

Одобрено
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения и
социального развития
Республики Казахстан
от «9» июня 2016 года
Протокол № 4

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНАЯ ОСПА У ДЕТЕЙ

1. Содержание:

| | |
|---|----|
| Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9 | 1 |
| Дата разработки протокола | 2 |
| Пользователи протокола | 2 |
| Категория пациентов | 2 |
| Шкала уровня доказательности | 2 |
| Определение | 2 |
| Классификация | 3 |
| Диагностика и лечение на амбулаторном уровне | 3 |
| Показания для госпитализации | 8 |
| Диагностика и лечение на этапе скорой неотложной помощи | 9 |
| Диагностика и лечение на стационарном уровне | 9 |
| Медицинская реабилитация | 13 |
| Паллиативная помощь | 13 |
| Сокращения, используемые в протоколе | 13 |
| Список разработчиков протокола | 14 |
| Конфликта интересов | 14 |
| Список рецензентов | 14 |
| Список использованной литературы | 15 |

2. Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9:

| МКБ-10 | | МКБ-9 |
|--------|--------------------------------------|-------|
| V01 | Ветряная оспа | — |
| V01.0 | Ветряная оспа с менингитом | — |
| V01.1 | Ветряная оспа с энцефалитом | — |
| V01.2 | Ветряная оспа с пневмонией | — |
| V01.8 | Ветряная оспа с другими осложнениями | — |
| V01.9 | Ветряная оспа без осложнений | — |

3. Дата разработки протокола: 2016 год.

4. Пользователи протокола: врачи общей практики, детские инфекционисты, педиатры, детские хирургии, детские невропатологии.

5. Категория пациентов: дети.

6. Шкала уровня доказательности:

| | |
|---|--|
| А | Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию. |
| В | Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию. |
| С | Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию. |
| D | Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов. |

7. Определение: [1,2,5]

Ветряная оспа (Varicella) – это острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом из семейства Herpesviridae, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся лихорадкой, умеренно выраженной интоксикацией и распространенной везикулезной сыпью.

8. Клиническая классификация: [1,2]

Классификация ветряной оспы

| Тип | Тяжесть | Течение |
|--|--|--|
| 1. Типичные. | легкая; среднетяжелая; тяжелая; Критерии тяжести: - выраженность синдрома интоксикации; - выраженность местных проявлений | 1. Гладкое 2. Негладкое - с осложнениями; - с наложением вторичной инфекции; - с обострением хронических заболеваний |
| 2. Атипичные формы: <ul style="list-style-type: none">• Рудиментарная• Буллезная• Геморрагическая• Гангренозная• Генерализованная (висцеральная) | | |

9. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

1) Диагностические критерии:

Жалобы:

- повышение температуры;
- появление высыпаний.

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.

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;

Неосложненная форма ветряной оспы – заболевание начинается остро с повышения температуры до 37,1-40,0⁰С, умеренно выраженных проявлений интоксикации с появлением пятнисто-везикулезной сыпи, расположенной на туловище, конечностях, слизистых оболочках ротовой полости и наружных половых органов и обязательно на волосистой части головы. Динамика развития сыпи: вначале она имеет вид пятна, которое через несколько часов превращается в папулу, которая в свою очередь через несколько часов превращается в везикулу. Пузырьки мелкие, 0,2—0,5 см в диаметре, расположены на не инфильтрированном основании, поверхностно, окружены венчиком гиперемии, стенка их напряжена. Везикулы однокамерные. В первые сутки ветряночные везикулы напоминают капельки росы. На вторые сутки прозрачное содержимое мутнеет, через 1—2 дня пузырек подсыхает и превращается в корочку. После отделения корочек остается пигментация или депигментированное пятно, рубец не образуется. Высыпание происходит не одновременно, а толчкообразно в течение 3—4 дней. В результате этого на одном и том же участке кожи находятся элементы на разной стадии развития. Этот признак характеризуется как «ложный полиморфизм».

Рудиментарная форма – развивается у детей с остаточным специфическим иммунитетом или получивших в инкубационном периоде ветряной оспы иммунный глобулин или свежезамороженную плазму. Характеризуется наиболее легким течением. Сопровождается появлением необильных пятнисто-папулезных высыпаний, которые не всегда развиваются до стадии пузырьков и корочек. Заболевание протекает на фоне нормальной температуры тела и удовлетворительного общего состояния.

