

Клинические рекомендации

## Простой герпес

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **B00.1, B00.11, B00.2**

Возрастная группа: **взрослые**

Год утверждения: **2021**

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

- Стоматологическая Ассоциация России

## II. Оглавление

I. Титульный лист .....	1
II. Оглавление .....	2
III. Список сокращений.....	4
IV. Термины и определения .....	5
V. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) .....	6
1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	6
2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем .....	8
5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	10
VI. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	12
1. Жалобы и анамнез .....	13
2. Физикальное обследование.....	15
3. Лабораторные диагностические исследования.....	15
4. Иная диагностика.....	17
VII. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения .....	18
VIII. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	24
IX. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	24
X. Организация оказания медицинской помощи .....	25
XI. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) .....	25
XII. Критерии оценки качества медицинской помощи.....	25

XIII. Список литературы.....	27
XIV. Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	34
XV. Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	35
XVI. Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата .....	37
XVII. Приложение Б1. Алгоритмы действий врача .....	38
XVIII. Приложение Б2. Выбор ортопедических конструкций.....	39
XIX. Приложение В. Информация для пациента .....	39
XX. Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	40

### **III. Список сокращений**

ВПГ – вирус простого герпеса

ГИ – герпетическая инфекция

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

ИФ - интерферон

ИФА – иммуноферментный анализ

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

ПР – полость рта

ПЦР – полимеразная цепная реакция

РКИ – рандомизированное контролируемое исследование

СОР – слизистая оболочка рта

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

ЧЛО – челюстно-лицевая область

HCV – hepatitis C virus

HIV - human immunodeficiency virus

IgG, M – иммуноглобулин G, M

SIgA – секреторный иммуноглобулин A

#### IV. Термины и определения

**Герпетическая инфекция (ГИ)** – широко распространенная хроническая рецидивирующая инфекция, вызываемая герпес-вирусами и характеризующаяся преимущественным поражением нервной и эпителиальной ткани [1-3].

**Простой герпес** (син. «орофациальный герпес») (англ., лат. – Herpes Simplex) – широко распространенное инфекционное заболевание кожи и слизистых оболочек, возникающее в результате инфицирования вирусами простого герпеса 1 или 2 (ВПГ 1, 2) антигенных типов, характеризующееся разнообразием клинических проявлений и хроническим течением с тенденцией к рецидивированию и прогрессированию [1].

**Простой герпес губ** (син. «простой лабиальный герпес», «герпетический везикулярный дерматит губ») (лат. – Herpes labialis) – особый клинико-топографический вариант простого герпеса, характеризующийся преимущественной локализацией патологических элементов на коже и красной кайме губ, проявляющийся везикулезными высыпаниями и склонный к рецидивированию [1-6].

**Герпетический гингивостоматит** (син. «внутриоральный простой рецидивирующий герпес») - особый клинико-топографический вариант простого герпеса, характеризующийся преимущественной локализацией патологических элементов на слизистой оболочке рта (СОР) (твердое небо, десны), проявляющийся везикулезными высыпаниями и склонный к рецидивированию [1-3, 5-7].

**Персистенция** – способность вируса непрерывно или циклично реплицироваться в инфицированных клетках тропных тканей, создающая постоянную угрозу развития инфекционного процесса [1, 4, 8].

**Латенция** – пожизненное сохранение вируса в морфологически и иммунохимически видоизмененной форме в нервных клетках регионарных (по отношению к месту внедрения вируса) ганглиев чувствительных нервов [1, 4].

## **V. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

### **1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Простой герпес (орофациальный герпес) – широко распространенное инфекционное заболевание кожи и слизистых оболочек, возникающее в результате инфицирования ВПГ 1 или 2 антигенных типов, характеризующееся разнообразием клинических проявлений (преимущественно везикулезных) и хроническим течением с тенденцией к рецидивированию и прогрессированию [1].

### **2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

**Этиология.** Простой герпес губ вызывается ВПГ 1 или 2 антигенных типов, относящихся к подсемейству альфа-герпесвирусов, семейству Herpesviridae. При этом частота выявления ВПГ 1 типа выше [1-8].

**Патогенез.** В большинстве случаев первичное и повторное инфицирование происходит воздушно-капельным и контактно-бытовым путем (при прямом контакте или через предметы обихода и гигиены). Входными воротами для вируса являются слизистая оболочка губ, полости рта (ПР), носоглотки, конъюнктивы глаз, а так же кожа. Уровень риска заражения повышается при травматизации СОР [1-3].

*Первый этап патогенеза* приобретенной ГИ — абсорбция и размножение вируса в месте инокуляции, сопровождающиеся появлением типичных пузырьковых высыпаний, а также проникновение в кровяное русло и лимфатическую систему. С током лимфы и крови ВПГ заносится в лимфатические узлы, различные внутренние органы [1, 4, 5, 10].

*На втором этапе* проникновение ВПГ осуществляется неврогенным путем в сенсорные (симпатические) регионарные нервные ганглии (чувствительные ганглии тройничного нерва и других черепно-мозговых нервов), где он сохраняется в течение длительного времени в латентном состоянии. В нервных ганглиях вирус не доступен действию факторов гуморального и клеточного иммунитета (вируснейтрализующих антител и Т-киллеров) [1, 4, 5, 7].

Уникальными биологическими свойствами ВПГ является тканевой тропизм, способность к персистенции и латенции в организме инфицированного человека. *Персистенция* - способность вируса непрерывно или циклично реплицироваться в инфицированных клетках тропных тканей [1, 4, 9]. *Латенция* - пожизненное сохранение

вируса в морфологически и иммунохимически видоизмененной форме в нервных клетках регионарных (по отношению к месту внедрения ВПГ) ганглиев чувствительных нервов [1-4].

В случае развития рецидива герпетической инфекции распространение ВПГ происходит в центробежном направлении по аксонам нервных клеток, что определяет анатомическое постоянство очагов поражения («излюбленная локализация») при рецидивах герпеса [4].

#### *Иммунитет*

ГИ сопровождается развитием специфического гуморального и клеточного иммунитета. Характеристики противогерпетического иммунитета: нестерильный (вирус не элиминируется из организма), типоспецифический (преимущественно против соответствующего типа вируса), частично перекрестный [1, 4].

Неэффективность противогерпетического иммунитета обусловлена тем, что вирус в ганглиях сохраняется не в виде интактных частиц, а в форме субвирусных структур (ДНК-белкового комплекса). Противовирусные антитела не защищают от заражения тем же вирусом в иной локализации (аутоинокуляция), либо серологически родственным штаммом вируса в той же самой области (суперинфекция). Кроме того, ВПГ обладают иммунодепрессивным действием (иммунодефицит по Т-клеточному типу), обусловленным репродукцией вируса в лимфоцитах, нейтрофилах, моноцитах-макрофагах [1, 11-13].

Важную роль при рецидивирующем герпесе играет местный иммунитет (мукозальный). Обострение ГИ регистрируют на фоне снижения местного иммунитета (секреторного иммуноглобулина А (SIgA), интерферонов (ИФ)) при травмах, хирургических вмешательствах, стоматологическом лечении, местном применении кортикостероидов, косметологических процедурах и др. [1, 13, 14].

Вызываемые ВПГ заболевания рассматриваются как СПИД-индикаторные в связи с их частым обнаружением при данной патологии. В 1988 г. они включены в расширенное определение случаев, подлежащих эпидемиологическому надзору по поводу СПИДа [1, 4].

### **3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

ГИ является одной из наиболее массовых инфекций человека. По данным ВОЗ, до 90% взрослого населения являются носителями ВПГ. ГИ занимают второе место после гриппа по показателям смертности (35,8%). Летальность от диссеминированных форм ГИ составляет до 15,8% от всей летальности вирусных заболеваний [4, 16].

В России число обращающихся за медицинской помощью по поводу ГИ превышает 2,5 млн. в год [4, 15]. Инфицированность населения зависит от социально-экономического уровня жизни, бытовых традиций различных этнических групп.

При ГИ клинические формы заболевания развиваются у 10–15%, малосимптомные формы - у 10%, бессимптомная секрция вируса регистрируется – у 5%, редкоболеющие и лица без эпизодов герпеса в анамнезе составляют до 70% [1, 4].

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

**В00-В09 Вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи и слизистых оболочек**

**В00 Инфекции, вызванные вирусом герпеса [herpes simplex]**

В00.1 Герпетический везикулярный дерматит

В00.11 Простой герпес губ

В00.2 Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит

В00.2Х Герпетический гингивостоматит

В00.8 Другие формы герпетических инфекций

В00.9 Герпетическая инфекция неуточненная

#### **5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

*Классификация ГИ по механизму заражения [1, 8]:*

а) приобретенная:

- первичная,

- вторичная (рецидивирующая);

б) врожденная (внутриутробная инфекция) [1, 8]:

*Классификация ГИ по форме течения инфекционного процесса [1]:*

- латентная ГИ (бессимптомное носительство);

- локализованная ГИ (при одном очаге поражения);

- распространенная ГИ (при двух и более очагах поражения);

- генерализованная (висцеральная, диссеминированная) ГИ.

*Классификация ГИ в зависимости от продолжительности присутствия вируса в*

*организме [1]:*

- острая форма ГИ;
- инанпаратная (бессимптомная) форма ГИ;
- латентная форма ГИ;
- хроническая форма (с рецидивами) ГИ;<sup>[1]</sup><sub>SEP</sub>
- медленная форма ГИ.

