



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

«26» 11. 2024г.

№ 851-02

г. Тирасполь

Об утверждении Клинических рекомендаций
по оказанию медицинской помощи
«Ветряная оспа»

В соответствии с Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 19 августа 2024 года № 378 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 24-35), Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный № 10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22) с изменениями, внесенными Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 15 октября 2021 года № 759 (регистрационный № 10571 от 4 ноября 2021 года) (САЗ 21-44), в целях повышения качества оказания медицинской помощи,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи «Ветряная оспа» согласно Приложению к настоящему Приказу.
2. Руководителям подведомственных медицинских организаций принять настоящий Приказ к руководству и довести до сведения медицинского персонала Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи «Ветряная оспа», утвержденные настоящим Приказом.
3. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Министр

К.В. Албул

Клинические рекомендации

«Ветряная оспа»

Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10): B01

Год утверждения (частота пересмотра): 2024 (пересмотр каждые 5 лет)

Возрастная категория: дети, взрослые

Оглавление

Список сокращений.....	3
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация.....	6
1.1 Определение.....	6
1.2 Этиология и патогенез.....	6
1.3. Эпидемиология.....	7
1.4. Кодирование по МКБ 10.....	8
1.5. Классификация.....	8
1.6. Клиническая картина.....	9
2. Диагностика.....	13
2.1. Жалобы и анамнез.....	13
2.2 Физикальное обследование.....	14
2.3 Лабораторная диагностика.....	15
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	16
2.5 Иная диагностика.....	17
3. Лечение.....	20
3.1. Консервативное лечение.....	20
3.2. Хирургическое лечение.....	24
3.3. Иное лечение.....	24
4. Реабилитация.....	25
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	26
6. Организация оказания медицинской помощи.....	28
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	29
Список литературы:.....	31
Приложение А1.....	32
Состав рабочей группы:.....	32
Приложение А2.....	33
Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	33
Приложение Б.....	35
Алгоритм действий врача.....	35
Приложение В.....	37
Информация для пациента.....	37
Приложение Г.....	39
Шкалы оценки, опросники и т.д., приведённые в тексте клинических рекомендаций.....	39

Список сокращений

ВОП – врач общей практики;

Ig A – иммуноглобулины класса А;

IgG – иммуноглобулины класса G;

IgM – иммуноглобулины класса M;

ДВС – диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови;

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт;

ИФА – иммуноферментный анализ;

МЕ – международные единицы;

МКБ – международная классификация болезней;

МРТ – магнитно-резонансная томография;

НСГ – нейросонография;

ОАК – общий анализ крови;

ОАМ – общий анализ мочи;

ПЦР – полимеразная цепная реакция;

РПГА – реакция прямая гемагглютинации;

РСК – реакция связывания комплемента.

ВО - ветряная оспа

Термины и определения

Заболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Инструментальная диагностика – диагностика с использованием для обследования больного различных приборов, аппаратов и инструментов.

Исходы заболеваний - медицинские и биологические последствия заболевания.

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Клинические рекомендации оказания медицинской помощи - нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

Клиническая ситуация - случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.

Лабораторная диагностика – совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специального оборудования.

Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Нозологическая форма - совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.

Осложнение заболевания - присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.

Основное заболевание - заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Последствия (результаты) - исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.

Симптом - любой признак болезни, доступный для определения независимо от метода, который для этого применялся.

Синдром - состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

Состояние - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.

Сопутствующее заболевание - заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

Тяжесть заболевания или состояния - критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Функция органа, ткани, клетки или группы клеток составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Ветряная оспа - острое антропонозное инфекционное заболевание, вызываемое вирусом из семейства Herpesviridae - Varicella Zoster, передающееся воздушно-капельным, контактным(слюной), транспланцентарным путем характеризующееся лихорадкой и толчкообразным появлением на коже и слизистых полиморфной пятнисто-везикулезной сыпи. Ветряная оспа относится к числу наиболее часто встречающихся заболеваний детского возраста и имеет повсеместное распространение. К 10-14 годам практически все дети приобретают иммунитет. Дети первых месяцев жизни болеют редко. В структуре по возрастной заболеваемости ветряной оспой самая высокая заболеваемость отмечается среди детей 3-6 лет, затем среди детей 1-2 лет и 7-14 лет. Наименьшие показатели заболеваемости среди детей в возрасте до 1 года.

1.2 Этиология и патогенез

1.2.1 Этиология

Возбудитель ветряной оспы — вирус Varicella-Zoster — относится к 3-му типу вирусов из семейства Herpesviridae, подсемейству α -вирусов 3 типа, содержит ДНК. Размеры вириона достигают 150—200 нм в диаметре. Вирус поражает ядра клеток с формированием эозинофильных внутриядерных включений, может вызывать образование гигантских многоядерных клеток. По свойствам близок к вирусу простого герпеса и неотличим от возбудителя опоясывающего герпеса, вследствие чего, по современной таксономии и классификации, он обозначен как вирус ветряной оспы - зостер. Внешняя оболочка вируса содержит двойной слой липидов и представляет собой производное ядерной оболочки клетки-хозяина. Между капсидом и внешней оболочкой вируса находятся белки матрикса. К основным свойствам вируса относятся: летучесть, чрезвычайно малая устойчивость во внешней среде, способность к длительному персистированию с последующей реактивацией, дерматотропность. Вирус инактивируется при температуре 50—52°C в течение 30 мин, чувствителен к ультрафиолетовому облучению, хорошо переносит низкие температуры, повторные замораживания и оттаивания.

1.2.2. Патогенез

Вирус проникает в организм человека через верхние дыхательные пути, где он фиксируется на клетках слизистой оболочки и внедряется в них. В клетках слизистой дыхательных путей происходит первичное размножение и накопление вируса. Затем вирус поступает в соответствующие отделы лимфатической системы и в конце инкубационного

периода проникает в кровь и разносится по всему организму. Возникает вирусемия. Обладая тропностью к эпителию кожи и слизистых оболочек, возбудитель фиксируется в эпителии поверхностного слоя кожи. В месте фиксации вируса происходит локальное расширение кровеносных капилляров, появляется серозный отёк, происходит отслоение эпидермиса, что обуславливает формирование пятна-папулы-везикулы. Следует отметить, что образовавшиеся при ветряной оспе везикулы однокамерные и в ряде случаев могут переходить в пустулу. При подсыхании везикул на их месте образуются корочки, после отпадения которых происходит восстановление эпидермиса без образования рубца (в отличие от натуральной оспы). Одновременно с поражением кожи и слизистых оболочек у больных возникает повышение температуры тела, головная боль и другие явления интоксикации, что может быть обусловлено накоплением в крови токсических метаболитов репродукции вируса, а также возникновением аллергической перестройки организма. У лиц с нарушениями иммунитета могут развиваться тяжёлые формы ветряной оспы с поражением внутренних органов. *Патологоанатомические изменения* при ветряной оспе изучены недостаточно, так как летальные исходы очень редки и возможны на фоне других заболеваний или при висцеральных её формах. Висцеральные поражения при ветряной оспе встречаются редко и диагностируются обычно только на вскрытии трупа. Они характеризуются обнаружением в печени, лёгких, почках, селезёнке, поджелудочной железе мелкопато-белых очажков некроза, гистологически сходных с ветряночными высыпаниями на коже. После перенесенного заболевания остаётся стойкий (пожизненный) иммунитет, но в некоторых случаях при резком снижении напряжённости иммунитета у взрослых, перенесших ветрянку в детстве, при инфицировании возможно повторное заболевание. Вирус ветряной оспы может пожизненно сохраняться в организме реконвалесцента в латентном состоянии, локализуясь в межпозвоночных ганглиях. В ряде случаев при ослаблении организма (стресс, травма, интоксикация, хронические заболевания и др.) через много лет может возникнуть активация вируса с проявлениями опоясывающего герпеса, причём наличие в крови антител Ig G не защищает от реактивации инфекции. Механизмы сохранения вируса в нервных клетках и возможной его активации в настоящее время изучены недостаточно.

1.3 Эпидемиология

Ветряная оспа - типичная антропонозная инфекция.

Источником инфекции является человек, больной ветряной оспой и опоясывающим герпесом. Больной заразен с последних двух дней инкубационного периода до пяток суток с момента появления последней везикулы. Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют больные лёгкими и стёртыми формами ветряной оспы, так как в таких случаях

температура тела не повышается, имеются единичные высыпания, и заболевание не распознаётся, а больные, следовательно, не изолируются.

Механизмы передачи: аэрозольный, контактный.

Пути передачи: воздушно-капельный, редко - контактно-бытовой, вертикальный. Возбудитель потоком воздуха может переноситься на большие расстояния (в соседние комнаты, с одного этажа здания на другой). Возможна транспланцентарная передача вируса от матери плоду.

Восприимчивость к ветряной оспе очень высокая. Индекс контагиозности – близок к 100%. *Заболееваемость* чрезвычайно высокая. Болеют преимущественно дети дошкольного возраста. Дети первых 2-3 месяцев жизни, находящиеся на естественном вскармливании, болеют редко, так как с молоком получают антитела от матери. Но в случаях отсутствия иммунитета у матери и при наличии контакта с больным ветряной оспой могут заболеть и новорождённые дети.