Контакт с подтвержденным случаем ветряной оспы за 11-21 дней до появления симптомов заболевания.

Геморрагическая форма - развивается у пациентов с ИДС и/или получавших глюкокортикоидные гормоны и цитостатики по поводу тяжелых фоновых заболеваний. Может встречаться у новорожденных. Заболевание сопровождается выраженной интоксикацией, высокой температурой, полиорганной патологией и выраженным геморрагическим синдромом, который проявляется в виде геморрагического содержимого пузырьков, кровоизлияний в кожу, подкожную клетчатку, слизистые оболочки, внутренние органы, кровотечений из носа, желудочно-кишечного тракта, кровохарканья, гематурии.

Висцеральная форма встречается обычно у новорожденных, недоношенных или у детей старшего возраста с выраженным ИДС и/или получавших

глюкокортикоидные гормоны и цитостатики. Висцеральная форма ветряной оспы протекает тяжело, сопровождается выраженной и длительной интоксикацией, высокой лихорадкой, обильной сыпью. У всех больных обнаруживаются специфические ветряночные поражения внутренних органов: печени, легких, почек, надпочечников, поджелудочной железы, селезенки, эндокарда, пищеварительного тракта, нервной системы и др.

Гангренозная форма – развивается у пациентов с выраженным ИДС, регистрируется очень редко. Характеризуется выраженной интоксикацией, длительным течением, появлением крупных дряблых пузырей, которые быстро покрываются струпом и зоной некроза. После отпадения струпа обнажаются глубокие язвы, заживление которых замедлено. Нередко заболевание осложняется сепсисом и заканчивается летально.

Буллезная форма – характеризуется выраженными симптомами интоксикации, на этом фоне на коже, наряду с типичными везикулами, появляются большие дряблые пузыри диаметром до 2—3 см с мутным содержимым. При проколе пузырей остаются обширные мокнущие поверхности. После заживления кожи на месте пузырей нередко остаются буроватые пятна.

Опоясывающий герпес - развивается у пациентов, которые в анамнезе перенесли ветряную оспу. Опоясывающий герпес в отличие от ветряной оспы характеризуется наличием сгруппированных пузырьков, расположенных по ходу чувствительных нервов, появлению которых предшествует выраженный болевой синдром.

Лабораторные исследования:

ОАК:

- лейкопения, лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы;
- в случае развития бактериальных осложнений – лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ.

Инструментальные исследования: не проводятся.

2) Диагностический алгоритм:



3) Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований (1,2,3,4,5)

| 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 и интоксикационный синдром, увеличение заднее-шейных 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, мелкоочечная 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 энантема; одним из вариантов энтеровирусной экзантемы является появление везикул на коже кистей, стоп и слизистой оболочки полости рта (рука-нога-рот). |
|--|--|--|--|

4) Тактика лечения [1,2]

Немедикаментозное лечение:

Режим:

- полупостельный (в течение всего периода лихорадки).

Строгая гигиена больного: гигиенический уход за слизистыми оболочками полости рта, глаз, туалет носа.

Диета: стол № 13.

Приказ 172 от 31 марта 2011 года. О внесении дополнения в приказ МЗ РК от 07.04.2010 №239. «Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям. Схема 16». Рекомендации по питанию здорового и больного ребенка. Дробное теплое питье. Молочно-растительная диета.

Медикаментозное лечение:

- для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5⁰С назначается парацетамол 10-15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней внутрь или ректально или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки внутрь [УД-А];
- с целью десенсибилизирующей терапии хлоропирамин 1-2 мг/кг в сутки через рот или парентерально, два раза в сутки, в течение 5- 7 дней [УД – В];
- везикулезные элементы смазывают 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или 1-2 % раствором калия перманганата, высыпания на слизистых оболочках обрабатывают водными растворами анилиновых красителей [УД – С].

Перечень основных лекарственных средств:

- парацетамол;
- или
- ибупрофен;
 - хлоропирамин.

Перечень дополнительных лекарственных средств:

- 1-2 % раствором калия перманганата.

5) Показания для консультации специалистов: не требуется.