*Классификация ГИ по стадии протекания [1]:*<sup>[1]</sup><sub>SEP</sub>

а) активная стадия инфекции: продуктивная вирусная инфекция, реализация генетической информации завершается образованием вирусного потомства, дочерних вирусных частиц; активная инфекция может протекать с клиническими проявлениями (рецидив) и бессимптомно;

б) неактивная стадия инфекции - abortивная вирусная инфекция: реализация генетической информации только неструктурных (альфа-) генов без образования новых дочерних частиц вируса [1].

*Классификация форм проявления ГИ в зависимости от клиники и локализации патологического процесса [1]:*

а) типичные:

- поражения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (стоматит, гингивит, фарингит, эзофагит и др.);

- поражения кожи (герпес губ, герпес крыльев носа, лица и т.д.);

б) атипичные: abortивная, отечная, зостериформный простой герпес, герпетиформная экзема Капоши (варицеллеформный пустулез Капоши), язвенно-некротическая, геморрагическая, эрозивно-язвенная, диссеминированная, рупиоидная, мигрирующая.

*В течении орофациального герпеса выделяют следующие периоды заболевания [1]:*

- продромальный,
- катаральный,
- период высыпаний,
- период регресса.

*По тяжести процесса выделяют легкую, средней степени и тяжелую формы заболевания [1].*

## **6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Клинические проявления орофациального герпеса могут отличаться при первичной и вторичной (рецидивирующей) ГИ, а также в зависимости от локализации патологического процесса [1-8].

**Первичная ГИ** у 80-90% первично инфицированных взрослых пациентов протекает в латентной форме. Только у 10-20% зараженных наблюдаются клинические проявления ГИ. Первичный герпес всегда протекает с выраженным общеинфекционным синдромом (интоксикация, лимфаденопатия, повышение температуры тела) [1, 3, 5-8, 10].

Инкубационный период длится от нескольких дней до двух недель.

Продромальный период проявляется интенсивным жжением, покалыванием, зудом и другими субъективными расстройствами.

Катаральный период характеризуется гиперемией и отеком кожи и СОР в области очага поражения.

Период высыпаний имеет различные проявления в зависимости от клинико-топографического варианта ГИ.

*Герпетический везикулярный дерматит (МКБ-10: B00.1), простой герпес губ (МКБ-10: B00.11)* сопровождается появлением на красной кайме губ и коже лица сгруппированных пузырьков размером 1,5-2 мм на гиперемизированном фоне. Сыпь появляется обычно единичными очагами, состоящими из 3-5 сгруппированных, реже сливающихся пузырьков. Через 2-5 дней вследствие мацерации и травматизации пузырьки разрываются, образуются слегка болезненные эрозии с фестончатыми контурами [1-8].

*Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит (МКБ-10: B00.2), герпетический гингивостоматит (МКБ-10: B00.2X)* характеризуется образованием на гиперемизированной СОР (чаще в области твердого неба и десен) мелких 1-1,5 мм сгруппированных пузырьков. Практически сразу после появления в ПР пузырьки разрываются. На их месте появляются болезненные эрозии и нечеткими контурами [1, 3, 5-8].

Период регресса характеризуется образованием буровато-желтоватых корок на красной кайме губ и коже лица, эпителизацией эрозий на СОР. Через 7-9 дней на их месте остается постепенно исчезающая эритема с буроватым оттенком. После регрессирования высыпаний может остаться нестойкая пигментация.

Продолжительность заболевания составляет около 10-14 дней [1, 3, 5-8].

**Вторичная (рецидивирующая) ГИ** регистрируется у людей, которые ранее перенесли бессимптомную или клинически выраженную форму первичной ГИ [1-3]. Рецидивы ГИ возникают на фоне циркулирующих противовирусных антител и поэтому протекают, как правило, с умеренно выраженным общеинфекционным синдромом. Они развиваются на фоне различных экзогенных факторов, снижающих активность иммунной системы человека (переохлаждение, перегревание, избыточное ультрафиолетовое облучение, переутомление, эмоциональный стресс, острые вирусные и бактериальные инфекции, изменения гормонального фона перед менструациями) [2, 3].

Рецидивирующий герпес по сравнению с первичным имеет меньшую продолжительность и интенсивность клинических проявлений [1-8].

Продромальный период при типичной форме выражается в субъективных ощущениях в виде легкого зуда, жжения, реже боли на коже или СОР в излюбленной локализации высыпаний (типичная локализация при герпетическом везикулярном дерматите (МКБ-10: В00.1) - на губах (*herpes labialis*), крыльях носа (*herpes nasalis*), коже щек (*herpes buccalis*), коже лица (*herpes facialis*); при герпетическом гингивостоматите и фаринготонзиллите (МКБ-10: В00.2) - на слизистой оболочке твердого неба, десен, глотки (*herpes pharyngealis*)) [1-3, 5-8].

Катаральный период характеризуется эритематозными пятнами разного размера и различной степени выраженности гиперемии, сопровождающимися умеренной отечностью.

Период высыпаний сопровождается возникновением небольших сгруппированных пузырьков полушаровидной формы с прозрачным содержимым на красной кайме губ и коже лица (чаще в излюбленной локализации) при герпетическом везикулярном дерматите (МКБ-10: В00.1) или на СОР (чаще в области твердого неба и десен) при герпетическом гингивостоматите и фаринготонзиллите (МКБ-10: В00.2). Через 2–5 дней пузырьки вскрываются с образованием эрозий на СОР и тонких серозных корочек на красной кайме губ и коже лица.

Период регресса наступает на 7-9 день и характеризуется отторжением корочек и заживлением эрозий наряду с сохранением розоватых или пигментированных пятен, окончательно разрешающихся через 1–2 недели.

Частота рецидивов различна: от 1-3 раз в год до 5 раз в месяц [1, 3, 5-8].

Появление герпетических поражений не чаще 2 раз в год умеренной выраженности в излюбленной локализации расценивают как благоприятный прогностический признак.

Рецидивы, возникающие чаще 2 раз в год, свидетельствуют о существенном дефекте

иммунной системы, что требует тщательного обследования больного [1-3].

Редко возможно непрерывное течение заболевания, когда старые элементы еще не разрешились, а новые уже появляются [1-3, 5-9].

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

Диагностика орофациального герпеса базируется на данных клинического обследования и результатах лабораторных методов исследования; направлена на установление клинико-топографической формы, степени тяжести заболевания, нуждаемости в проведении дополнительных методов обследования, определение показаний к лечению, а также на определение необходимости реабилитации пациента [1-3].

*При простом герпесе с характерными элементами высыпаний и типичной морфологией диагноз устанавливается на основании клинических данных. Лабораторное подтверждение не требуется [1-3, 7, 8].*

### ***Критерии установления диагноза в типичных случаях:***

1) *анамнестические данные* (жалобы на зуд, жжение появление высыпаний в типичной локализации; данные анамнеза, свидетельствующие об эпизодах рецидивирования ранее);

2) *данные физикального обследования* (наличие пузырьков, эрозий, корочек в типичной локализации).

*При протекании заболевания в следующих атипичных вариантах требуется лабораторное подтверждение диагноза:*

- при появлении нехарактерных высыпаний атипичной локализации,  
- при установлении этиологии инфекционного процесса при бессимптомном и хроническом рецидивирующем течении,

- при затрудненном дифференциальном диагнозе (при возникновении высыпаний с дерматомной распространенностью на фоне интоксикации, лихорадки, идентичных таковым при опоясывающем лишае),

- при установлении этиологии инфекционного процесса при диссеминации,

- при развитии первого эпизода болезни у беременных,

- при установлении этиологии инфекционного процесса у ВИЧ-инфицированных

лиц или лиц со вторичными иммунодефицитными состояниями различного генеза (онкологические больные после проведенных курсов лучевой и химиотерапии, трансплантации костного мозга; лица, получающие иммунодепрессанты; больные вирусным гепатитом) [1-3].

В выше перечисленных случаях диагноз ГИ должен устанавливаться по совокупности анамнестических, эпидемиологических, клинических данных и доступных лабораторных методов исследования: определения вирусной ДНК с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР); иммуноферментного анализа (ИФА) для определения титра вирусных антител; цитоморфологического исследования мазков для обнаружения многоядерных гигантских клеток и внутриклеточных включений; выделения вируса в культуре клеток [1-7].

#### ***Критерии установления диагноза в атипичных случаях:***

1) *анамнестические данные* (жалобы на зуд, жжение, появление высыпаний; данные анамнеза, свидетельствующие о рецидивах, контакте с инфицированными лицами; анамнестические данные могут быть не характерными);

2) *данные физикального обследования* (наличие пузырьков, эрозий, корочек в нетипичной локализации);

3) *лабораторные исследования* (выявление ВПГ методом ПЦР при исследовании мазков из очага поражения, выявление IgM и IgG к ВПГ 1 или 2 типа методом ИФА при исследовании крови).

#### **1. Жалобы и анамнез**

Жалобы пациентов с орофациальным герпесом определяются клинико-топографическим вариантом, характером и длительностью течения заболевания, распространенностью на момент обследования.

Больные предъявляют жалобы на зуд, жжение, болезненные высыпания в области локализации патологических элементов (красная кайма губ, кожа лица, СОР), на общие симптомы интоксикации (повышение температуры тела, головную боль, недомогание), возникающие чаще при первичном эпизоде заболевания, чем при его рецидиве [1-7, 17].

- Рекомендуется выявить *жалобы* у всех пациентов, уточнить время появления первых симптомов, длительность заболевания, интенсивность, характер его течения с целью постановки диагноза в типичных клинических случаях [1-3].