Сезонность: заболеваемость повышается в осенне - зимний период.

Периодичность. Выраженные периодические повышения и спады заболеваемости отсутствуют.

Иммунитет. После перенесенного заболевания стойкий. Повторные случаи ветряной оспы встречаются очень редко. Однако вирус персистирует в организме пожизненно и при снижении защитных сил макроорганизма обуславливает развитие опоясывающего герпеса. *Летальные исходы* возможны у больных с генерализованными, геморрагическими, гангренозными, буллезными формами заболевания и при развитии бактериальных осложнений.

1.4 Кодирование по МКБ-10

Ветряная оспа, согласно МКБ X-го пересмотра относится к рубрике «B00-B09» Вирусные инфекции, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек»:

- B01 Ветряная оспа (Varicella)
- B01.0 Ветряная оспа с менингитом (G02.0*)
- B01.1 Ветряная оспа с энцефалитом (G05.0*)
- B01.2 Ветряная оспа с пневмонией (17.1*)
- B01.8 Ветряная оспа с другими осложнениями
- B01.9 Ветряная оспа без осложнений

1.5 Классификация

По типу:

1. Типичная.
2. Атипичная:
 - рудиментарная;
 - пустулезная;
 - буллезная;
 - геморрагическая;
 - гангренозная;
 - генерализованная (висцеральная).

По тяжести:

1. Легкая форма.
2. Среднетяжелая форма.
3. Тяжелая форма.

Критерии тяжести:

- выраженность синдрома интоксикации;
- выраженность местных изменений.

По течению (по характеру):

1. Гладкое.
2. Негладкое:
 - с осложнениями;
 - с наложением вторичной инфекции;
 - с обострением хронических заболеваний.

1.6 Клиническая картина

В типичной форме ветряная оспа протекает циклично.

Инкубационный период продолжается от 11 до 21 сут. (чаще 14—17 сут.).
Продромальный период продолжается от нескольких часов до 1—2 сут. (чаще отсутствует). Характеризуется слабо выраженным синдромом интоксикации, субфебрильной температурой тела, редко— синдромом экзантемы: мелкоточечной или мелкопятнистой сыпью (rash), которая обычно предшествует высыпанию типичных пузырьков. Иногда в продромальном периоде у больных могут отмечаться незначительные катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей (насморк, кашель, першение в горле). Такая неопределённая симптоматика затрудняет клиническую диагностику заболевания в периоде продрома.

Период высыпания продолжается 2—5 сут. Заболевание обычно начинается остро, с повышения температуры тела до 37,5—38,5 °С, умеренно выраженных проявлений интоксикации (головная боль, раздражительность), а также развития характерной пятнисто-

везикулезной сыпи на коже, слизистых оболочках щек, языка, неба. Первые пузырьки, как правило, появляются на туловище, волосистой части головы, лице. В отличие от натуральной оспы, лицо поражается меньше и позже туловища и конечностей, сыпь на ладонях и подошвах встречается редко, в основном при тяжелых формах. Динамика развития элементов сыпи (пятно — папула — везикула — корочка) происходит быстро: пятно превращается в везикулу в течение нескольких часов, везикула — в корочку за 1—2 сут. Ветряночные элементы (диаметр 0,2—0,5 см) имеют округлую или овальную форму, располагаются на неинфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии; стенка везикул напряжена, содержимое прозрачное. В отличие от натуральной оспы пузырьки однокамерные и спадаются при проколе. Со 2-го дня периода высыпания поверхность везикулы становится вялой, морщинистой, центр ее начинает западать. В последующие дни образуются геморрагические корочки, которые постепенно (в течение 4—7 сут.) подсыхают и отпадают; на их месте может оставаться легкая пигментация, в некоторых случаях — единичные рубчики («визитная карточка ветряной оспы»). У больных ветряной оспой высыпания появляются в течение 2—5 сут., «толчкообразно», что и обуславливает ложный полиморфизм сыпи (на одном участке кожи имеются элементы сыпи в разной стадии развития— от пятна до корочки). В последние дни высыпания элементы становятся более мелкими, рудиментарными и часто не доходят до стадии пузырьков. Везикулы нередко появляются на слизистых оболочках полости рта, конъюнктивах, реже — гортани и половых органов. Элементы сыпи на слизистых оболочках нежные, быстро вскрываются и превращаются в поверхностные эрозии (афты), в области которых отмечается незначительная болезненность. Заживление эрозий наступает на 3—5-й день высыпаний.

Каждое новое высыпание сопровождается повышением температуры тела, поэтому температурная кривая при ветряной оспе неправильного типа.

Характерен параллелизм между синдромами интоксикации и экзантемы: у больных с обильной сыпью резко выражены головная боль, вялость, недомогание, снижение аппетита. *Период обратного развития* продолжается в течение 1—2 нед. после появления последних элементов сыпи, характеризуется подсыханием и отпадением корочек без рубцов.

Различают типичные и атипичные формы ветряной оспы.

К типичной форме относят случаи заболевания, при которых имеются характерные пузырьковые высыпания с прозрачным содержимым.

При **типичной лёгкой** форме общее состояние больного удовлетворительное, температура тела нормальная или кратковременно повышается до 37,5-38°C. На коже — разрозненные элементы типичной везикулёзной сыпи. Большинство элементов не идёт дальше пятнисто-папулёзной стадии, которые через 1-2 дня исчезают без образования пузырьков или

корочек. Высыпания на слизистой оболочке в большинстве случаев отсутствуют или состоят всего из 1-2 элементов. Период высыпания составляет 2-3 дня.

Среднетяжёлая форма характеризуется умеренно выраженными симптомами интоксикации, повышением температуры тела до 38.5-39°C, характерной обильной сыпью на коже, а у многих больных – и на слизистых оболочках. Период высыпания составляет 4-5 дней, иногда и дольше.

При тяжёлой форме высыпания очень обильные, подавляющее большинство элементов переходят в везикулы. Высыпание продолжается не менее 4-х дней, нередко – 7-9 дней. Общее состояние больного значительно нарушено. Температура тела повышается до 39.5-40°C, резко выражены симптомы интоксикации – головная боль, общая слабость или раздражительность, снижение или отсутствие аппетита, нарушение сна, возможно рвота, жидкий стул, очень редко – судороги и менингоэнцефалитические явления. Чаще тяжёлая форма наблюдается у лиц с отягощённым анамнезом

Атипичные формы

Рудиментарная форма характеризуется появлением розеолезных высыпаний. Температура тела не повышается, синдром интоксикации отсутствует.

Пустулезная форма развивается у больных ветряной оспой при наслоении вторичной бактериальной микрофлоры. При этом отмечаются повторное повышение температуры тела, нарастание симптомов интоксикации, помутнение содержимого пузырьков. После исчезновения высыпаний остаются рубчики.

Буллезная форма. У больных на фоне выраженных симптомов интоксикации на коже, наряду с типичными везикулами, образуются большие вялые пузыри.

Геморрагическая форма наблюдается у лиц, страдающих гемобластозами или геморрагическими диатезами, длительно получающих кортикостероидную или цитостатическую терапию. У больных на 2—3-й день периода высыпания содержимое пузырьков приобретает геморрагический характер. Возможны кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, носовые кровотечения и кровавая рвота. Общее состояние тяжелое (выражен нейротоксикоз). Прогноз часто неблагоприятный.

Гангренозная форма характеризуется появлением вокруг геморрагических пузырьков воспалительной реакции и образованием впоследствии участков некрозов, покрытых кровянистыми корочками. После отпадения корочек обнажаются глубокие язвы с «грязным» дном и подрытыми краями. Язвы увеличиваются в размерах, сливаются.

Гангренозные формы возникают у истощенных, ослабленных детей при присоединении вторичной микробной флоры. Состояние больных тяжелое, отмечаются явления нейротоксикоза. Течение заболевания длительное, нередко принимает септический характер.

Генерализованная (висцеральная) форма встречается у новорожденных, матери которых не болели ветряной оспой, а также у детей и взрослых, ослабленных тяжелыми заболеваниями и получающих стероидные гормоны. Заболевание характеризуется нейротоксикозом и везикулезными высыпаниями на внутренних органах: печени, легких, почках, надпочечниках, поджелудочной железе, вилочковой железе, селезенке, головном мозге. Генерализованная форма протекает крайне тяжело, часто заканчивается летальным исходом. У умерших больных при морфологическом исследовании обнаруживаются мелкие очаги некроза во внутренних органах.

Осложнения ветряной оспы.

Ветряная оспа, как правило, протекает доброкачественно, но в ряде случаев возможно развитие осложнений, которые развиваются при воздействии самого вируса или в результате присоединения бактериальной флоры.

Наиболее часто диагностируются кожные поражения в результате инфицирования элементов сыпи: возникновение очагов нагноения, абсцессов, флегмон. Высыпания на слизистой оболочке глаза могут осложняться конъюнктивитом или воспалением роговой оболочки глаза (кератитом), который может привести к слепоте.

При осложнении ветряной оспы инфекцией вторичного типа возможно попадание патогенной флоры в кровеносные и лимфатические пути и развитие лимфаденита, вторичной бактериальной пневмонии, сепсиса.

