелому, 6 и более — к тяжелому.
- Рецидив обычно возникает в прежнем месте; ему могут предшествовать жжение, покалывание и зуд, затем появляются сгруппированные пузырьки и болезненные эрозии. Первичный эпизод обычно длится 10–14 дней и более, рецидив — в среднем 5–6 дней.
- Системную противовирусную терапию начинают рано, желательно в продроме или при первых признаках поражения кожи и слизистых; лечение может быть эмпирическим до получения результатов исследования (УУР А, УДД 2).
- При частых рецидивах — более 6 в год, монотонном или тяжелом течении, низкой эффективности эпизодической терапии либо высоком риске активной инфекции — рассматривают превентивную или супрессивную терапию после ПЦР-подтверждения инфекции.
- Изменение сознания, судороги, очаговая неврологическая симптоматика, новые высыпания с признаками генерализации, стойкая высокая температура более 3 дней или признаки органной недостаточности требуют пересмотра тактики и поиска осложнений.

Диагностика

1. Собрать анамнез: уточнить повторяемость и локализацию высыпаний, продромальные ощущения, лихорадку, лимфаденопатию, длительность эпизода, ранее проведенное лечение и его эффект, сопутствующие заболевания, беременность, иммуносупрессию и недавние трансфузии или трансплантацию.
2. Осмотреть кожу и видимые слизистые: оценить гиперемию, отек, сгруппированные везикулы, эрозии и язвы, их количество, локализацию и болезненность; при поражении полости рта оценить слизистую, десны и слюноотделение.
3. Пальпировать лимфоузлы головы, шеи и паховой области, определяя размеры и болезненность. При подозрении на поражение ЦНС оценить сознание, менингеальные знаки, парезы, судороги, очаговую симптоматику и жизненно важные показатели.
4. При тяжелом состоянии или подозрении на поражение ЦНС назначить ОАК, ОАМ и биохимический анализ крови; при дыхательной или церебральной недостаточности — исследование газов крови и кислотно-основного состояния (УУР С, УДД 5).
5. Метод выбора для подтверждения этиологии — ПЦР ДНК ВПГ-1/ВПГ-2 из содержимого везикул или соскоба с пораженной кожи и слизистых; материал выбирают с учетом клиники и возможного многоочагового поражения. Количественную ПЦР используют также для оценки вирусной нагрузки и решения вопроса о супрессивной терапии.
6. При общемозговой, менингеальной или очаговой неврологической симптоматике исследуют СМЖ, включая цитоз, белок, глюкозу, хлориды и ПЦР на ВПГ. ПЦР СМЖ является методом диагностики ВПГ-энцефалита, менингита и менингоэнцефалита; при отрицательном первом результате и сохраняющемся подозрении исследование повторяют через 3–7 дней (УУР С, УДД 3).

7. При тяжелом, диссеминированном течении или поражении ЦНС проводят КТ и/или МРТ головного мозга; при подозрении на поражение внутренних органов — ЭКГ, рентгенографию грудной клетки, УЗИ брюшной полости, а при подозрении на эзофагит — эзофагогастроскопию.