#### **GPP**

- Рекомендуется уточнить у пациента *эпидемиологический анамнез* с целью выявления контакта с больным той или иной формой ГИ (наличие герпетических высыпаний у членов семьи, близких) [1].

#### **GPP**

- Рекомендуется при сборе стоматологического *анамнеза* обращать особое внимание на наличие *провоцирующих факторов*: переохлаждение, перегревание, избыточное ультрафиолетовое облучение, переутомление, эмоциональный стресс, острые вирусные и бактериальные инфекции, изменения гормонального фона перед менструациями [1-3, 5-7].

#### **GPP**

- Рекомендуется проанализировать *результаты общеклинического обследования* пациента, характеризующие состояние его здоровья и степень компенсированности той или иной системной патологии; оценка степени сохранности системного здоровья и компенсированности сопутствующих общесоматических заболеваний необходима для определения нуждаемости в консультациях смежных специалистов, а также для оценки рисков проведения медикаментозного лечения [6, 17].

#### **GPP**

- Рекомендуется изучить *лекарственный анамнез* пациента с целью определения использованных ранее препаратов, длительности и регулярности их приема, эффективности проведенного лечения [1, 6].

#### **GPP**

- Рекомендуется выяснить у пациента наличие *непереносимости (аллергических реакций)* на отдельные лекарственные препараты, используемые для лечения системной или стоматологической патологии [6].

#### **GPP**

- Рекомендуется проанализировать степень сохранности стоматологического здоровья и *стоматологических составляющих качества жизни*, исходя из результатов самооценки пациентом уровня КЖ по индексу «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-49-RU (Приложение Г1); получить информированное согласие на обследование и лечение у врача-стоматолога [18-21].

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

## **2. Физикальное обследование**

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

- Рекомендуется проводить оценку состояния челюстно-лицевой области (ЧЛО) и собственно ПР в соответствии с *рекомендациями ВОЗ* по обследованию пациентов с патологией СОР с целью постановки диагноза в типичных клинических случаях [1-3].

### **GPP**

- Рекомендуется определить и *охарактеризовать* первичные (пятно, пузырек) и вторичные (эрозия, корка) *элементы поражения* по их количеству, форме, размерам, контурам, характеру группировки, состоянию перифокальных участков СОР; обозначить их локализацию в соответствии с топографическими кодами ВОЗ по схеме-топограмме СОР и красной каймы губ, прилагаемой к амбулаторной карте пациента [1-3, 5-7]. На схеме-топограмме целесообразно использовать цветовое кодирование элементов (*Приложение Г2*) [22].

### **GPP**

- Рекомендуется при наличии у пациента болевого симптома оценить степень его выраженности по визуально-аналоговой шкале (*Приложение Г3*) [23].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)**

- Рекомендуется при *осмотре ЧЛО* и других доступных к осмотру участков *кожи* и слизистых оболочек (кожа лица, ушные раковины, конъюнктивы и др.) обращать внимание на наличие герпетических высыпаний [1-3, 5-7].

### **GPP**

## **3. Лабораторные диагностические исследования**

У пациентов с редкими рецидивами (до 2 рецидивов в год) при типичной локализованной форме серологическая и вирусологическая диагностика не рациональна [1-3].

- Рекомендуется *определение ДНК вируса простого герпеса 1 и 2 типов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)* (исследование содержимого везикул, смывов с тканей, мазков-отпечатков, соскобов, биологических жидкостей и секретов организма) с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому

применению в Российской Федерации, пациентам в атипичных случаях (см. «Диагностика») с целью постановки окончательного диагноза [1-7, 24-29].

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

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

- Рекомендуется определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа в крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) больным с частыми рецидивами (4-6 раз в год и чаще) с целью исследование напряженности противогерпетического иммунитета [1-7, 24, 25].

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

**Комментарии:** Чувствительность метода составляет 78-80%, специфичность – 80-90%. Наличие противогерпетических IgM свидетельствует об остроте инфекционного процесса (первичная инфекция, реинфекция, реактивация). Специфические IgG являются антителами вторичного иммунного ответа. Они выявляются во второй половине инфекционного процесса при первичном заражении, при латентных инфекциях, при персистенции и реактивации.

- Рекомендуется обнаружение ВПГ 1, 2 культуральным методом в жидкости пузырьков в случаях затрудненной постановки диагноза с помощью ПЦР, с целью дифференциальной диагностики, а также определения чувствительности к лекарственным препаратам [2, 5, 8, 30-31].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)**

**Комментарии:** Чувствительность метода – 60-85%, специфичность – 100%. Вирусологический метод является “золотым стандартом” диагностики ГИ, но его проведение возможно лишь в течение первых 5 дней заболевания. Важно отметить, что на стадии высыпаний прямое обнаружение вируса успешно в 80% случаев, на стадии корочек – лишь в 20-30%.

- Рекомендуется проведение цитологического исследования микротрепарата тканей полости рта (соскоба с поверхности эрозий или содержимого везикул) с целью

экспресс-диагностики, уточнения диагноза в сложных клинических случаях, а также для дифференциальной диагностики с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, многоформной экссудативной эритемой, первичным и вторичным сифилисом, различными видами пузырчатки [5, 6, 32-34].

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

**Комментарии:** *При орофациальном герпесе в материале соскоба обнаруживаются типичные многоядерные гигантские клетки измененного вирусом эпителия и внутриклеточные включения (клетки Тцанка).*

#### **4. Иная диагностика**

- Рекомендуется проведение *консультации врача-дерматовенеролога* у всех пациентов с орофациальным герпесом с целью постановки окончательного, развернутого диагноза [1-3, 5-7].

#### **GPP**

- Рекомендуется консультация врача-иммунолога при частом рецидивировании заболевания (более 6 раз в год) с целью оценки иммунного статуса больного [1, 6].

#### **GPP**

- Рекомендуется *консультация врача-акушера-гинеколога/врача-уролога* при наличии соответствующих жалоб пациентов в связи с наличием высыпания на слизистых оболочках половых органов [1, 3].

#### **GPP**

- Рекомендуется проведение *первичной (диагностической) и мониторинговой фотосъемки* элементов поражения с использованием специальной фотосистемы высокого разрешения в режиме макросъемки, ретракторов и внутриротовых зеркал. Стоматологическая фотосъемка требует соблюдения этико-правовых норм, проводится после получения добровольного информированного согласия пациента, в целях клинико-планиметрического анализа очагов поражения и перифокальных зон СОР; архивирования клинического материала; сравнительной оценки состояния СОР в динамике наблюдения и лечения; проведения заочного он-лайн консультирования пациентов экспертами по заболеваниям СОР [35-38].

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

- Рекомендуется проведение *дополнительных лабораторных методов исследования* с целью определения HIV, HCV с последующей интерпретацией результатов врачами соответствующего профиля [1-7].

## **GPP**

### **Орофациальный герпес как СПИД-индикаторное заболевание**

- Рекомендуется врачу-стоматологу проявлять настороженность в отношении возможного инфицирования пациента ВИЧ в случае частого рецидивирования орофациального герпеса (свыше 6 раз в год), особенно при непрерывном рецидивировании и резистентности к терапии, а также отсутствии активной положительной динамики на фоне адекватной терапии [1-7, 39-41].

**Комментарии:** Вызываемые ВПГ заболевания рассматриваются как СПИД-индикаторные в связи с их частым обнаружением при данной патологии. В 1988 г. они включены в расширенное определение случаев, подлежащих эпидемиологическому надзору по поводу СПИДа.

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

### **Общие подходы к лечению простого герпеса: принципы, цели, задачи**

Лечение пациентов с орофациальным герпесом без осложнений проводится врачом-стоматологом в амбулаторных условиях; реализуется совместно с врачом-дерматовенерологом и врачами-интернистами в рамках основных профессиональных компетенций (в случае необходимости); строится на принципах комплексного персонифицированного подхода [1-3].

В настоящее время доказано, что полностью элиминировать ВПГ из организма человека не возможно. Исходя из этого, лечение больных с простым герпесом направлено на переводение активно реплицирующегося ВПГ в латентное состояние, снижении риска передачи ГИ, повышение показателей качества жизни пациентов [1-7].

По этой причине основной *целью* лечения пациентов с орофациальным герпесом является достижение стойкой ремиссии с полным купированием клинических симптомов заболевания и улучшением стоматологических составляющих качества жизни [1-7, 18].

Комплексное лечение пациентов с орофациальным герпесом предполагает решение следующих задач:

- уменьшение болевого симптома за счет эффективной этиотропной (противовирусной), противовоспалительной и обезболивающей терапии;
- стимулирование репаративной регенерации эрозированной СОР и красной каймы губ за счет топического применения кератоплатических средств;
- коррекция системных нарушений у пациентов с сочетанной общей патологией (по назначению врачей-интернистов);
- коррекция нарушений местного и общего иммунитета (по назначению врачей-интернистов);
- повышение общей резистентности организма и общее оздоровление пациента, нормализация режимов труда и отдыха и др.;
- коррекция пищевого рациона с исключением раздражающей пищи, ее обогащением витаминами (А, Е, С), микроэлементами и др.
- профилактика дальнейшего рецидивирования путем рационального лечения с динамическим клинико-морфологическим мониторингом.

Госпитализации по клиническим показаниям подлежат пациенты в случае тяжелого течения заболевания, пациенты с осложненными формами болезни, пациенты с генерализованными формами заболевания (с поражением нервной системы, глаз, внутренних органов), пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также по эпидемическим показаниям [1].