Серьезным осложнением ветрянки у детей является ветряночная пневмония, которая характеризуется тяжелым течением и высокой летальностью.

Поражение нервной системы при ветряной оспе встречается в 5-9% случаев. Неврологические осложнения чаще возникают у детей с 4 по 9 день болезни, но могут диагностироваться и в другие сроки заболевания. Для поражения центральной нервной системы (энцефалита) характерны тяжелое состояние, повышение температуры тела, головная боль, в ряде случаев рвота, возможно развитие повторных судорог. На фоне вышеперечисленных симптомов развивается мозжечковые нарушения, проявляющиеся дрожанием (тремором) рук, подергиванием глазных яблок (нистагмом), нарушение координации – неустойчивостью при стоянии, сидении, ходьбе. В тяжелых случаях дети не могут сидеть, стоять, держать голову, у них возникает головокружение. Речь становится тихой, замедленной, затрудненной. Поражение периферической нервной системы характеризуется поражением лицевого и зрительного нерва, а также развитием параличей. Возможно развитие миокардита, поражения почек (нефрит) или печени (гепатит), суставов (артрит).

Ветряная оспа во время беременности и при родах.

Беременные относятся к группе риска развития заболеваний, связанных с вирусом *Varicella zoster*. Внутриутробное инфицирование плода в течение первых 20 недель беременности может приводить к самопроизвольному аборту, внутриутробной смерти плода или рождению ребёнка с синдромом врождённой ветряной оспы (ветряночная эмбриопатия). Синдром врождённой ветряной оспы характеризуется пороками развития конечностей, головного мозга и органов зрения.

При заболевании беременной женщины за 4—5 дней до родов у ребёнка с вероятностью 17 % может развиваться врождённая ветряная оспа, которая протекает тяжело, сопровождается развитием обширной бронхопневмонии, поносом, перфорацией тонкой кишки, а также поражением внутренних органов, и приводит к гибели до 31 % заболевших.

2. Диагностика

Диагностика ветряной оспы осуществляется путем сбора анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявления осложнений и показаний к лечению.

Необходимости в консультации врачом-инфекционистом для клинического подтверждения диагноза ветряной оспы при типичной форме нет.

Эпидемиологические критерии диагностики ветряной оспы: - контакт с больным ветряной оспой или опоясывающим герпесом.

2.1. Жалобы и анамнез:

2.1.1 Жалобы:

- повышение температуры;
- появление высыпаний.

2.1.2 Анамнез:

- острое начало;
- контакт с клинически – подтвержденным случаем ветряной оспы за 11- 21 дней;
- сроки появления сыпи на 1-2-й день;
- редкое наличие продромы;
- характер сыпи (везикула), трансформация сыпи (пятно- папула- везикула - корочка);
- толчкообразность подсыпания сыпи 3-4 дня;
- феномен «ложного полиморфизма»;
- локализация сыпи – кожа головы, туловища, конечностей и слизистые оболочки;
- повышение температуры до 37-38⁰С, сохранение ее весь период высыпаний;
- наличие слабой интоксикации или ее отсутствие

2.2. Физикальное обследование

- умеренно выраженная интоксикация;

повышение температуры, иногда температура остается в пределах нормы;

- появление сыпи в первый день от начала заболевания;

• сыпь макуло – папуло - везикулезная, корочки на кожных покровах в том числе на волосистой части головы;

- везикулы располагаются и на слизистых оболочках;

- сыпь подсыпает в течение 3-4 дней;

- «ложный полиморфизм» сыпи: одновременное нахождение всех элементов сыпи;

Легкая форма — температура тела повышается до 37,5—38,5 °С в течение 2—3 сут., симптомы интоксикации отсутствуют или выражены незначительно. Высыпания необильные, продолжаются 2—3 дня, исчезают бесследно

Среднетяжелая форма — температура тела повышается до 38,6—39,5 °С в течение 3—5 сут., симптомы интоксикации выражены умеренно. Высыпания обильные, в том числе и на слизистых оболочках, продолжаются 5—7 сут., после их исчезновения может оставаться кратковременная пигментация. Возможно развитие осложнения в виде гнойных поражений кожи в результате инфицирования бактериальной флорой элементов сыпи

Тяжелая форма — температура тела выше 39,6 °С в течение 7—10 сут., возможно развитие судорожного синдрома и менингоэнцефалических реакций. Высыпания обильные, крупные, «застывшие» в одной стадии развития, отмечаются как на коже (в том числе на ладонях и подошвах), так и на слизистых оболочках (в том числе верхних дыхательных путей и мочеполового тракта). Длительность высыпаний — 7—8 дней, после исчезновения сыпи, наряду с пигментацией, могут оставаться поверхностные рубчики. Характерно развитие осложнений и обострения хронических заболеваний пациента.

Таблица 1

Клинические критерии диагностики ветряной оспы

(Шкала уровней доказательности SIGN)

Признак	Характеристика признака	У.У.Р	УДД
Везикулезная сыпь на коже	Локализуется по всему телу, включая волосистую поверхность головы и минует ладони и подошвы.	С	3
Трансформация элементов сыпи	Характерна быстрая трансформация элементов сыпи (пятно-папула-везикула-корочка)	С	3
Ложный полиморфизм сыпи	На одном участке кожи имеются элементы сыпи в разной стадии развития— от пятна до корочки	С	3

Неодновременность высыпаний	Неодновременность – толчкообразность (обычно 2-4 толчка с интервалом 1-2 дня) высыпаний, сопровождающихся повышением температуры тела и другими симптомами интоксикации	С	3
Наличие энантемы (высыпаний на слизистых оболочках)	Одновременно с экзантемой появление энантемы (пятно-пузырёк с быстрым превращением в афту)	С	3
Неправильный тип температурной кривой	Каждое новое высыпание сопровождается повышением температуры тела (с интервалом в 12 дня)	С	3
Синдром интоксикации	Выраженность различна в зависимости от формы заболевания	Д	4

2.3. Лабораторная диагностика

Таблица 2

Методы диагностики

Метод	Показания
Микроскопический	Рекомендуется проводить на 2 день болезни для определения нозологии заболевания
Иммунофлюоресцентный	Проводится в периоде высыпаний для определения нозологии заболевания
Молекулярнобиологический метод (ПЦР)	При осложненных формах для определения нозологии заболевания
Иммуноцитохимический	При осложненных формах для определения нозологии заболевания
Серологический	Проводится на 7 – 10-й день болезни для определения сроков заболевания
Исследование цереброспинальной жидкости	Проводится для подтверждения этиологии осложнений и сопутствующих заболеваний со стороны ЦНС
Клинический анализ крови	Проводится на 2 день болезни для определения осложнений
Общий анализ мочи	Проводится в периоде высыпаний для определения осложнений
Биохимический анализ крови	Проводится в периоде высыпаний для определения возможных осложнений

Комментарии: Биологическим субстратом для исследования молекулярно-биологическим методом (ПЦР) являются содержимое и/или отделяемое везикул, эрозивно-язвенных элементов на коже и слизистых, мазки-отпечатки, биологические жидкости и секреты организма (кровь, ликвор).

Биологическим субстратом для исследования методом иммуноферментного анализа с целью выявления циркулирующих специфических антител (IgM, IgG) являются биологические жидкости и секреты организма (кровь, СМЖ).

Таблица 3

Критерии лабораторного подтверждения диагноза

Метод	Диагностический признак
Микроскопический	1) выявление телец Арагана (скопления вируса) в окрашенных серебром по Морозову мазках жидкости везикул при обычной или электронной микроскопии; 2) выявление плеоцитоза лимфоцитарного характера и/или повышение содержания белка в ликворе
Иммунофлюоресцентный	обнаружение антигенов вируса в мазках-отпечатках из содержимого везикул
Вирусологический	выделение вируса на эмбриональных культурах клеток человека
Молекулярнобиологический	выявление ДНК вируса методом ПЦР в крови и ЦСЖ
Иммуноцитохимический	обнаружение антигена вируса в крови и ЦСЖ
Серологический	нарастание титра специфических антител в 4 раза и более в РСК, определения IgM в ИФА
Гематологический	в периферической крови отмечаются лейкопения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ.

2.4. Инструментальная диагностика

Методы инструментальной диагностики

Таблица 4

Инструментальная диагностика включает в себя аппаратные методы обследования, выбор которых зависит от формы ветряной оспы:

Метод	Показания
Нейросонография	Пациенты с клиническими симптомами ветряной оспы и наличием очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии в периоде высыпаний
Магнитнорезонансная томография (МРТ)	Пациенты с клиническими симптомами ветряной оспы при наличии осложнений в периоде высыпаний для уточнения локализации патологического процесса и сосудистых нарушениях
Электронейромиография	Пациенты с клиническими симптомами ветряной оспы при наличии неврологической симптоматики со стороны периферической нервной системы
Рентгенография органов грудной клетки	Пациенты с катаральными проявлениями в острый период ветряной оспы или их появлением на фоне проводимой терапии, аускультативные изменения в легких, при подозрении на пневмонию
Компьютерная томография (КТ) - двухмерное	Пациенты с клиническими симптомами ветряной оспы и наличии осложнений: очаговой неврологической

изображение головного мозга, печени, поджелудочной железы, легких, почек	симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии, нарушений функций внутренних органов в периоде высыпаний для уточнения локализации патологического процесса и структуры очага
Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости	Пациенты с клиническими симптомами ветряной оспы с осложнениями в острый период для уточнения размеров увеличения печени, селезенки, лимфатических узлов и оценки их структуры
Электрокардиография (ЭКГ)	Пациенты с клиническими симптомами ветряной оспы и аускультативными признаками поражения сердца для уточнения нарушения функции проведения и трофики ткани сердца, пациенты с явлениями тонзиллита
Эхокардиография (УЗИ сердца)	Пациенты с клиническими симптомами ветряной оспы и признаками поражения сердца
Офтальмологическое обследование: визометрия проектором для исследования остроты зрения, наружный осмотр глаза и прилегающих тканей при естественном освещении, офтальмоскопия глазного дна прямым электрическим офтальмоскопом	Пациенты в остром периоде при подозрении на конъюнктивит, кератоконъюнктивит.

