Врожденная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса [herpes simplex]

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: P35.2 · Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов», Ассоциация специалистов в области перинатальной медицины, оказания помощи беременной женщине и плоду, новорожденному и ребенку в возрасте до 3-х лет (АСПМ)

Врожденная инфекция, вызванная ВПГ-1 или ВПГ-2, передается трансплацентарно или во время родов и может проявляться в первые 6 недель жизни. Рекомендация посвящена раннему распознаванию трех форм заболевания, немедленному началу противовирусной терапии и контролю поражения ЦНС и внутренних органов.

Главное

- Заболевание классифицируют как локализованную SEM-форму с поражением кожи, глаз и/или слизистой рта, церебральную форму с поражением ЦНС или диссеминированную форму с полиорганным поражением.
- При первичной генитальной инфекции матери в III триместре риск передачи выше; при активных свежих элементах у матери во время родоразрешения он составляет 25–60%, тогда как при рецидивирующей инфекции не превышает 2%.
- Отсутствие герпетических высыпаний не исключает заболевание: кожные признаки отсутствуют примерно в 40% случаев диссеминированной формы, а при поражении ЦНС кожные, глазные и оральные проявления отсутствуют примерно в 60% случаев.
- ПЦР на ДНК ВПГ — основной и эталонный метод диагностики; исследуют кровь, СМЖ, материал из везикул или соскобов, отделяемое конъюнктивы, соскоб с роговицы и носоглотки в первые 6 недель жизни.
- При обоснованном подозрении лечение начинают немедленно после забора образцов, не дожидаясь результатов ПЦР и даже при отсутствии герпеса в анамнезе матери.
- Ацикловир является препаратом первой линии; стандартная суточная доза при парентеральном лечении составляет 60 мг/кг, а длительность зависит от формы: 14 дней при SEM-болезни и 21 день при церебральной или диссеминированной форме.
- Поражение ЦНС и диссеминированная инфекция связаны с высоким риском смерти и тяжелых неврологических последствий; даже при терапии летальность при поражении ЦНС и диссеминации может достигать 23%, а при диссеминированной форме — 30–41%.

Диагностика

1. Соберите акушерско-гинекологический анамнез: эпизоды первичной, латентной инфекции или реинфекции ВПГ во время беременности, активные генитальные поражения при родах, лихорадку неясной природы и сведения о внутриутробных изменениях по УЗИ или МРТ. При таких данных обследование новорожденного показано независимо от срока беременности и способа родоразрешения (УУР С, УДД 3).
2. Осмотрите ребенка на везикулы, пустулы, эрозии, поражение глаз и слизистой рта, судороги, угнетение или возбуждение, выбухание большого родничка, желтуху, гепатомегалию, геморрагическую сыпь, дыхательную недостаточность и признаки нарушения перфузии. При клинических признаках обследование начинают в кратчайшие сроки (УУР С, УДД 3–4).
3. До начала ацикловира, желательно не позднее первых 24 часов жизни, возьмите материал для ПЦР: кровь, содержимое везикул или соскобы с высыпаний, отделяемое конъюнктивы, соскоб с роговицы и носоглотки. Положительная ПЦР в любом из этих материалов в первые 6 недель подтверждает этиологию.
4. При любом подозрении на ВПГ выполните люмбальную пункцию, как только это клинически возможно и при отсутствии противопоказаний: исследуйте СМЖ методом ПЦР на ВПГ, а также определите цитоз, белок и глюкозу. ПЦР СМЖ проводят даже при нормальных клеточных и биохимических показателях ликвора.
5. Для оценки системного поражения назначьте общий анализ крови и биохимию с АЛТ, АСТ, общим и связанным билирубином, креатинином; при диссеминированной форме добавьте коагулограмму с фибриногеном, АЧТВ, протромбиновым временем и МНО.

6. Выполните нейросонографию. При подтвержденной инфекции и неврологических нарушениях с патологией мозга по УЗИ — КТ или МРТ; при неврологических нарушениях также показана ЭЭГ, а при подозрении на поражение органов — УЗИ брюшной полости и почек, эхокардиография и рентгенография легких (УУР С, УДД 4).
7. После подтверждения инфекции проведите осмотр офтальмолога и невролога; на стационарном этапе неврологический осмотр повторяют не реже одного раза в 2 недели.