### **Консервативное лечение**

#### **Системное лечение орофациального герпеса**

- Рекомендуется пациентам с первичным клиническим эпизодом простого герпеса в качестве этиотропного лечения назначить ациклические нуклеозиды с целью подавления репликации вируса:

ацикловир\*\* 200 мг 5 раз в сутки в течение 7-10 дней [1-3, 5-8, 42]

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

или

ацикловир\*\* 400 мг 3 раза в сутки в течение 7-10 дней [1-3, 6, 43]

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

или

валацикловир 500 мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [1-3, 5-8, 44-48]

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

или

фамцикловир 250 мг 3 раза в сутки в течение 7-10 дней [1-3, 42, 44].

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

**\*\* - препараты, включенные в перечень ЖНВЛП.**

- Рекомендуется пациентам с рецидивом простого герпеса в качестве этиотропного лечения назначить ациклические нуклеозиды с целью подавления репликации вируса:

ацикловир\*\* 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней [1-3, 5-7, 42]

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

или

ацикловир\*\* 400 мг 3 раза в сутки в течение 5 дней [1-3, 6, 43]

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

или

ацикловир\*\* 800 мг 3 раза в сутки в течение 2 дней [1-3, 5-7, 42]

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

или

валацикловир 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней [1-3, 5-7, 44-48]

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

или

валацикловир 1,0 г 2 раза в сутки в течение 1 дня [1-3, 5-7, 44-48]

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

или

фамцикловир 125 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней [1-3, 42, 44]

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

или

фамциклоvir 1,0 г 2 раза в сутки в течение 1 дня [1-3, 42, 44].

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

**\*\* - препараты, включенные в перечень ЖНВЛП.**

***Комментарии:** Показанием к проведению лечения простого герпеса является наличие клинических проявлений заболевания. Наличие циркулирующих в сыворотке крови или других биологических жидкостях и секретах организма большого специфических противогерпетических антител не является показанием для назначения терапии.*

*Ни один из препаратов не имеет преимуществ в эффективности воздействия на течение заболевания.*

*Лечение не приводит к эрадикации вируса и не всегда влияет на частоту и тяжесть развития рецидивов в последующем.*

- Рекомендуется пациентам при частом рецидивировании (более 6 раз в год) простого герпеса назначить ациклические нуклеозиды длительным курсом (6-12 месяцев) в качестве супрессивной терапии:

валациклоvir 500 мг 1 раз в сутки [1-3, 5, 7, 42]

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

или

фамциклоvir 250 мг 2 раза в сутки [1-3, 42]

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

или

ациклоvir\*\* 400 мг 2 раза в сутки [1-3, 7].

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

**\*\* - препараты, включенные в перечень ЖНВЛП.**

***Комментарии:** Показаниями к назначению супрессивной терапии являются тяжелое течение заболевания, с частыми рецидивами (более 6 раз в год) и осложнениями; тяжелые продромальные симптомы; выраженная иммуносупрессия; нарушение психоэмоционального состояния в связи с возможностью передачи ВПГ.*

*Длительность супрессивной терапии определяется индивидуально. При достижении стойкого улучшения супрессивная терапия может быть прекращена. Эффективность супрессивной терапии оценивают как минимум по двум рецидивам. В*

*случае ухудшения течения заболевания в дальнейшем может быть принято решение о продолжении супрессивной терапии.*

- Рекомендуется пациентам при рецидивирующем тяжелом течении заболевания в качестве противовирусной терапии применение интерферона системного действия:  
Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b 1000000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в сутки ежедневно на курс 10 дней и более [1, 6, 49, 50].  
**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)**
- Рекомендуется пациентам при первичном клиническом эпизоде, сопровождающемся гипертермией, назначать жаропонижающие и анальгезирующие средства:  
Ацетаминофен 500 мг до 4 раз в день до 5 дней [5, 6]  
**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**  
или  
Ибупрофен 200 мг до 3 раз в день до 3-5 дней [5, 6].  
**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

#### **Местное лечение орофациального герпеса**

- Рекомендуется больным с первичным эпизодом и рецидивом простого герпеса назначить противовирусные мази/кремы в качестве этиологического лечения с целью подавления репликации вируса местно:  
Мазь ацикловир 5%\*\* 4-6 раз в день (каждые 4 часа) в течение 5-10 дней [2, 5-8, 46-48, 51-54]  
**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**  
или  
Пенцикловир крем каждые 2 часа в течение 5 дней [2, 7, 55].  
**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**\*\* - препараты, включенные в перечень ЖНВЛП.**

- Рекомендуется проведение местной обезболивающей терапии для снижения выраженности/купирования болевого симптома у пациентов с проявлениями простого герпеса на СОР, в частности перед приемом пищи:

*Лидокаина гидрохлорид* (2% гель) для аппликаций на болезненные участки 3 раза в день до купирования болевого симптома [5-8, 42, 51]

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

или

*Бензокаин* (5% раствор) для обработки полости рта 2-3 раза в день до купирования болевого симптома [42, 51].

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

- Рекомендуется местное применение антисептических препаратов для профилактики присоединения вторичной инфекции на фоне затрудненной гигиены полости рта в период обострения пациентам с проявлениями простого герпеса на СОР

*Хлоргексидина биглюконат* (0,2% раствор) для полоскания полости рта 2-3 раза в день в течение 5-7 дней [5-7]

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

или

*Раствор перекиси водорода 3%* для обработки полости рта 2-3 раза в день в течение 5-7 дней [5-7].

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

### **Иное лечение**

- Рекомендуется пациентам в период обострения орофациального герпеса *назначение лечебно-оздоровительного режима* (щадящий режим труда с ограничением физических и психоэмоциональных нагрузок) [1-8].

### **GPP**

- Рекомендуется пациентам в период обострения орофациального герпеса *назначение диетического питания* с ограничением приема раздражающей, горячей, грубой пищи [1-8].

### **GPP**

- Рекомендуется пациентам в периоде предвестников и катаральном периоде обострения *лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области* (проведение облучения очагов поражения высокоинтенсивным лазерным излучением однократно: длина волны -  $970 \pm 15$  нм, мощность – 2-4 Вт, режим работы – импульсно-периодический, способ воздействия – бесконтактный, время обработки патологического элемента – 20 с) [42, 56-60].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)**

- Рекомендуются всем пациентам с орофациальным герпесом консультации и клинический мониторинг врача-дерматовенеролога, консультации других специалистов по показаниям: врача-терапевта – при наличии соматической патологии, врача-иммунолога – при частом рецидивировании ГИ [1, 3, 6].

**GPP**

### **VIII. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

- Рекомендуется постепенность возрастания дозированных физических, умственных и психо-эмоциональных нагрузок, ограничение провоцирующих факторов всем больным после перенесенной ГИ с целью профилактики обострений [1, 4].
- Рекомендуется пациентам с орофациальным герпесом после достижения состояния ремиссии проведение санации полости рта: устранение очагов хронической инфекции, замена некачественных реставраций с использованием минимально травмирующих методик [6].

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

### **IX. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

- Не рекомендуется диспансерное наблюдение за лицами, перенесшими неосложненные формы простого герпеса [1, 3].
- Рекомендуется диспансерное наблюдение за больными с тяжелым течением заболевания, с частыми рецидивами (более 6 раз в год) и осложнениями; с тяжелыми

продромальными симптомами; выраженной иммуносупрессией; нарушением психоэмоционального состояния в связи с возможностью передачи ВПГ. Кратность диспансерных осмотров – 1 раз в 3 месяца [1, 3].

## **Х. Организация оказания медицинской помощи**

Плановая и экстренная госпитализация больных с неосложненными формами простого герпеса не показана. Лечебно-профилактические мероприятия при орофациальном герпесе проводятся амбулаторно.

## **XI. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

Оказание плановой стоматологической помощи пациентам с обострением простого герпеса проводится в период достижения стойкой ремиссии и осуществляется с использованием максимально атравматичных лечебно-профилактических и диагностических технологий [6].

В случае необходимости неотложного стоматологического лечения у пациента с обострением простого герпеса врач может оказать неотложную помощь со строгим соблюдением норм асептики и антисептики [6].

У пациентов с частыми обострениями орофациального герпеса (свыше 2 раз в год) рекомендуется назначение ациклических нуклеозидов с профилактической целью перед стоматологическим вмешательством (Валацикловир 2 г 2 раза в день в день стоматологического вмешательства и 1 г 2 раза в день на следующий день) [61-63].