2.5. Иная (специальная) диагностика

Показания для консультации специалистов:

- а) хирурга – при возникновении очагов нагноения, абсцессов, флегмон
- б) акушер-гинеколога - при ветряной оспе у беременных женщин;
- в) невролога – при развитии синдрома поражения центральной и (или) периферической нервной системы

Таблица 5

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Скарлатина	Наличие симптомов интоксикации, сыпи.	Бактериологический анализ из ротоглотки на патогенную флору.	Гнойный тонзиллит, мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи, одномоментность появления сыпи, бледный носогубной треугольник, отсутствие катаральных явлений, "малиновый язык," крупнопластинчатое шелушение кожи пальцев рук и ног, ладоней и подошв.
Менингококковая инфекция	Наличие симптомов интоксикации и сыпи.	Бактериологический анализ из носоглотки, бактериоскопия крови, элементов сыпи на менингококки. При наличии менингеальных симптомов-бактериологическое исследование ликвора.	геморрагическая "звездчатая" сыпь с некротическим компонентом в центре и тенденцией к слиянию, экхимозы, сильная головная боль, менингеальные симптомы, признаки шока.
Корь	Наличие симптомов интоксикации и сыпи	Выявление иммуноглобулинов класса М к вирусу кори	Пятнисто-папулезная сыпь с тенденцией к слиянию — сначала на лице, затем этапно распространяется на туловище и вплоть до дистальных участков конечностей в течение 3 дней.
Краснуха	Наличие симптомов интоксикации и сыпи.	Определение противокраснушных антител класса М в остром периоде заболевания.	мелкопятнистая быстро проходящая сыпь, слабо выраженный катаральный интоксикационный синдром, увеличение заднешейных и затылочных лимфоузлов, контакт с больным краснухой.

аллергический дерматит	Наличие сыпи	Обследование на аллергены	полиморфная сыпь: пятнисто- папулезные и уртикарные элементы, сопровождающиеся зудом, без интоксикации, лихорадки, катаральных явлений. Появляются после контакта с потенциальным аллергеном (медикаменты, пищевой продукт и др.)
Энтеровирусная экзантема	Наличие симптомов интоксикации и сыпи.	Кровь на РПГА и РСК с энтеровирусным антигеном в начале болезни и через 2-3 недели; Кал на энтеровирусы методом ПЦР.	Сыпь локализуется на туловище, лице, редко - на руках, мелкоточечная или мелкая пятнисто-папулезная, иногда - геморрагическая. Сыпь сохраняется в течение нескольких часов или в течение нескольких суток и исчезает, не оставляя следа, пигментации. На слизистой полости рта бывает экзантема; одним из вариантов энтеровирусной экзантемы является появление везикул на коже кистей, стоп и слизистой оболочки полости рта (рука-нога-рот).

Обоснование и формулировка диагноза

При постановке диагноза «Ветряная оспа» записывают сам диагноз и его обоснование. При обосновании диагноза «Ветряная оспа» следует учитывать: эпидемиологический анамнез (контакт с больным ветряной оспой или больным опоясывающим герпесом в пределах инкубационного периода), острого начала заболевания с появления лихорадки и синдрома интоксикации, характерных высыпаний (пятно-папула-везикула-корочка); лабораторных данных (лейкопения, лимфоцитоз) и данных инструментального обследования (при развитии осложнений).

Примеры диагноза: Ветряная оспа, период разгара (период высыпаний), среднетяжелая форма, гладкое течение.

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Общие подходы к лечению ветряной оспы

Принципы лечения больных ветряной оспы предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- а) устранение интоксикационного синдрома;
- б) предупреждение распространения инфекционного процесса
- в) предупреждение развития осложнений со стороны других органов и систем.
- г) предупреждение формирования остаточных явлений

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы: период болезни, эпидемиологическое окружение больного, возраст больного, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний, преморбидный фон пациента, указания на аллергию к лекарственным препаратам в анамнезе; необходимость в изоляции от больных с другими заболеваниями, доступность и возможность выполнения лечения, условия оказания медицинской помощи (амбулаторные условия или условия стационара и его профиль).

Лечение начинается с определения условий его осуществления – амбулаторно или стационарно и необходимости назначения противовирусной и антибактериальной терапии.

3.1.2 Лечение на амбулаторном уровне:

Тактика лечения. Лечение больных ветряной оспой без осложнений легкой формой обычно проводится в амбулаторных условиях. Госпитализации в мельцеровские боксы профильного стационара (отделения) подлежат пациенты со среднетяжелыми, тяжелыми и осложненными формами болезни, а также по эпидемическим показаниям.

Немедикаментозное лечение:

- а) режим: полупостельный (в течение всего периода лихорадки);
- б) диета - стол №2: обильное питье, теплая, полужидкая пища, если обычная вызывает болезненность при жевании. Рекомендуют протертые супы, жидкие каши, картофельное пюре, яблочное пюре, паровые котлеты, куриное мясо, овощные пудинги, фрукты, рыбу;
- в) Строгая гигиена больного: гигиенический уход за слизистыми оболочками полости рта, глаз, туалет носа;

Медикаментозное лечение:

Этиотропная терапия

• С противовирусной целью Ацикловир** (таб. 200 мг): Взрослым назначают по 800 мг 5 раз/сут каждые 4 ч днем и с 8-часовым интервалом на ночь. Продолжительность курса лечения 7-10 дней ; детям назначают по 20 мг/кг 4 раза/сут в течение 5 дней (максимальная

разовая доза 800 мг), детям от 3-х до 6 лет: по 400 мг 4 раза/сут, старше 6 лет: по 800 мг 4 раза/сут в течение 5 дней.

Лечение необходимо начинать при появлении самых ранних признаков или симптомов ветряной оспы.

Уровень убедительности рекомендаций - В; (уровень достоверности доказательств – 2+); (Шкала уровней доказательности SIGN)

Симптоматическая терапия:

• для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5⁰С назначается парацетамол** (детям старше 12 лет и взр. -500 мг, детям до 12 лет - 10-15 мг/кг) с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней внутрь или ректально; Ибупрофен не рекомендуется из-за возможных септических осложнений.

• **Уровень убедительности рекомендаций - А; (уровень достоверности доказательств – 2++);(Шкала уровней доказательности SIGN)**

• с десенсибилизирующей целью -хлоропирамин (детям старше 12 лет и взр. -500 мг/сутки, детям до 12 лет 1-2 мг/кг в сутки) через рот или парентерально два раза в сутки в течение 5- 7 дней;

• **Уровень убедительности рекомендаций - В; (уровень достоверности доказательств – 2+);(Шкала уровней доказательности SIGN)**

• везикулезные элементы смазывают 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или 1-2 % раствором калия перманганата, высыпания на слизистых оболочках обрабатывают водными растворами анилиновых красителей;

Уровень убедительности рекомендаций - С (Уровень достоверности доказательств – 2+);(Шкала уровней доказательности SIGN)

Мониторинг состояния пациента:

· повторный осмотр участкового врача через 2 дня или раньше, если пациенту стало хуже, появились лихорадка свыше 38⁰С, повторная рвота, сильная головная боль, сонливость, вялость; информировать пациента, в какой ситуации необходимо вновь обратиться к врачу; направлять детей на стационарное лечение при появлении общих признаков опасности; госпитализировать пациентов на стационарное лечение при появлении симптомов поражения нервной системы.

Индикаторы эффективности лечения:

- купирование симптомов заболевания;
- отсутствие эпидемического распространения заболевания;
- отсутствие осложнений.

Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Показания для плановой госпитализации [1,2] [УД В]

- контактные дети из закрытых и других медицинских учреждений с 11 по 21 дни контакта (по эпидемиологическим показаниям).

Показания для экстренной госпитализации [1,2,3,4] [УД В]:

- менингит, энцефалит;
- у детей до 5 лет наличие общих признаков опасности (не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи и питья, судороги в анамнезе данного заболевания и летаргичен или без сознания);

- тяжелые формы ветряной оспы;
- любые формы ветряной оспы у детей в возрасте до двух месяцев с температурой 37,5⁰ С и выше.