6) Профилактические мероприятия [1,2,5]:

Неспецифические меры профилактики включают:

- раннее выявление изоляция больного в домашних условиях с начала болезни и до 5 суток с момента появления последнего элемента везикулезной сыпи (от момента заболевания 9 дней);
- детей не болевших ветряной оспой разобщают с 11-го по 21 день с момента контакта с больным;
- дезинфекция не проводится, достаточно проветривания помещения и влажной уборки

7) Мониторинг состояния пациента:

- повторный осмотр участкового врача через 2 дня или раньше, если ребенку стало хуже или он не может пить или сосать грудь, появляется лихорадка выше 38°C;
- научить мать, в какой ситуации необходимо срочно вновь обратиться к врачу.

8) Индикаторы эффективности лечения:

- полное выздоровление;
- отсутствие эпидемического распространения заболевания.

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

10.1 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).

10.2 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.

11. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ:

1) Диагностические мероприятия: не проводятся.

2) Медикаментозное лечение:

- при лихорадке выше 38,5⁰ С – парацетамол 10- 15 мг/кг через рот или ректально [УД-А];
- при судорогах – диазепам 0,5% – 0,2- 0,5 мг/кг в/м или ректально [УД-В].

12. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ [1,2,3,4]:

1) Диагностические критерии на стационарном уровне:

Жалобы:

- повышение температуры;
- появление сыпи.

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.

Физикальное обследование:

- везикулезная сыпь на коже и видимых слизистых оболочках;
- ложный полиморфизм сыпи;
- синдром интоксикации.

Лабораторные исследования:

ОАК:

- лейкопения, лимфоцитоз, нормальное СОЭ;
- в случае развития бактериальных осложнений: лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ;
- анализ ликвора (при подозрении на менингит, энцефалит);
- в спорных случаях применяется метод ИФА на выявление антител класса М к вирусу Herpes-Zoster.

Инструментальные исследования:

- НСГ при осложненном течении ветряной оспы: менингит или энцефалит;
- МРТ или КТ при энцефалите (по показаниям).

2) Диагностический алгоритм: (смотрите пункт 9, подпункт 2)

3) Перечень основных диагностических мероприятий:

- ОАК;
- ОАМ.

4) Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- спинномозговая пункция (при подозрении на менингит, энцефалит);
- в спорных случаях применяется метод ИФА на выявление антител класса М к вирусу Herpes-Zoster;
- НСГ при осложненном течении ветряной оспы: менингит или энцефалит;
- МРТ или КТ при энцефалите (по показаниям).

5) Тактика лечения:

Немедикаментозное лечение:

Режим:

- госпитализация в Мельцеровский бокс;
- гигиена больного: гигиенический уход за слизистыми оболочками полости рта, глаз, туалет носа;
- диета: стол № 13;
- Приказ 172 от 31 марта 2011 года. О внесении дополнения в приказ МЗ РК от 07.04.2010 №239. «Карманный справочник. Схема 16». Рекомендации по питанию здорового и больного ребенка. Дробное теплое питье. Молочно-растительная диета.

Медикаментозное лечение:

- везикулезные элементы смазывают 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или 1-2 % раствором калия перманганата, высыпания на слизистых оболочках обрабатывают водными растворами анилиновых красителей; (УД-С)
- с целью десенсибилизирующей терапии хлоропирамин 1–2 мг/кг в сутки через рот или парентерально, два раза в сутки, в течение 5- 7 дней; [УД – В]
- для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5°С назначается парацетамол 10–15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов внутрь или ректально, не более трех дней или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки внутрь. (УД-А)
- при тяжелых формах болезни (в том числе с поражением ЦНС) показана противовирусная терапия ацикловиром в дозе 5 мг/кг каждые 8 часов в/в.; (УД-В)
- при осложнениях со стороны центральной нервной системы (энцефалит) - дегидратационная терапия – маннитол 15% из расчета 0,5- 1,5 гр/кг внутривенно капельно в течение 3 – 5 дней [УД-В]; фуросемид 1% – 1- 3 мг/кг в сутки с интервалом 12 часов в течение 3- 5 дней [УД-В], затем ацетазоламид 0,25 г – 8 - 10 мг/кг в сутки [УД-В], один раз в день по схеме: три дня ежедневно, один день перерыв, до пяти курсов в сочетании с препаратами калия; противовоспалительная и десенсибилизирующая терапия: преднизолон из расчета 1 мг/кг (внутримышечно) – до 5 дней с постепенным уменьшением дозы, по состоянию, при необходимости продолжить лечение преднизолоном через рот из расчета) 0,1 – 0,5 мг/кг; [УД – А]
- при судорогах и энцефалите – фенобарбитал (1-3 мг/кг в сутки) или диазепам – 0,5% - по 0,1 мл на кг (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) или вальпроевая кислота 10 мг/кг в/в, затем через рот 15- 20 мг/кг; [УД-С]
- при отеке головного мозга – оксигенотерапия.
- с целью дезинтоксикационной терапии внутривенная инфузия из расчета 30 – 50 мл /кг с включением растворов: 5% или 10% декстрозы (10- 15 мл/кг), 0,9% натрия хлорида (10- 15 мл/кг).
- при развитии гангренозной, буллезной и висцеральной форм ветряной оспы и присоединении бактериальных осложнений с иммунозаместительной целью