## **XII. Критерии оценки качества медицинской помощи**

Критерии качества медицинской помощи определены в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ №203н от 10.05.2017 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Согласно п.II «Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи», п.2.1 «Критерии качества в амбулаторных условиях»:

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения	УДД	УРР
1	Ведение медицинской документации – медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях:	Да / Нет	1	А

	- заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой; - наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.	Да / Нет		
2	Выполнен первичный осмотр пациента: - оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте; - заполнение схемы-топограммы с цветоцифровым кодированием элементов поражения слизистой оболочки рта/красной каймы губ.	Да / Нет  Да / Нет	1	A
3	Установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента	Да / Нет	1	A
4	Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза	Да / Нет	1	A
5	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (по показаниям)	Да / Нет	1	A
6	Выполнен анализ крови биохимический (исследование уровня общего белка, глюкозы, креатинина, мочевой кислоты, билирубина общего, триглицеридов, аланин-аминотрансфераза, аспартат-аминотрансфераза) (по показаниям)	Да / Нет	1	A
7	Выполнено определение вируса простого герпеса человека 1, 2 типа методом полимеразной цепной реакции в крови и/или определение антител к вирусу простого герпеса человека 1, 2 типа в крови (по показаниям)	Да / Нет	1	A
8	Выполнена цитологическая диагностика (по показаниям)	Да / Нет	1	A
9	Дано направление на консультацию врача-гинеколога, врача-уролога (по показаниям), врача-иммунолога	Да / Нет	1	A
10	Получено заключение врача-дерматовенеролога для постановки развернутого диагноза простого герпеса	Да / Нет	1	A
11	Выполнена постановка окончательного стоматологического / клинического диагноза и оформление его обоснования в амбулаторной карте	Да / Нет	1	A
12	Выполнено формирование плана лечения с учетом окончательного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания и состояния пациента	Да / Нет	1	A
13	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами, обладающими противогерпетической активностью (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да / Нет	1	A

14	Проведено физиотерапевтическое лечение (по показаниям)	Да / Нет	2	В
15	Достигнута стабилизация клинико-функционального состояния слизистой оболочки рта и красной каймы губ: полное купирование болевого симптома / отсутствие отека и гиперемии слизистой оболочки рта / заживление патологических элементов /	Да / Нет	1	А
16	Выполнена постановка на диспансерный учет (при необходимости): - осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения	Да / Нет	1	А

### ХIII. Список литературы

1. Клинические рекомендации «Простой герпес (ПГ) у взрослых». Международная ассоциация специалистов в области инфекции (МАСОИ), 2016. <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/341>
2. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний. Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти; пер.с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2014; с. 1 - 736.
3. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. - 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016; с. 1 - 768.
4. Медицинская вирусология: Руководство. Под ред. Д.К. Львова. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008; с. 413 - 419.
5. Борк К. Болезни слизистой оболочки рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство: пер. с нем. М.: Мед.лит., 2011; с. 114 - 123.
6. Аксамит Л.А. Заболевания слизистой оболочки рта. Связь с общей патологией. Диагностика. Лечение. М.: МЕДпресс-информ, 2016; с. 35 - 45.
7. Porter S., Leão J.C., Gueiros L.A. Oral and Maxillofacial Viral Infections. Springer International Publishing AG, 2017; p. 1 - 25.
8. Ласкарис Дж. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта: руководство для врачей. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006; с. 194 – 196.
9. Barnabishvili N., Topuria T., Gamtsemlidze P., Topuria M. Different aspects of virus persistence (review). Georgian Med News 2012; №206: 73-78.

10. Everett R.D. Study of early events during herpes simplex virus type 1 infection by confocal microscopy. *Methods* 2011; №55(2): 144-152.
11. Tognarelli E.I., Palomino T.F., Corrales N., Bueno S.M., Kalergis A.M., González P.A. Herpes Simplex Virus Evasion of Early Host Antiviral Responses. *Front Cell Infect Microbiol* 2019; №9: 127. doi: 10.3389/fcimb.2019.00127.
12. Truong N.R., Smith J.B., Sandgren K.J., Cunningham A.L. Mechanisms of Immune Control of Mucosal HSV Infection: A Guide to Rational Vaccine Design. *Front Immunol* 2019; №10: 373. doi: 10.3389/fimmu.2019.00373 PMID: PMC6414784 PMID: 30894859
13. Criscuolo E., Castelli M., Diotti R.A., Amato V., Burioni R., Clementi M., Ambrosi A., Mancini N., Clementi N. Cell-to-Cell Spread Blocking Activity Is Extremely Limited in the Sera of Herpes Simplex Virus 1 (HSV-1) - and HSV-2-Infected Subjects. *J Virol* 2019; №93(11). pii: e00070-19. doi: 10.1128/JVI.00070-19. Print 2019 Jun 1.
14. Guan X., Zhang M., Fu M., Luo S., Hu Q. Herpes Simplex Virus Type 2 Immediate Early Protein ICP27 Inhibits IFN- $\beta$  Production in Mucosal Epithelial Cells by Antagonizing IRF3 Activation. *Front Immunol* 2019; №10: 290. doi: 10.3389/fimmu.2019.00290. eCollection 2019.
15. Мальчиков И.А. Дисс. док. мед. наук. Екатеринбург, 2008.
16. Ptaszyńska-Sarosiek I., Dunaj J., Zajkowska A., Niemcunowicz-Janica A., Król M., Pancewicz S., Zajkowska J. Post-mortem detection of six human herpesviruses (HSV-1, HSV-2, VZV, EBV, CMV, HHV-6) in trigeminal and facial nerve ganglia by PCR. *Peer J* 2019; Jan 9; 6: e6095. doi: 10.7717/peerj.6095. eCollection 2019.
17. Parks C.G., Andrew M.E., Blanciforti L.A., Luster M.I. Variation in the WBC differential count and other factors associated with reporting of herpes labialis: A population-based study of adults. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2007; №51: 336–343.
18. Crimi S., Fiorillo L., Bianchi A., D'Amico C., Amoroso G., Gorassini F., Mastroieni R., Marino S., Scoglio C., Catalano F., Campagna P., Bocchieri S., De Stefano R., Fiorillo M.T., Cicciù M. Herpes Virus, Oral Clinical Signs and QoL: Systematic Review of Recent Data. *Viruses* 2019; №11(5). pii: E463. doi: 10.3390/v11050463.
19. Меликян И.А., Ахмедов Г.Д., Топорков В.А., Игнатов Н.Г., Гуревич К.Г. Анализ публикаций по изучению качества жизни пожилых при стоматологических заболеваниях. *Стоматология для всех* 2018; № 1: 48-51.

20. Максимовский Ю.М., Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г., Федоткина О.В. Качество жизни и поведенческие факторы риска пациентов с патологией полости рта и челюстно-лицевой области. *Стоматология для всех* 2013; № 4: 34-36.
21. Гилева О.С., Либик Т.В., Халилаева Е.В., Данилов К.В., Халявина И.Н., Гилева Е.С., Садилова В.А., Пленкина Ю.А., Хохрин Д.В. Стоматологическое здоровье в критериях качества жизни. *Медицинский вестник Башкортостана* 2011; №6 (3): 6-11.
22. Гилева О.С., Либик Т.В. Методика оценки общей площади слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ и размеров ее отдельных топографических зон. *Материалы научной сессии 2010 года ГОУ ВПО ПГМА им. акад. Е.А.Вагнера Росздрава. Пермь 2010: 69-71.*
23. Гилева О.С., Задорина И.И., Исламова А.Ф., Пленкина В.А., Синтюрина А.А., Чупраков М.А. Оценка болевого симптома у пациентов с воспалительными заболеваниями слизистой оболочки рта, паро- и эндодонта. *Современные проблемы науки и образования* 2017; № 4: 17.
24. Arshad Z., Alturkistani A., Brindley D., Lam C., Foley K., Meinert E. Tools for the Diagnosis of Herpes Simplex Virus 1/2: Systematic Review of Studies Published Between 2012 and 2018. *JMIR Public Health Surveill* 2019; №5(2): e14216. doi: 10.2196/14216.
25. Brenner N., Mentzer A.J., Butt J., Michel A., Prager K., Brozy J., Weißbrich B., Aiello A.E., Meier H.C.S., Breuer J., Almond R., Allen N., Pawlita M., Waterboer T. Validation of Multiplex Serology detecting human herpesviruses 1-5. *PLoS One* 2018; №13(12): e0209379. doi: 10.1371/journal.pone.0209379. eCollection 2018.
26. Wald A., Huang M.L., Carrell D. et al. Polymerase chain reaction for detection of herpes simplex virus (HSV) DNA on mucosal surfaces: comparison with HSV isolation in cell culture. *J Infect Dis* 2003; №188: 1345–1351.
27. Vitale S., Loubatier C., Cannavo I., Giordanengo V. Problematic molecular diagnosis of HSV-1 infection due to a single nucleotide polymorphism in the US7 gene. *J Clin Virol* 2019; №110: 42-44. doi: 10.1016/j.jcv.2018.12.001. Epub 2018 Dec 3.
28. Mendez A.A., Bosco A., Abdel-Wahed L., Palmer K., Jones K.A., Killoran A. A Fatal Case of Herpes Simplex Encephalitis with Two False-Negative Polymerase Chain Reactions. *Case Rep Neurol* 2018; №10(2): 217-222. doi: 10.1159/000492053. eCollection 2018 May-Aug.
29. Hong Y.J., Lim M.S., Hwang S.M., Kim T.S., Park K.U., Song J., Kim E.C. Detection of herpes simplex and varicella-zoster virus in clinical specimens by multiplex real-time PCR