Лечение на этапе скорой неотложной помощи:

- при лихорадке свыше 38,5⁰ С – парацетамол** детям старше 12 лет и взр. -500 мг , детям до 12 лет 10- 15 мг/кг через рот или ректально

Уровень убедительности рекомендаций - А; (уровень достоверности доказательств – 2++); (Шкала уровней доказательности SIGN)

при судорогах – диазепам** детям старше 12 лет и взрослым 10 мг, детям до 12 лет (но не более 10 мг) 0,5% – 0,2- 0,5 мг/кг в/м

Уровень убедительности рекомендаций-В; (уровень достоверности доказательств – 2+); (Шкала уровней доказательности SIGN)

3.1.3 Лечение на стационарном уровне.

Госпитализации подлежат пациенты со среднетяжелыми и тяжелыми формами болезни, с осложнениями, пациенты из закрытых учреждений и больные, домашние условия которых не позволяют организовать соответствующий уход и лечение.

Лечение комплексное, проводится с учетом формы, тяжести и периода болезни, возраста больных и их индивидуальных особенностей.

Немедикаментозное лечение:

а) режим: полупостельный в остром периоде болезни (7-14 дней); Больного следует кормить теплой, жидкой или полужидкой пищей, если обычная вызывает болезненность при жевании.

б) Питание ребенка определяется его возрастом, выраженностью местных изменений и возможным возникновением панкреатита

диета №2: обильное питье, теплая, жидкая или полужидкая пища, если обычная вызывает болезненность при жевании. Рекомендуют протертые супы, жидкие каши,

картофельное пюре, яблочное пюре, паровые котлеты, куриное мясо, овощные пудинги, фрукты, рыбу.

в) уход за полостью рта, полоскание ротовой полости после приема пищи (теплой кипяченой водой, 2% раствором гидрокарбоната натрия или раствором фурацилина 1:5000) 4-6 раз в сутки;

Медикаментозное лечение:

Этиотропная терапия:

Таб. Ацикловир

Взрослые: назначают по 800 мг 5 раз/сут каждые 4 ч днем и с 8-часовым интервалом на ночь. Продолжительность курса лечения 7-10 дней.

Дети: Назначают по 20 мг/кг 4 раза/сут в течение 7 дней (максимальная разовая доза 800 мг), ориентировочно: детям от 2-х до 6 лет: по 400 мг 4 раза/сут, старше 6 лет: по 800 мг 4 раза/сут в течение 5 дней. При тяжелых формах болезни (в том числе с поражением ЦНС) показана противовирусная терапия ацикловиром в дозе 5-10 мг/кг каждые 8 часов в/в на протяжении 7-14 дней;

Уровень убедительности рекомендаций -B; (уровень достоверности доказательств – 2+);(Шкала уровней доказательности SIGN)

Патогенетическая терапия:

• для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5⁰С назначается парацетамол** (детям старше 12 лет и взр. -500 мг, детям до 12 лет - 10-15 мг/кг) с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней внутрь или ректально ;или литическая смесь в составе р-р Анальгина** 50 %+р-р Димедрола** 1 % (детям до 12 лет из расчета по 0,1 мл/кг, детям старше 12л и взр. 2 мл 50%-го раствора Анальгина+1 мл 1%-го раствора Димедрола в/м через 6 часов не более 3-х дней; Ибупрофен не рекомендуется из-за возможных осложнений

Уровень убедительности рекомендаций-A; (уровень достоверности доказательств – 2++); (Шкала уровней доказательности SIGN)

• с десенсибилизирующей целью хлоропирамин 1 - 2 мг/кг в сутки через рот или парентерально два раза в сутки в течение 5- 7 дней.

Уровень убедительности рекомендаций-B; (уровень достоверности доказательств – 2+);

• с дезинтоксикационной целью внутривенная инфузия из расчета детям 30 – 50 мл /кг с включением растворов: 5% или 10% декстрозы (10- 15 мл/кг), 0,9% натрия хлорида (10- 15 мл/кг), взрослым 10-15 мл/кг в сутки;

Уровень убедительности рекомендаций-B; (уровень достоверности доказательств – 2+); (Шкала уровней доказательности SIGN)

-везикулезные элементы смазывают 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или 1-2 % раствором калия перманганата, высыпания на слизистых оболочках обрабатывают водными растворами анилиновых красителей;

Уровень убедительности рекомендаций-C; (уровень достоверности доказательств - 2+);(Шкала уровней доказательности SIGN)

При поражении нервной системы:

•дегидратационная терапия – маннитол 15% из расчета 0,5- 1,5 гр/кг внутривенно капельно ; фуросемид 1% – 1- 3 мг/кг в сутки с интервалом 12 часов в течение 3-5 дней ; затем ацетазоламид 0,25гр – 8 - 10 мг/кг в сутки], один раз в день по схеме: три дня ежедневно, один день перерыв, до пяти курсов в сочетании с препаратами калия; дезинтоксикационная терапия с форсированием диуреза (парентерально);

•больным с отеком мозга и энцефалитом – дексаметазон с целью противоотечной, противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии: детям до двух лет - первая доза 1мг/кг, затем 0,2 мг/кг каждые 6 ч., старше двух лет- первая доза 0,5 мг/кг, затем 0,2 мг/кг каждые 6 ч. Курс лечения 3–7 дней, оксигенотерапия

•при судорогах – фенобарбитал (1-3 мг/кг в сутки) или диазепам – 0,5% 0,2- 0,5 мг/кг в/м; в/в; ректально или натрия оксибутират 20% раствор - 50-150 мг/кг (разовая доза в/м; в/в).

•Антибактериальные препараты назначаются при развитии бактериальных осложнений в зависимости от предполагаемого и/или выделенного возбудителя.

Необходимость, целесообразность и показания для назначения антибиотиков при ветряной оспе обусловлены развитием осложнений со стороны кожных покровов (пиодермии и др.) как вирусно-бактериальной микст-инфекции, что подтверждается методами микробиологической диагностики (высев на микробиологических питательных средах, результатом молекулярно-биологического исследования (ПЦР), нарастание титров специфических антител в периферической крови).

3.2. Хирургическое лечение - при гнойных осложнениях со стороны кожных покровов.

3.3. Иное лечение –

коррекция и лечение возникших осложнений.

Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:

- наличие общих признаков опасности у детей в возрасте до 5 лет;
- острая дыхательная недостаточность 2- 3 степени;

- острая сердечно-сосудистая недостаточность 2-3 степени;
- повторные судороги;
- нарушение сознания;
- ДВС-синдром.

4. Реабилитация.

Основные принципы реабилитации:

а) реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;

б) необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;

в) комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;

г) адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия;

д) постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

Реабилитационные мероприятия после перенесенной ветряной оспы, заключаются в следующем:

- В течение двух недель после выздоровления, переболевший находится полностью на охранительном режиме с освобождением от физической нагрузки.
- Переболевшему, рекомендовано, на два месяца отвод от профилактических прививок.
- В течение месяца после перенесенной ветряной оспы, назначают прием поливитаминов, витаминно/минеральных комплексов.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение.

5.1. Диспансерное наблюдение

За лицами, перенесшими неосложненные формы ветряной оспы, диспансерное наблюдение не устанавливается.

Таблица 6

Реконвалесценты, перенесшие осложненные формы ветряной оспы подлежат диспансерному наблюдению:

Нозологическая форма (синдром)	Частота обязательных контрольных обследований врачом-педиатром поликлиники	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей специалистов
Вирусно-бактериальная пневмония	Через 3, 6 и 12 месяцев	до 12 мес.	Пульмонолог через 3-6-12 месяцев, фтизиатр 1 раз в год
Менингит, энцефалит, менингоэнцефалит	1 раз в 3 месяца в течение первого года, затем 1 раз в 6 месяцев в последующие годы	36 месяцев	Невролог 1 раз в 3 месяца в течение первого года, затем 1 раз в 6 мес.
Кератоконъюнктивит	2 раза в год	от 6-12 до 24 мес.	Офтальмолог через 1 месяц, 6-12-24 мес.

Таблица 7

Перечень и периодичность дополнительных методов исследования:

Нозологическая форма (синдром)	Перечень и периодичность лабораторных, рентгенологических и других специальных исследований.	Лечебно-профилактические мероприятия.	Клинические критерии эффективности диспансеризации	Порядок допуска переболевших на работу, в дошкольные образовательные учреждения, школы – интернаты, летние оздоровительные и закрытые учреждения.
Вируснобактериальная пневмония	Клинический ан. крови, общий ан. мочи через 1 мес. Рентгеновское исследование области грудной клетки по показаниям.	Рекombинантные человеческие интерфероны $\alpha 2\beta$, иммуномодуляторы, поливитамины, адаптогены растительного	Полное выздоровление. Отсутствие признаков перехода в хроническое заболевание.	Выписка в детские учреждения при клинико-лабораторном выздоровлении не ранее 18-ти сут. от начала

		происхождения		заболевания
Менингит энцефалит, менингоэнцефалит	ЭЭГ, Доплерография, МРТ – по показаниям	Препараты, улучшающие мозговое кровообращение и внутриклеточный метаболизм, ноотропы, адаптогены растительного происхождения, санаторно - курортное лечение	Полное выздоровлении отсутствие прогрессирова ния неврологичес кой симптоматики	Выписывается педиатром не ранее чем через 1 месяц при клиническом выздоровлении после консультации невролога
Кератоконъюнкти вит	Контроль зрения 1 раз в 6 мес.	Препараты на основе ДНК, Рекомбинантные человеческие интерфероны $\alpha 2\beta$, Витаминомине ральные комплексы, адаптогены растительного происхождения .	Отсутствие помутнения роговой оболочки, восстановлен ие зрения.	Выписывается педиатром через 3-4 недели после консультации офтальмолога

5.1. Общие подходы к профилактике

Больного изолируют в домашних условиях (или в мельцеровском боксе профильного стационара (отделения) до 5-х суток с момента появления последнего элемента везикулезной сыпи. Детей в возрасте до 7 лет, не привитых, не болевших ветряной оспой (опоясывающим герпесом), разобщают с 9-го по 21-й день с момента контакта с больным. За контактными лицами устанавливают ежедневное наблюдение с проведением термометрии, осмотра кожи и слизистых оболочек.