показано внутривенное введение иммуноглобулина человеческого нормального (IgG, IgA, IgM) (УД-С), по 5 мл/кг сутки внутривенно в течение трех дней;

- при тяжелых формах ветряной оспы и присоединении бактериальных осложнений показано назначение антибиотиков широкого спектра действия согласно международных стандартов: бета-лактамов полусинтетических пенициллинов, аминогликозидов и цефалоспоринов 2-го и 3 поколения в возрастных дозах.

Перечень основных лекарственных средств:

- парацетамол 200, 500 мг внутрь; ректально 80мг,100мг,125мг,150мг,250мг; раствор для инъекций 1г/6,7мл (УД-А)

или

- ибупрофен 100 мг/5 мл, 200 мг, 400 мг, 600 мг внутрь
- хлоропирамин, 25 мг, 20 мг/мл.

Перечень дополнительных лекарственных средств:

- 1-2 % раствор калия перманганата;
- ацикловир 250 мг, 500 мг - для инфузий;
- декстроза 5%, 10% раствор 200, 400 мл;
- натрия хлорид 0,9 % раствор 200, 400 мл;
- иммуноглобулин человеческий нормальный ((IgG, IgA, IgM) по 10, 20,50,100мл;
- преднизолон, 30 мг/мл, 25 мг/мл, 0,005;
- маннитол 15%, 200 и 400 мл;
- фуросемид, 10мг/мл по 2,0 мл;
- ацетазоламид 0,25 г;
- вальпроевая кислота в/в 100мг/мл, внутрь 150мг, 300мг,5г/100мл.
- фенобарбитал 0,05 и 0,1;
- диазепам – 0,5% раствор для инъекций по 2 мл;
- натрия оксипутират – 20%, раствор для инъекций;
- калия, магния аспаргинат 200мл, 400мл.

Антибактериальные препараты, дозы[1,2]

| Группа | Название препарата | Путь введения | Суточная доза (кратность) | Уровень доказательности |
|---------------|--------------------|------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Цефалоспорины | Цефутоксим | Внутрь, в/м, в/в | 50-100 мг/кг (2-3) 5- 7 дней | А |
| | Цефтриаксон | в/м, в/в | 50- 100 мг/кг (1-2) - 5- 7 дней | А |
| | Цефотаксим | в/м, в/в | 50-100 мг/кг (2 -4) -5- 7 дней | А |

| | | | | |
|---|---------------------------------|----------------|--|---|
| | | | | |
| | Цефиксим | внутри | 8мг/кг в сутки 5-7дней | |
| Аминогликозиды | Амикацин | в/м, в/в | 10-15 мг/кг (2- 3) 5- 7 дней | А |
| | Гентамицин сульфат | в/м, в/в | 3-7 мг/кг (2) - 5- 7 дней | А |
| Пенициллины и полусинтетические пенициллины | Бензилпенициллин натриевая соль | в/м, в/в | 100000- 200000 (3 -4) - 7- 10 дней | |
| | Ампициллин/сульбактам | в/м, в/в | 150 мг/кг (2- 3) -5- 7 дней | А |
| | Амоксициллин/клавуланат | Внутри,в/в,в/м | 25-45мг/кг 5-7дн | |
| Макролиды | Азитромицин | per os | 1сут. - 10мг/кг, далее 5 мг/кг (1) - 4 дня | А |

Хирургическое вмешательство: при гнойных осложнениях со стороны кожных покровов.