- and melting curve analysis. *Biomed Res Int* 2014; 261947. doi: 10.1155/2014/261947. Epub 2014 Apr 16.
30. Majewska A., Przybylski M., Dzieciatkowski T., Romejko-Wolniewicz E., Zaręba-Szczudlik J., Mlynarczyk G. Evaluation of an Integrated Cell Culture-based and PCR Assay for Diagnosis of Genital Herpes in Women. *Acta Dermatovenerol Croat* 2018; №26(3): 206-211.
  31. Greninger A.L., Roychoudhury P., Xie H., Casto A., Cent A., Pepper G., Koelle D.M., Huang M.L., Wald A., Johnston C., Jerome K.R. Ultrasensitive Capture of Human Herpes Simplex Virus Genomes Directly from Clinical Samples Reveals Extraordinarily Limited Evolution in Cell Culture. *mSphere* 2018; №3(3). pii: e00283-18. doi: 10.1128/mSphereDirect.00283-18. Print 2018 Jun 27.
  32. Athmanathan S., Pranesh V.M., Pasricha G., Garg P., Vemuganti G.K., Sharma S. Atypical Herpes simplex keratitis (HSK) presenting as a perforated corneal ulcer with a large infiltrate in a contact lens wearer: multinucleated giant cells in the Giemsa smear offered a clue to the diagnosis. *BMC Ophthalmol.* 2001; №1:1. Epub 2001 Apr 18.
  33. Kobayashi T.K., Sato S., Iwa N., Yakushiji M. Cytological diagnosis of herpesvirus keratitis by means of in situ hybridization: report of a case. *Ophthalmologica* 1991; №203(3): 109-13.
  34. Kobayashi T.K., Okamoto H., Yakushiji M. Cytologic detection of herpes simplex virus DNA in nipple discharge by in situ hybridization: report of two cases. *Diagn Cytopathol* 1993; №9(3): 296-9.
  35. Alabdullah J.H., Daniel S.J. A Systematic Review on the Validity of Teledentistry. *Telemed J E Health* 2018; №24(8): 639-648. doi: 10.1089/tmj.2017.0132. Epub 2018 Jan 5. PubMed PMID: 29303678.
  36. Daniel S.J., Wu L., Kumar S. Teledentistry: a systematic review of clinical outcomes, utilization and costs. *J Dent Hyg.* 2013; №87(6): 345-52. Review. PubMed PMID: 24357563.
  37. Irving M., Stewart R., Spallek H., Blinkhorn A. Using teledentistry in clinical practice as an enabler to improve access to clinical care: A qualitative systematic review. *J Telemed Telecare.* 2018; №24(3): 129-146. doi: 10.1177/1357633X16686776. Epub 2017 Jan 16. Review. PubMed PMID: 28092220.
  38. Estai M., Kanagasigam Y., Tennant M., Bunt S. A systematic review of the research evidence for the benefits of teledentistry. *J Telemed Telecare.* 2018; №24(3): 147-156. doi: 10.1177/1357633X16689433. Epub 2017 Jan 24. Review. PubMed PMID: 28118778.

39. Kouyoumjian S.P., Heijnen M., Chaabna K., Mumtaz G.R., Omori R., Vickerman P., Abu-Raddad L.J. Global population-level association between herpes simplex virus 2 prevalence and HIV prevalence. *AIDS* 2018; №32(10): 1343-1352. doi: 10.1097/QAD.0000000000001828.
40. Looker K.J., Elmes J.A.R., Gottlieb S.L., Schiffer J.T., Vickerman P., Turner K.M.E., Boily M.C. Effect of HSV-2 infection on subsequent HIV acquisition: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2017; №17(12): 1303-1316. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30405-X. Epub 2017 Aug 23.
41. Barnabas R.V., Webb E.L., Weiss H.A., Wasserheit J.N. The role of coinfections in HIV epidemic trajectory and positive prevention: a systematic review and meta-analysis. *AIDS* 2011; №25(13): 1559-73. doi: 10.1097/QAD.0b013e3283491e3e.
42. Chi C.C., Wang S.H., Delamere F.M., Wojnarowska F., Peters M.C., Kanjirath P.P. Interventions for prevention of herpes simplex labialis (cold sores on the lips). *Cochrane Database Syst Rev* 2015; Aug (8): 1-169.
43. Rooney J.F., Strauss S.E., Mannix M.L. et al. Oral aciclovir to suppress frequently recurrent herpes labialis: a double-blind, placebo controlled trial. *Ann Intern Med* 1993; №118: 268–272.
44. Cunningham A., Griffiths P., Leone P., Mindel A., Patel R., Stanberry L., Whitley R. Current management and recommendations for access to antiviral therapy of herpes labialis. *J Clin Virol.* 2012; №1(53): 6 – 11.
45. Laiskonis A., Thune T., Neldam S., Hiltunen-Back E. Valacyclovir in the Treatment of Facial Herpes Simplex Virus Infection. *The Journal of Infectious Diseases* 2002; Oct (186): S66 – S70.
46. Raborn G.W., Grace M.G.N. Recurrent Herpes Simplex Labialis: Selected Therapeutic Options. *J Can Dent Assoc* 2003; №8 (69): 498 – 503.
47. Field H.J., Vere Hodge R.A. Recent developments in anti-herpesvirus drugs. *Br Med Bull.* 2013; №106: 213-49. doi: 10.1093/bmb/ldt011. Epub 2013 Apr 17. Review.
48. Leung A.K.C., Barankin B. Herpes Labialis: An Update. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.* 2017; №11(2): 107-113. doi: 10.2174/1872213X11666171003151717.
49. Bruno Sainz, Jr., William P. Halford Alpha/Beta Interferon and Gamma Interferon Synergize To Inhibit the Replication of Herpes Simplex Virus Type 1. *Journal of Virology* 2002; №22(76): 11541–11550.
50. Alimbarova L.M. Cycloferon and management of herpes virus infection. *Antibiot Khimioter.* 2014; №59(3-4): 22-9. Review.

51. Stoopler E.T., Balasubramanlam R. Topical and Systemic Therapies for Oral and Perioral Herpes Simplex Virus Infections. *California Dental Association Journal* 2013; №4(41): 259 - 262.
52. Rosa M.I., Souza S.L., Farias B.F., Pires P.D., Dondossola E.R., dos Reis M.E. Efficacy of Topical 5% Acyclovir-1% Hydrocortisone Cream (ME-609) for Treatment of Herpes Labialis: a systematic review. *An Acad Bras Cienc* 2015; №87(2 Suppl): 1415-20. doi: 10.1590/0001-3765201520140701. Epub 2015 Aug 4.
53. Arain N., Paravastu S.C., Arain M.A. Effectiveness of topical corticosteroids in addition to antiviral therapy in the management of recurrent herpes labialis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis* 2015; №15: 82. doi: 10.1186/s12879-015-0824-0.
54. Hull C.M., Levin M.J., Tying S.K., Spruance S.L. Novel composite efficacy measure to demonstrate the rationale and efficacy of combination antiviral-anti-inflammatory treatment for recurrent herpes simplex labialis. *Antimicrob Agents Chemother.* 2014; №58(3):1273-8. doi: 10.1128/AAC.02150-13. Epub 2013 Dec 16.
55. Raborn G.W., Martel .Y., Lassonde M., Lewis M.A., Boon R., Spruance S.L. Worldwide Topical Penciclovir Collaborative Study Group. Effective treatment of herpes simplex labialis with penciclovir cream: combined results of two trials. *J Am Dent Assoc.* 2002; №3(133): 303-309.
56. Honarmand M., Farhadmollashahi L., Vosoughirahbar E. Comparing the effect of diode laser against acyclovir cream for the treatment of herpes labialis. *J Clin Exp Dent.* 2017; №9(6): e729-e732. doi: 10.4317/jced.53679. eCollection 2017 Jun.
57. Marotti J., Sperandio F.F., Fregnani E.R. et al. High-intensity laser and photodynamic therapy as a treatment for recurrent herpes labialis. *Photomed Laser Surg.* 2010; №28(3): 439-444.
58. de Paula Eduardo C., Aranha A.C., Simões A., Bello-Silva M.S., Ramalho K.M., Esteves-Oliveira M., de Freitas P.M., Marotti J., Tunér J. Laser treatment of recurrent herpes labialis: a literature review. *Lasers Med Sci.* 2014; №29(4): 1517-29. doi: 10.1007/s10103-013-1311-8. Epub 2013 Apr 13.
59. Ferreira D.C., Reis H.L., Cavalcante F.S., Santos K.R., Passos M.R. Recurrent herpes simplex infections: laser therapy as a potential tool for long-term successful treatment. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011; №44(3): 397-9.
60. Bello-Silva M.S., de Freitas P.M., Aranha A.C., Lage-Marques J.L., Simões A., de Paula Eduardo C. Low- and high-intensity lasers in the treatment of herpes simplex virus 1 infection. *Photomed Laser Surg.* 2010; №28(1): 135-9. doi: 10.1089/pho.2008.2458.

61. Wong Y.J., Veitz-Keenan A. Systemic nucleoside antiviral agents may be effective in prevention of recurrent herpes labialis. *Evid Based Dent.* 2013; №14(2): 54. doi: 10.1038/sj.ebd.6400937. Review.
62. Rahimi H., Mara T., Costella J., Speechley M., Bohay R. Effectiveness of antiviral agents for the prevention of recurrent herpes labialis: a systematic review and meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012; №113(5): 618-27. doi: 10.1016/j.oooo.2011.10.010. Epub 2012 Apr 12.
63. Miller C.S., Cunningham L.L., Lindroth J.E., Avdiushko S.A. The efficacy of valacyclovir in preventing recurrent herpes simplex virus infections associated with dental procedures. *J Am Dent Assoc.* 2004; №135(9): 1311-8.

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

1. Мандра Юлия Владимировна, директор института стоматологии, профессор кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук.

Конфликт интересов: отсутствует

2. Гилева Ольга Сергеевна, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук.

Конфликт интересов: отсутствует

3. Семенцова Елена Анатольевна, доцент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, доцент, кандидат медицинских наук.

Конфликт интересов: отсутствует

4. Лукина Галина Ильхамовна, профессор кафедры терапевтической стоматологии МГМСУ имени А.И. Евдокимова, профессор, доктор медицинских наук.