Дезинфекция не проводится, достаточно проветривания помещения и влажной уборки.

С целью *активной специфической профилактики* используют живую аттенуированные варицелло-зостерную вакцину «**Варилрикс**» (GlaxoSmithKline Biologicals S.A., Бельгия). Вакцинация проводится детям с 9 мес и взрослым двукратно с интервалом в 3 месяца.

Пассивная специфическая профилактика (введение иммуноглобулина) показана контактными детям группы риска (с заболеваниями крови, различными иммунодефицитными состояниями), а также контактными беременным, не болевшим ветряной оспой (опоясывающим герпесом)

6. Организация медицинской помощи.

6.1 Медицинская помощь больным ветряной оспой оказывается в виде:

- а) первичной медико-санитарной помощи;
- б) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- г) специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

6.2 Медицинская помощь больным ветряной оспой может оказываться в следующих условиях:

- а) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- б) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает:

1. первичную доврачебную медико-санитарную помощь при легкой степени тяжести заболевания;
2. первичную врачебную медико-санитарную помощь при легкой и среднетяжелой степени тяжести;
3. первичную специализированную медико-санитарную помощь по показаниям при легкой и среднетяжелой степени тяжести.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах, родильных домах, перинатальных центрах, образовательных организациях (медицинские кабинеты дошкольных и общеобразовательных (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) учреждений, учреждений начального и среднего профессионального образования средним медицинским персоналом.

При наличии в этих учреждениях врача, медицинская помощь оказывается в виде первичной врачебной медико-санитарной помощи. Так же первичная врачебная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-педиатром, участковым врачом, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и

состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение больных осуществляется в условиях стационара по направлению врача- педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, иных медицинских работников, выявивших инфекционное заболевание.

Критерии оценки качества медицинской помощи:

Индикаторы эффективности лечения:

- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- отсутствие симптомов интоксикации;
- отсутствие сыпи на коже и слизистых оболочках;
- нормализация показателей общего анализа крови
- при возникновении осложнений - купирование острых клинических проявлений.

Таблица 8

Критерии оценки качества медицинской помощи.

(Шкала уровней доказательности SIGN)

№	Критерии качества	У.Д.Д.	У.У.Р.
1	Выполнены осмотр и/или консультация врача-инфекциониста не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	1	A
2	Выполнен первичный осмотр при наличии клинических симптомов менингита (менингоэнцефалита) и других состояний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, безотлагательно	1	A
6	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	2	B
7	Выполнен общий анализ мочи	2	B

8	Выполнено серологическое исследование (ИФА) крови для выявления IgG к вирусу Varicella-Zoster на 4 - 5 день с момента появления сыпи (1 сыворотка) и не ранее чем через 10 - 14 дней от даты взятия первой пробы (2 сыворотка) или серологическое исследование крови для выявления IgM к вирусу Varicella-Zoster не позднее 4 - 5 день с момента появления сыпи	1	A
9	Выполнено молекулярно-генетическое исследование на 1-3 день с момента появления высыпаний проб клинического материала (содержимое и/или отделяемое везикул, ликвор, кровь), но не позднее 5 дня	1	A
10	Выполнена диагностическая цереброспинальная пункция (цитоз, белок, глюкоза, цитограмма) при подозрении на менингит(менингоэнцефалит) не позднее 6 часов от момента постановки предположительного диагноза (при отсутствии противопоказаний)	2+	B
11	Выполнен осмотр врача-невролога при наличии неврологических нарушений в течение 24 часов от поступления в стационар	2+	B
12	Выполнена рентгенография легких при одышке, тахипноэ, стойкой лихорадке более 72 часов	2	B
13	Выполнено назначение терапии не позднее 24 часов от момента постановки диагноза (препаратами, указанными в данном протоколе)	2	B
14	Проведена антибактериальная терапия (при выявлении бактериальных осложнений и/или сопутствующей патологии)	1	A
15	Проведена дезинтоксикационная терапия	2	B
16	Выполнена контрольная цереброспинальная пункция с контрольным исследованием (цитоз, белок, глюкоза) при менингите (менингоэнцефалите)	3	C
17	Достигнута стойкая нормализация температуры (более 72 часов)	1	A
18	Достигнута нормализация показателей цереброспинальной жидкости (при менингите (менингоэнцефалите))	2+	B
19	Достигнута нормализация лейкоцитов в периферической крови	2	B

Список литературы

1. Тимченко В.Н., Сергеева С.А., Булина О.В. и др. Лечение и профилактика ветряной оспы у детей в современных условиях / методические рекомендации – СПб., 2008. – 32 с.
2. Инфекционные болезни у детей: под ред. проф. В.Н. Тимченко. – 4-е изд., испр. и доп. - СПб.: СпецЛит, 2012. – 218-224 с.
3. Тимченко В.Н., Павлова Е.Б., Чернова Т.М. Оценка эффективности и безопасности анаферона детского при лечении ветряной оспы у детей // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины – Т.148 - №8 - приложение 2009, с.39-42.
4. Чернова Т.М., Тимченко В.Н. Современные аспекты противовирусной терапии ветряной оспы у детей // Детские инфекции, 2011, №3, с. 58-61
5. Мазанкова Л.Н. Ветряная оспа у детей: особенности течения и лечения // Consilium medicum: Педиатрия. – 2006. - Том 8 №1.
6. Ветряная оспа в современных условиях / Медицинское пособие под редакцией академика РАМН Лобзина Ю.В., - СПб. – 2012. – 30 с.
7. Избранные лекции по инфекционной и паразитарной патологии детского возраста / под редакцией з.д.н. РФ, д.м.н. профессора Н.В.Скрипченко, - СПб. – 2013. – 464 с.
8. Инфекционные болезни у детей: Учебное пособие / Под ред. В.В. Ивановой. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», - 2002. – 928 с.
9. Справочник по инфекционным болезням у детей / под ред. Ю.В. Лобзина – СПб.: СпецЛит, 2013. – 591 с.

Состав рабочей группы

Председатель рабочей группы:

Молкосян Юлиан Васильевич – врач-инфекционист высшей категории, ГУ «Республиканская клиническая больница».

Члены рабочей группы:

Казачек Любовь Алексеевна – врач-инфекционист высшей категории, заведующая инфекционного отделения ГУ «БЦГБ».

Беспалова Татьяна Николаевна – врач-инфекционист высшей категории, ГУ «Каменская ЦРБ».

Железняк Елена Петровна – врач-инфекционист высшей категории, ГУ «ТКЦАПП».

Завтур Юрий Григорьевич – врач-инфекционист высшей категории, ГУ «БЦАПП».

Теишану Мелания Петровна – врач-инфекционист высшей категории; главный внештатный инфекционист МЗ ПМР; зав. инф. отд. ГУ РКБ

У членов рабочей группы отсутствует конфликт интересов

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственных препаратов

Настоящие клинические документы несут рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объемы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законами о республиканском бюджете, при наличии источников финансирования, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач, в соответствии с требованиями к объему исследований при определенных заболеваниях, состояниях, с учетом возможностей лечебно-профилактической организации по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Рекомендации к схемам применения и дозам лекарственных препаратов, прописаны в тексте данных клинических рекомендаций.

ЖВЛП** - лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2021 год (Приказ МЗ ПМР от 01 июля 2019 г № 446. «Об утверждении Перечня жизненно – важных лекарственных средств»).

Актуализация данных клинических рекомендаций будет проводиться не реже, чем один раз в три года. Принятие решения об обновлении будет принято на основании предложений, представленных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями с учётом результатов комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результатов клинической апробации.