Другие виды лечения: коррекция и лечение возникших осложнений.

6) Показания для консультации специалистов:

- консультация невропатолога (при менингите, менингоэнцефалите и при судорожном синдроме);
- консультация хирурга (при гнойно-некротических осложнениях кожных покровов).

7) 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.

8) Индикаторы эффективности лечения:

- купирование лихорадки и интоксикации;
- при возникновении осложнений купирование острых клинических проявлений.

9) Дальнейшее ведение:

• Реконвалесценты ветряной оспы с поражением нервной системы, а также после перенесенной висцеральной формы (поражение сердца, легких, печени, почек, поджелудочной железы, глаз) подлежат диспансерному наблюдению у соответствующих специалистов, которые определяют программу реабилитации и срок диспансерного наблюдения. Снятие с диспансерного учета после стойкого исчезновения остаточных явлений.

14. Медицинская реабилитация: не требуется.

15. Паллиативная помощь не требуется.

16. Сокращения, использованные в протоколе:

| | | |
|-----------------|---|--|
| ВОП | – | врач общей практики |
| a/Herpes-Zoster | – | антитела к возбудителю ветряной оспы |
| 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 |
| СОЭ | – | скорость оседания эритроцитов |
| ЦНС | – | центральная нервная система |
| ИДС | – | иммундефицитные состояния |

17.Список разработчиков протокола:

- 1) Баяшева Динагуль Аяпбековна – доктор медицинских наук, АО «Медицинский университет Астана» доцент, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней, главный внештатный детский инфекционист МЗСР РК.
- 2) Куттыкужанова Галия Габдуллаевна – доктор медицинских наук, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова» профессор, профессор кафедры детских инфекционных болезней.
- 3) Эфендиев Имдат Муса оглы – кандидат медицинских наук, РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет города Семей» доцент, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней и фтизиатрии.

- 4) Катарбаев Адыл Каирбекович – доктор медицинских наук, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова» доцент, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней.
- 5) Оспанова Зарипа Амангелдиевна – ГКП «Городская детская инфекционная больница» Управление здравоохранения Южно-Казахстанской области заместитель главного врача по лечебной работе.
- 6) Кенжебаева Сауле Кенжетаевна – ГККП «Городская детская инфекционная больница» Управление здравоохранения города Астаны, заместитель главного врача по лечебной работе.
- 7) Елубаева Алтынай Мукашевна – кандидат медицинских наук, АО «Медицинский университет Астана» доцент кафедры неврологии с курсами наркологии и психиатрии.
- 8) Худайбергенова Махира Сейдуалиевна – АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» клинический фармаколог.

17. Конфликт интересов: отсутствует.

18. Список рецензентов: Бегайдарова Розалия Хасановна – доктор медицинских наук, профессор, РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» заведующая кафедрой детских инфекционных болезней.

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

- 1) Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. Москва. 2001
- 2) Симованьян Э.М. Инфекционные болезни у детей. Справочник в вопросах и ответах – Ростов н/Д, 2001.–512 с.1.
- 3) Сорокина, М.Н. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей: Руководство для врачей./М.Н. Сорокина, Н.В. Скрипченко //М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004. – 416 с.
- 4) Кокорева С.П. Современная комплексная терапия вирусных нейроинфекций у детей / С.П. Кокорева, Н.П. Куприна, О.А. Панина // Детские инфекции, 2007. – Т. 6, № 4. – С. 47-53.
- 5) Джесси-Рассел. Ветряная оспа. Книга по требованию// СПб, 2012.- 68с.
- 6) Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям- 2015. 133-179 с.
- 7) Национальный научный центр экспертизы лекарственных средств и изделий медицинского назначения. http://www.dari.kz/category/search_prep
- 8) Казахстанский национальный формуляр. www.knf.kz
- 9) Британский национальный формуляр.www.bnf.com
- 10) Под редакцией проф. Л.Е.Зиганшиной «Большой справочник лекарственных средств». Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2011.

11) Библиотека Кохрейна www.cochrane.com

12) Список основных лекарственных средств ВОЗ.
http://www.who.int/features/2015/essential_medicines_list/com.