Лечение

- При первичном эпизоде назначают один из пероральных вариантов на 7–10 дней: ацикловир 200 мг 5 раз в сутки, валацикловир 500 мг 2 раза в сутки или фамцикловир 250 мг 3 раза в сутки (УУР С, УДД 5).
- При рецидиве применяют один из вариантов в течение 5 дней: ацикловир 200 мг 5 раз в сутки (УУР А, УДД 2), валацикловир 500 мг 2 раза в сутки или фамцикловир 250 мг 3 раза в сутки (для обоих УУР С, УДД 5).
- При тяжелом или диссеминированном ПГ, поражении ЦНС, судорогах, общемозговой или очаговой неврологической симптоматике либо поражении внутренних органов вводят ацикловир внутривенно. При инфекции, кроме энцефалита, доза составляет 5 мг/кг каждые 8 часов при сохранной функции почек; при герпетическом энцефалите — 10 мг/кг каждые 8 часов.
- Внутривенный ацикловир вводят медленной инфузией в течение 1 часа; при тяжелой инфекции курс обычно составляет 5 дней, но может продлеваться до 14–21 дня. При энцефалите лечение продолжают 14 дней, иногда до 21 дня; курс продлевают при сохранении ДНК ВПГ в повторной ПЦР СМЖ.
- Для супрессивной или превентивной терапии при частых рецидивах используют один из вариантов: ацикловир 400 мг 2 раза в сутки, валацикловир 500 мг 1 или 2 раза в сутки, валацикловир 1 г в сутки при 10 и более рецидивах в год либо фамцикловир 250 мг 2 раза в сутки. Перед началом требуется ПЦР-подтверждение; после курса делают перерыв для оценки течения.
- После процедур, нарушающих целостность кожи или слизистых, пациентам с часто рецидивирующим ПГ назначают 10-дневную профилактику: ацикловир 200 мг 5 раз в сутки, или валацикловир 500 мг 1 раз в сутки, или фамцикловир 250 мг 2 раза в сутки (УУР С, УДД 5).
- Местная терапия дополняет, но не заменяет системную: возможны ацикловир 5% мазь, антисептики, средства для защиты и заживления эрозий; при стоматите применяют местные средства, включая полоскания и другие формы для обработки слизистой оболочки.
- При рецидивирующем или осложненном течении и низкой эффективности системных противовирусных препаратов либо наличии противопоказаний к ним в комплексную терапию могут включать препараты интерферонов; при зуде, жжении или аллергической реакции возможен хлоропирамин по 1 таблетке 3–4 раза в день, курсом до 5 дней.

Когда направить и как наблюдать

- Легкие, среднетяжелые и неосложненные формы ведут амбулаторно. При неэффективности или невозможности лечения в амбулаторных условиях решают вопрос о госпитализации (УУР С, УДД 5).
- Тяжелая, осложненная или диссеминированная форма — показание к госпитализации в инфекционное отделение (УУР С, УДД 5).
- При жизнеугрожающем состоянии или прогрессировании общемозговой либо очаговой симптоматики помощь оказывают в условиях интенсивной терапии; это включает состояния с отеком мозга, шоком, острой почечной, печеночной, сердечно-сосудистой или дыхательной недостаточностью.
- При поражении ЦНС направляют к неврологу; при поражении глаз — к офтальмологу; при поражении полости рта — к стоматологу; при аногенитальных высыпаниях — к дерматовенерологу. При рецидивах более 6 раз в год возможна консультация аллерголога-иммунолога для оценки иммунного статуса.
- После тяжелого, осложненного ПГ или поражения нервной системы требуется диспансерное наблюдение после выписки; при поражении нервной системы его проводят совместно инфекционист и невролог. После легких и неосложненных форм диспансерное наблюдение не устанавливают.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз ПГ без ПЦР?

Да. При типичной манифестной локализованной форме диагноз устанавливают клинически. Лабораторные исследования проводят прежде всего при атипичных, стертых, торпидных и бессимптомных формах, в том числе при иммуносупрессии, а также по клиническим показаниям.

Какой материал лучше брать для ПЦР на ВПГ?

Методом выбора являются содержимое везикул или соскоб с высыпаний на коже и слизистых. При необходимости исследуют также кровь, слюну, мочу или СМЖ с учетом клинической картины и возможного многоочагового поражения.

Когда начинать противовирусную терапию?

Системное лечение начинают как можно раньше — при первых признаках поражения кожи или слизистых, а при рецидиве желательно уже в продромальном периоде. При подозрении на ПГ терапию можно начать эмпирически до получения лабораторного подтверждения.

Когда при ПГ нужен внутривенный ацикловир?

Он показан при тяжелом или диссеминированном течении, поражении ЦНС с общемозговой или очаговой симптоматикой, судорогах, а также при поражении внутренних органов. При энцефалите используют 10 мг/кг каждые 8 часов при отсутствии нарушения функции почек.

Как снизить риск передачи ВПГ партнеру?

Для снижения риска передачи вируса серонегативному партнеру при регулярных половых контактах в тексте указана супрессивная терапия валацикловиром 500 мг 1 раз в день в течение 12 месяцев.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/492-prostoj-gerpes-pg-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/492_2