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

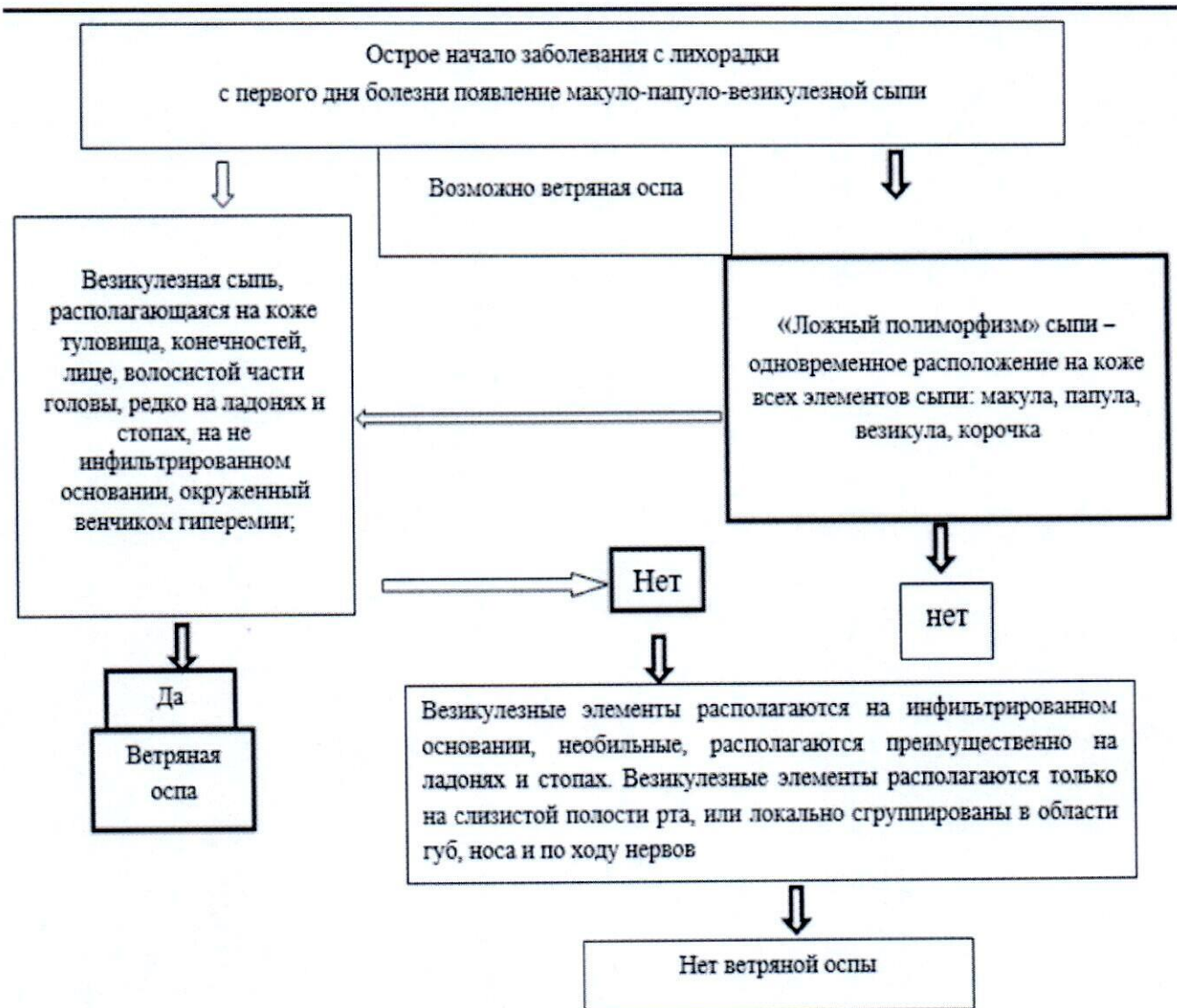
1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16.01.1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан (СЗМР 97-1);

2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи»;

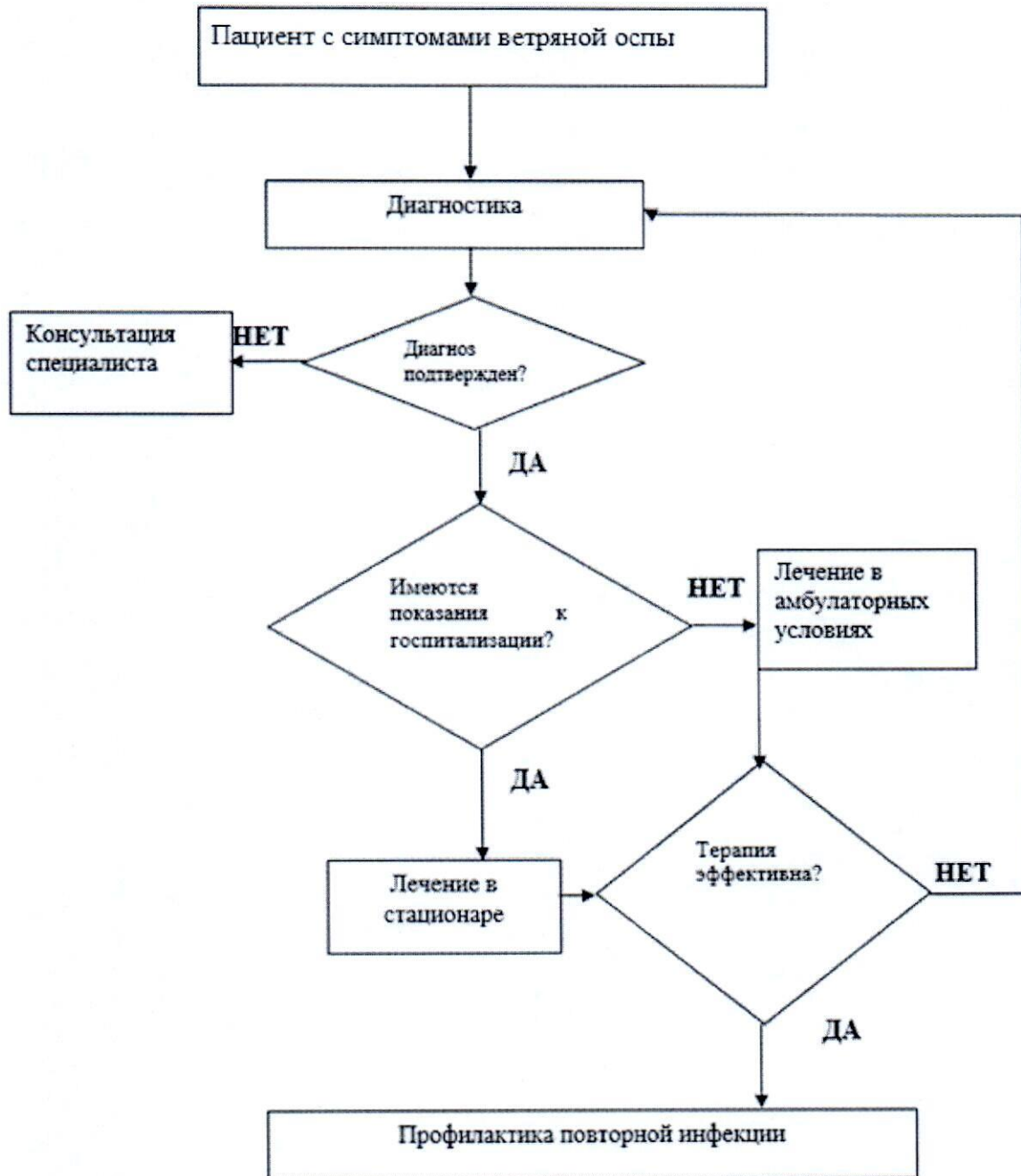
3. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 12 августа 2020 года № 695 «Об утверждении правил приема пациентов в государственных лечебно-профилактических учреждениях стационарного типа» (регистрационный № 9825 от 19 ноября 2020 года) (САЗ 20-47).

Алгоритмы действий врача:

Диагностический алгоритм:



Алгоритм ведения пациента



Информация для пациента

Ветряная оспа («ветрянка») — высокозаразное острое инфекционное заболевание, протекающее с характерной пузырьковой сыпью.

Чаще болеют дети, посещающие детский сад или школу — места с большим скоплением людей. Заболевание вызывается одним из вирусов герпеса (герпесвирус 3-го типа). Ветряная оспа — очень заразное заболевание. Вирус передается от больного человека к здоровому воздушно-капельным путем (при разговоре, пребывании в одном небольшом помещении). С током воздуха ветрянка может распространяться на большие расстояния (до 20 м). Заражение также может произойти от больного опоясывающим лишаем (вызывается той же разновидностью вируса герпеса). Вирус малоустойчив во внешней среде, поэтому заключительную дезинфекцию после больного не проводят. Больной ветряной оспой становится заразным за два дня до появления высыпаний, и остается заразным в течение первых 5-7 дней после появления сыпи.

Инкубационный период составляет 11-21 день. В организм человека вирус попадает через слизистые оболочки носа, рта и глотки. Затем вирус разносится по организму лимфой и кровью, проникает в кожу и слизистые оболочки, где происходит его размножение. Мишенями для вируса являются клетки шиповидного слоя кожи и эпителий слизистых оболочек. После первичной инфекции вирус пожизненно пребывает в нейронах спинальных ганглиев, ганглиев лицевого и тройничного нервов. Как и все герпесвирусы, вирус ветряной оспы обладает способностью подавлять иммунную систему — что приводит к нарушению со стороны иммунного ответа по гуморальному и клеточному типам и нарушению факторов врожденной устойчивости к инфекциям. Иммунитет при ветряной оспе является нестерильным т.е. обуславливает невосприимчивость к новому заражению и не обеспечивает удаление вируса из организма. Вирус пожизненно пребывает в спинальных ганглиях, ядрах черепно-мозговых нервов, которые связаны с зонами кожи, наиболее пораженных при первичной инфекции. Повторная активация вируса происходит в условиях ослабленного иммунитета в виде опоясывающего герпеса.