Конфликт интересов: отсутствует.

5. Абрамова Марина Яковлевна, профессор кафедры терапевтической стоматологии МГМСУ имени А.И. Евдокимова, доцент, доктор медицинских наук.

Конфликт интересов: отсутствует.

## **XV. Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**

### **Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. врачи-специалисты, в том числе: врачи-стоматологи, врачи-дерматовенерологи,
2. ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

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

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

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

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

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

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
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)
С	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)

#### **Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:**

1. поиск в электронных базах данных:

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

<https://www.cochrane.org>

<https://onlinelibrary.wiley.com>

<https://www.scopus.com/home.uri>

<https://www.researchgate.net>

2. библиотечные ресурсы.

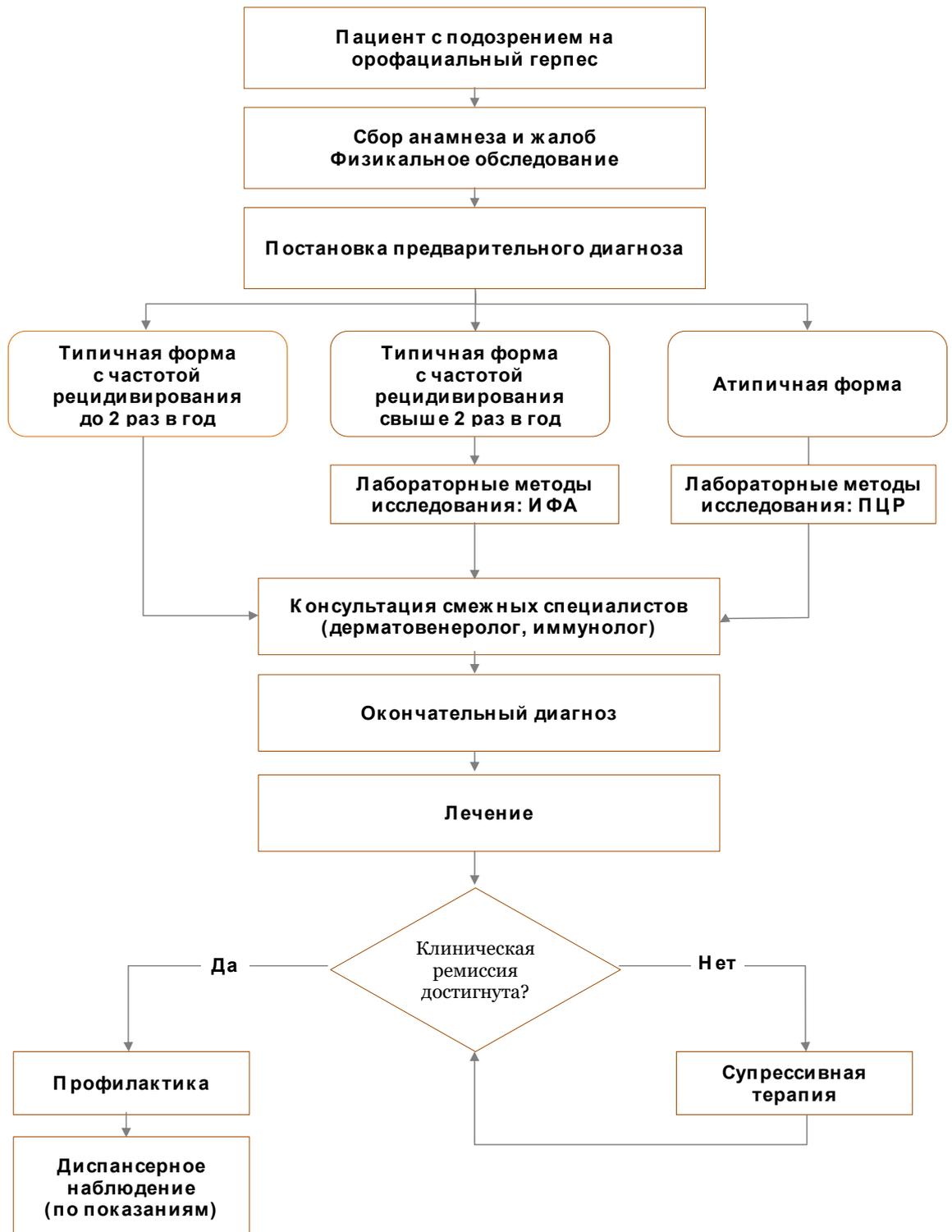
#### **Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

**XVI. Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

1. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, утвержденный Приказом N 1496н от 7 декабря 2011 г.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ №203н от 10.05.2017 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
3. Ацикловир (Aciclovir) инструкция по применению.
4. Валацикловир (Valaciclovir) инструкция по применению.

## XVII. Приложение Б1. Алгоритмы действий врача



## **XVIII. Приложение Б2. Выбор ортопедических конструкций**

Простой герпес не влияет на выбор ортопедической конструкции. Протезирование полости рта должно проводиться на стадии ремиссии.

## **XIX. Приложение В. Информация для пациента**

*Уважаемый пациент, пожалуйста, ознакомьтесь с краткой информацией о простом герпесе – вирусном заболевании, при котором может поражаться кожа и слизистая оболочка полости рта.*

*Если у Вас возникнут вопросы о причинах, природе, методах лечения этого заболевания и его возможных побочных эффектах, обратитесь к своему лечащему врачу.*

1. Простой герпес – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся пожизненной персистенцией вируса простого герпеса в организме.
2. Во время рецидива простого герпеса необходимо строго соблюдать правила личной гигиены в быту.
3. Передача инфекции может происходить при отсутствии клинических проявлений заболевания в результате бессимптомного вирусовыделения.
4. Показанием к проведению лечения простого герпеса является наличие клинических проявлений заболевания. Наличие циркулирующих в сыворотке крови или других биологических жидкостях и секретах организма больного специфических противогерпетических антител не является показанием для назначения терапии.
5. Ни один из препаратов не имеет преимуществ в эффективности воздействия на течение заболевания.
6. Лечение не приводит к эрадикации (уничтожению) вируса простого герпеса и не всегда влияет на частоту и тяжесть развития рецидивов в последующем.

## XX. Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

**Название на русском языке:** *Профиль влияния стоматологического здоровья (OHIP-49-RU)*

**Оригинальное название (если есть):** Oral Health Impact Profile (OHIP-49)

**Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):**  
 Гилева О.С., Халилаева Е.В., Либик Т.В., Подгорный Р.В., Халявина И.В., Гилева Е.С. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль Влияния Стоматологического Здоровья» OHIP-49-RU. Уральский медицинский журнал. 2009. № 8(62). С. 104-109.

**Тип (подчеркнуть):** шкала, индекс, опросник, другое (уточнить): \_\_\_\_\_

**Назначение:** субъективная оценка пациентом влияния стоматологического здоровья на качество жизни, анализ индекса в динамике – оценка эффективности лечебных мероприятий

**Содержание (шаблон):**

*Уважаемый пациент, мы просим Вас заполнить эту анкету. Это поможет нам в диагностике, дальнейшей работе и сделает лечебный процесс более эффективным. На каждый из вопросов выберите, пожалуйста, только один из вариантов ответа.*

**Ф.И.О.:** \_\_\_\_\_

**Дата:** \_\_\_\_\_

*До / После лечения (ненужное зачеркнуть)*

№	Вопрос	Варианты ответов
<b>Ограничение функции</b>		
1	Как часто Вы испытываете трудности при приеме пищи в связи с проблемами, связанными с зубами, слизистой полости рта или протезами (далее с полостью рта)?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
2	Как часто Вы испытываете трудности при произношении слов в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
3	Как часто вы обращаете внимание на эстетический недостаток ваших зубов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно

4	Как часто Вы обращаете внимание на то, что Ваш внешний вид меняется в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
5	Как часто Вы обращаете внимание на то, что Ваше дыхание испортилось из-за неприятного запаха из полости рта, связанного с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
6	Как часто Вы обращаете внимание на то, что у Вас ухудшилось вкусоощущение в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
7	Как часто при приеме пищи последняя застревает между естественными или искусственными зубами (протезами)?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
8	Случается ли, что Вы связываете нарушение пищеварения с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
9	Как часто Вас беспокоят жалобы на нарушение фиксации протеза?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
<b>Физический дискомфорт</b>		
10	Как часто Вы испытываете боль в полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
11	Как часто Вас беспокоит боль в челюстях?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
12	Случается ли, что Вы испытываете головную боль из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
13	Как часто Вы отмечаете повышенную чувствительность зубов к приему горячей, холодной, кислой или соленой пищи?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
14	Как часто Вас беспокоит зубная боль?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто

		Постоянно
15	Как часто Вас беспокоит боль в деснах?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
16	Меняется ли привычный для Вас пищевой рацион из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
17	Отмечаете ли Вы болезненные участки на слизистой полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
18	Считаете ли Вы Ваши протезы неудобными?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
<b>Психологический дискомфорт</b>		
19	Как часто Вас беспокоят проблемы в полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
20	Часто ли Вы испытываете психологический дискомфорт (стеснение) в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
21	Часто ли Вы чувствуете себя несчастным (ой) из-за проблем с зубами?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
22	Часто ли Вы испытываете дискомфорт в связи со своим внешним видом из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
23	Как часто Вы испытываете внутреннее напряжение из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
<b>Физические расстройства</b>		
24	Как часто в связи с проблемами полости рта Вы отмечаете нарушение дикции?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
25	Как часто в связи с проблемами полости рта у Вас нарушается процесс общения с другими людьми?	Никогда Крайне редко