Лечение

- После забора диагностического материала немедленно начните эмпирический ацикловир внутривенно: 60 мг/кг/сут, разделив на 3 введения каждые 8 часов. Показания включают клиническое подозрение, первичную ВПГ-инфекцию матери в последние 6 недель беременности и клинические проявления ВПГ у беременной при поступлении на родоразрешение (УУР В, УДД 3).
- При SEM-болезни продолжительность внутривенного ацикловира — 14 дней; при церебральной или диссеминированной форме — 21 день. Терапию начинают максимально быстро после установления диагноза (УУР В, УДД 3).
- После полного парентерального курса при любой форме продолжите ацикловир внутрь по 300 мг/м² за прием 3 раза в сутки в течение 6 месяцев; дозу пересматривают ежемесячно с учетом массы тела (УУР В, УДД 2).
- Если ДНК ВПГ сохраняется в крови или СМЖ, продлите лечение на 7 дней и повторите ПЦР в конце дополнительной недели; при герпетическом энцефалите контроль ПЦР СМЖ проводят ближе к завершению курса до получения отрицательного результата.
- При отсутствии внутривенного ацикловира или резистентности к нему резерв назначают коллегиально по жизненным показаниям: ганцикловир 6 мг/кг каждые 12 часов внутривенно детям в возрасте ≤90 дней жизни и 5 мг/кг каждые 12 часов детям старше 90 дней либо валацикловир 300 мг/м² внутрь 3 раза в сутки. Для валацикловира УУР С, УДД 4; для ганцикловира УУР С, УДД 5.
- При тяжелой нейтропении менее 500 кл/мкл вследствие миелотоксического эффекта противовирусной терапии временно снизьте дозу противовирусного препарата вдвое или приостановите лечение до восстановления абсолютного количества нейтрофилов (УУР В, УДД 3).
- Если нейтропения менее 500 кл/мкл не устраняется временной отменой терапии, после консультации гематолога применяют филграстим 5–10 мкг/кг/сут подкожно или внутривенно ежедневно до достижения абсолютного числа нейтрофилов не менее 1000 кл/мкл (УУР С, УДД 4–5).
- Грудное вскармливание продолжают при отсутствии герпетических высыпаний на молочной железе. При поражении одной железы кормление этой железой прекращают до полного заживления кожных повреждений; при невозможности грудного вскармливания используют адаптированную смесь с учетом гестационного возраста.

Когда направить и как наблюдать

- Новорожденного с подозрением на врожденную ВПГ-инфекцию переводят из акушерского стационара в профильное отделение патологии новорожденных, реанимации и интенсивной терапии или другое специализированное подразделение.
- Парентеральное противовирусное лечение при любой форме проводят только в стационаре.
- Выписка возможна при стабильном удовлетворительном состоянии, стабилизации лабораторных показателей и отрицательной ПЦР на ВПГ в крови, ликворе, глазах и носоглотке, если нет противопоказаний.
- После выписки требуется диспансерное наблюдение офтальмолога и невролога для контроля рецидивов, поражения зрения, неврологических нарушений и отдаленных последствий (УУР С, УДД 5).

Частые вопросы

Можно ли исключить неонатальный герпес, если у матери не было генитального герпеса?

Нет. До 80% матерей, от которых произошла передача ВПГ, не сообщают о перенесенном генитальном герпесе. При характерных симптомах у ребенка эмпирический ацикловир не отменяют из-за отсутствия такого анамнеза.

Какой тест подтверждает врожденную ВПГ-инфекцию?

Основной метод — ПЦР на ДНК ВПГ-1/ВПГ-2. Материалом могут быть кровь, СМЖ, содержимое везикул или соскоб с высыпаний, отделяемое конъюнктивы, соскоб с роговицы и носоглотки; исследование проводят в первые 6 недель жизни.

Что означает положительная ПЦР ВПГ в СМЖ?

Это указывает на вовлечение ЦНС. При этом нормальные цитоз и биохимические показатели СМЖ не исключают инфекцию, особенно на ранней стадии.

Нужно ли ждать результатов ПЦР перед началом лечения?

Нет. После забора образцов ацикловир начинают немедленно при обоснованном подозрении, характерных симптомах у ребенка или значимом материнском риске. Рекомендуемая схема — 60 мг/кг/сут внутривенно, разделив на введения каждые 8 часов (УУР В, УДД 3).

Как долго лечить разные формы неонатального герпеса?

При SEM-болезни внутривенный ацикловир назначают на 14 дней, при церебральной или диссеминированной форме — на 21 день. Затем при любой форме проводят пероральную супрессивную терапию ацикловиром 6 месяцев.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/511-vrozhdennaya-infekciya-vyzvannaya-virusom-prostogo-gerpesa-herpes. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/511_2