Симптомы ветряной оспы

Заболевание проявляет себя в первую очередь лихорадочным состоянием, резким повышением температуры тела до 39-40 градусов, головной болью. Самый яркий признак ветряной оспы — сыпь и зуд. Сыпь в виде мелких, заполненных жидкостью пузырьков, может покрывать значительную часть тела и слизистых оболочек. Пузырьки довольно быстро лопаются и превращаются в маленькие язвочки, которые необходимо обрабатывать водным

раствором зеленки или марганцовки, ацикловиром и другими мазями по назначению врача. Заживая, сыпь покрывается корочкой, которая постепенно отпадает, демонстрируя тем самым выздоровление. Обычно сыпь заживает бесследно, однако если ее расчесать – на коже после заживления могут остаться рубцы и шрамы.

У детей ветряная оспа протекает в более простой форме, нежели у взрослых, которые могут страдать в дальнейшем от осложнений. Крайне редко ветряная оспа может протекать без высыпаний и пузырьков – в таком случае для уточнения диагноза необходима дополнительная консультация специалиста.

Осложнения при ветряной оспе.

Осложнения ветрянки встречаются редко и чаще всего связаны с неаккуратной обработкой высыпаний и их нагноением, что впоследствии приводит к образованию рубцов.

Крайне редко у ослабленных детей встречаются тяжелые формы ветрянки с поражением головного мозга, внутренних органов. Подобные формы болезни лечат в больницах, применяя специальные терапевтические методы

Лечение ветряной оспы.

Обычно ветряная оспа проходит сама собой в течение недели или 10 дней. При этом температура может нормализоваться уже через два-три дня, хотя, в некоторых случаях, она сохраняется на протяжении всего периода болезни.

Лечение ветряной оспы носит симптоматический характер (т.е. лечатся проявления заболевания: высокая температура, сыпь на коже), цель лечения — не допустить нагноения пузырьков. Для этого элементы сыпи обрабатываются 1% р-ром бриллиантовой зелени («зеленки»), можно использовать жидкость Кастеллани, водный раствор фукоцина и т.д.

Купать ребенка при ветрянке нужно, чтобы предотвратить появление вторичной инфекции кожи. При этом нельзя пользоваться мочалкой и лучше не использовать мыло, добавляя в ванночку слабый раствор марганцовки. При сильном зуде им назначают противоаллергические средства. При повышении температуры выше 38°C, ознобе используют жаропонижающие средства (парацетомол, ибупрофен).

Заболевшего ветрянкой изолируют дома в течение девяти дней с начала болезни. В детских дошкольных учреждениях устанавливается карантин продолжительностью 21 день.

Шкала уровней доказательности SIGN.

Уровни научных доказательств	
1++	Высококачественный метаанализ, систематические обзоры клинических испытаний или высококачественные клинические испытания с очень низкой вероятностью систематических ошибок
1+	Хорошо проведенные метаанализы, систематические обзоры клинических испытаний или хорошо проведенные клинические испытания с низкой вероятностью систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические обзоры клинических испытаний или клинических испытаний с высокой вероятностью систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры когортных исследований или исследований случай-контроль Высококачественные когортные исследования или исследования случай-контроль с очень низкой вероятностью вмешивающихся факторов и систематических ошибок и высокой вероятностью причинно-следственных связей
2+	Качественные когортные исследования или исследования случай-контроль с низкой вероятностью вмешивающихся факторов и систематических ошибок и средней вероятностью причинно-следственных связей
2-	Когортные исследования или исследования случай-контроль с высокой вероятностью вмешивающихся факторов и систематических ошибок и значительным риском того, что взаимосвязи не носят характер причинно-следственных отношений
3	Не аналитические исследования, описание случаев, серия случаев
4	Экспертное мнение

Уровень доказательств		Степени рекомендаций
A	Высокий	Есть большая уверенность в том, что истинный эффект близок к предполагаемому. Дальнейшие исследования вряд ли изменят уверенность в эффекте (несколько качественных исследований с последовательными результатами или в отдельных случаях одно крупное высококачественное многоцентровое исследование)
B	Средний	Существует умеренная уверенность в оценке эффекта: истинный эффект, вероятно, будет близок к предполагаемому, но есть вероятность, что он существенно отличается (одно крупное высококачественное исследование или несколько с методологическими ограничениями)
C	Низкий	В оценочном эффекте имеется ограниченный эффект: истинный эффект может существенно отличаться от оцененного (несколько исследований с существенными методологическими ограничениями)
D	Очень низкий	Уверенность в оценке эффекта очень мала: истинный эффект, вероятно, будет существенно отличаться от предполагаемого (экспертные мнения, нет прямых доказательств, исследования с существенными методологическими ограничениями)

Министерство здравоохранения ПМР
Государственный клинический больничный
№ 190924
№ 01-0974625

Министру МЗ ПМР
Албул К.В.
Гл. врачу ГУ РКБ
Тостановский И.М.

Уважаемая Кристина Валерьевна!

Направляем Вам на утверждение клинические рекомендации по Инфекционным заболеваниям:

-Шигеллез;

-Корь;

-Эпид.паротит;

-Ветряная оспа.

Представленные клинические рекомендации содержат информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания.

Клинические рекомендации предельно краткие, ясные, содержат четкий смысл и полностью соответствуют требованиям Приказа № 363 от 06.05.2021г. «Об утверждении порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи»

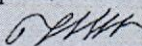
Наличие интересов, противоречащих общественным интересам, которые могут привести к заключениям, не отвечающим интересам пациентов, группы пациентов, системы здравоохранения, общества в целом – отсутствуют.

Данные клинические рекомендации могут быть использованы в работе практических специалистов соответствующего клинического направления.

Замечаний по представленным клиническим рекомендациям нет.

Члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Конфликт интересов у эксперта отсутствует, о чём заполнена «Декларация отсутствия конфликта интересов»

Эксперт по пересмотру
Клинических рекомендаций,
Главный внештатный инфекционист МЗ ПМР
Зав. инф. отд. ГУ РКБ  Теишану М. П.

23 СЕН 2021

24209

Протокол заседания рабочей группы по разработке клинических рекомендаций

Место проведения: конференц – зал Республиканского диспансера по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и хронических вирусных гепатитов

дата: 21.03 2024 г.

Председатель - Молкосян Юлиан Васильевич

Секретарь - Железняк Елена Петровна

Присутствовали:

- 1) Казачек Любовь Алексеевна – врач инфекционист высшей категории, заведующая инфекционного отделения ГУ БЦГБ;
- 2) Беспалова Татьяна Николаевна - врач инфекционист высшей категории, заведующая инфекционного отделения ГУ «Каменская ЦРБ»;
- 3) Завтур Юрий Григорьевич - врач инфекционист высшей категории, ГУ «БЦАПП».

ПОВЕСТКА ДНЯ:

1. О направлении на экспертизу проекта клинических рекомендаций « Эпид.паротит у детей и взрослых»;
2. О направлении на экспертизу проекта клинических рекомендаций «Корь у детей и взрослых»;

ВЫСТУПИЛИ:

Беспалова Татьяна Николаевна - врач инфекционист высшей категории, ГУ «Каменская ЦРБ»-представила проект клинических рекомендаций «Корь у детей и взрослых» ;

Завтур Юрий Григорьевич - врач инфекционист высшей категории, ГУ «БЦАПП»-представил проект клинических рекомендаций « Эпид.паротит у детей и взрослых»;

РЕШИЛИ:

Направить на экспертизу предоставленные проекты клинических рекомендаций

Председатель - Молкосян Юлиан Васильевич

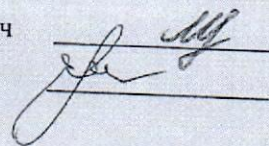
Секретарь - Железняк Елена Петровна

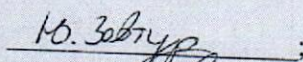
Члены:

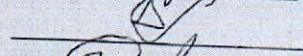
Завтур Юрий Григорьевич

Беспалова Татьяна Николаевна

Казачек Любовь Алексеевна









Рецензия

Детского травматолога-ортопеда, доктора медицинских наук, профессора кафедры травматологии, ортопедии и ЭМ Гарбуз Иван Филиппович

На клинические рекомендации «Ветряная оспа».

Представленная работа относится к практическому здравоохранению и применяется в практике.

Работа в общем написана правильно с соблюдением всех правил печатания.

В каждой работе имеется раздел введения, подробное описание клинической картины патологии, лечения и заключение. Кроме всего в клинических рекомендациях «Ветряная оспа» указываются авторы и ссылка на литературные источники в количестве 9. Во всех клинических рекомендациях имеется в конце подробный алгоритм ведения пациента, что очень важен для практического здравоохранения.

Заключение:

Представленные клинические рекомендации «Ветряная оспа» – Соответствуют современным требованиям и могут быть напечатаны с использованием в практическом здравоохранении.

Доктор медицинских наук, профессор,

детский травматолог ортопед

И.Ф. Гарбуз