		Часто Очень часто Постоянно
26	Чувствуете ли Вы, что Ваше вкусоощущение ухудшилось из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
27	Бывает ли, что Вы не можете эффективно чистить зубы из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
28	Как часто проблемы полости рта ограничивают (делают невозможным) прием пищи?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
29	Как часто проблемы полости рта ограничивают Ваш привычный пищевой рацион?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
30	Бывает ли, что проблемы, связанные с зубными протезами, делают невозможным прием пищи?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
31	Бывает ли, что в связи с проблемами полости рта Вы избегаете улыбки?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
32	Вы вынуждены прерывать прием пищи в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
<b>Психологические расстройства</b>		
33	Случается ли, что в связи с проблемами полости рта нарушается (прерывается) Ваш сон?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
34	Огорчают ли Вас проблемы, связанные с зубами, слизистой полости рта или ношением протезов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
35	Бывает ли для Вас трудным расслабиться (отдохнуть) в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно

36	Случается ли, что в связи с проблемами полости рта Вы впадаете в депрессию?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
37	Могут ли проблемы полости рта ухудшить концентрацию Вашего внимания?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
38	Смущают ли Вас проблемы, связанные с зубами, слизистой полости рта или ношением протезов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
<b>Социальная дезадаптация</b>		
39	Стараетесь ли Вы избегать социальных контактов в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
40	Бывают ли случаи, когда Вы менее терпимы к членам своей семьи из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
41	Часто ли проблемы полости рта перерастают в проблемы социальных контактов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
42	Бываете ли Вы раздражительны с другими людьми из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
43	Испытываете ли Вы затруднения в профессиональной деятельности из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
<b>Ущерб</b>		
44	Чувствуете ли Вы ухудшение состояния общего здоровья из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
45	Несете ли Вы какие-либо финансовые потери (убытки) из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
46	Испытываете ли Вы невозможность получать удовольствие от общения с друзьями в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто

		Очень часто Постоянно
47	Испытываете ли Вы неудовлетворенность жизнью в целом из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
48	Случалось ли так, что Вы были абсолютно неспособны что-либо делать из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
49	Считаете ли Вы, что проблемы полости рта делают невозможным выполнение Ваших профессиональных обязанностей?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно

**Ключ (интерпретация):**

Каждому из ответов присваивается количество баллов: никогда – 0 баллов, крайне редко – 1 балл, часто – 2 балла, очень часто – 3 балла, постоянно – 4 балла.

Производится расчет интегрального показателя ОНП-49-RU путем суммирования баллов по всем вопросам (49).

Для оценки влияния стоматологического здоровья по 7 составляющим (шкалам) качества жизни (ограничение функций, физический дискомфорт, психологический дискомфорт, физические расстройства, психологические расстройства, социальная дезадаптация, ущерб) рассчитывается сумма баллов по каждой из шкал.

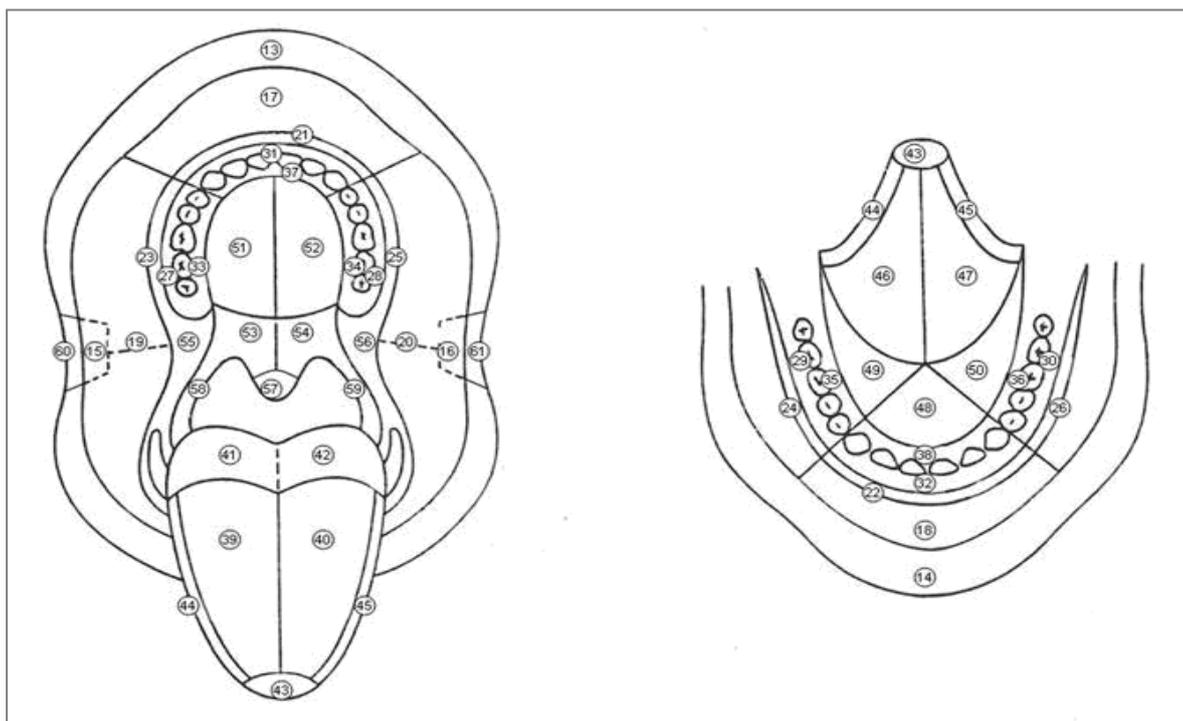
**Название на русском языке:** *Схема-топограмма слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.*

**Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):** Гилева О.С., Либик Т.В., Кобус А.Б., Бондаренко Е.А., Белева Н.С., Подгорный Р.В. Комплексная оценка влияния зубных паст на слизистую оболочку полости рта и красную кайму губ (клинико-социологическое исследование) (часть II). Институт стоматологии. 2008. № 3 (40). С. 56-59.

**Тип (подчеркнуть):** шкала, индекс, опросник, другое (уточнить): схема-топограмма.

**Назначение:** документирование элементов поражения в карте стоматологического больного по топографическим кодам ВОЗ.

**Содержание (шаблон):** Схема-топограмма СОР и красной каймы губ представлена на рис. 1.



<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: red; border: 1px solid black;"></span> - эрозия, язва	<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> - гиперкератоз
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #8B4513; border: 1px solid black;"></span> - пузырек	<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #ADD8E6; border: 1px solid black;"></span> - афта
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #483D8B; border: 1px solid black;"></span> - корка, налет	<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #FF8C00; border: 1px solid black;"></span> - бугорок, папилломатоз

Рис. 1. Схема-топограмма слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

**Ключ (интерпретация):** Пораженные участки СОР и красной каймы губ окрашиваются в соответствии с цветовой кодировкой элементов поражения: красный – эрозия и/или язва, оранжевый – пузырек, пузырь, желтый – гиперкератоз, бляшка, зеленый – бугорок, папилломатоз, голубой – афта, коричневый – корка и/или налет.

**Название на русском языке:** *Визуально-аналоговая шкала для оценки болевого симптома у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.*

**Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):** Гилева О.С., Задорина И.И., Исламова А.Ф., Пленкина В.А., Синтюрина А.А., Чупраков М.А. Оценка болевого симптома у пациентов с воспалительными заболеваниями слизистой оболочки рта, паро- и эндодонта. Современные проблемы науки и образования. 2017. № 4. С. 17.

**Тип (подчеркнуть):** шкала, индекс, опросник, другое (уточнить): \_\_\_\_\_

**Назначение:** субъективная оценка пациентом болевого симптома.

**Содержание (шаблон):** Визуально-аналоговая шкала для оценки болевого симптома представлена на рис. 2.

*Уважаемый пациент, для контроля успешности (эффективности) проводимого лечения, своевременной коррекции болевого симптома просим Вас заполнить шкалу оценки боли по 10-балльной системе.*

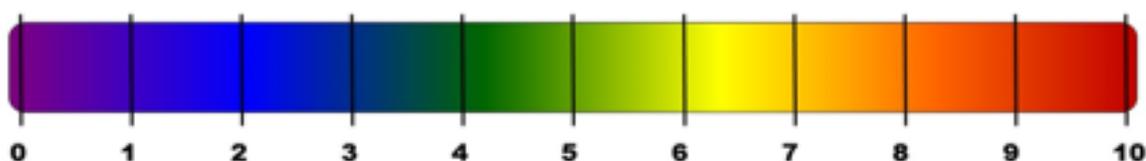


Рис. 2. Визуально-аналоговая шкала для оценки болевого симптома.

**Ключ (интерпретация):**

Цветовая кодировка шкалы боли представлена в виде оптического спектра:

- Фиолетовый (0 баллов) – отсутствие боли;
- Синий (1-3 балла) – легкая боль;
- Зеленый (4-6 балла) – умеренная боль;
- Желто-оранжевый (7-9 баллов) – сильная боль;
- Красный (10 баллов) – нестерпимая боль, требующая экстренного купирования.

**Пояснения:** Шкала может быть использована при первичном приеме для оценки степени выраженности болевого симптома, а также при повторных приемах для оценки эффективности терапии и принятия своевременных мер по коррекции болевого симптома.