

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМ. П.Л. ШУПИКА
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ «БУКОВИНСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ

ВІТРЯНА ВІСПА

**КЛІНІЧНА НАСТАНОВА,
ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ**

Склад

мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови

Матюха Лариса Федорівна	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина», заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.мед.н., ст.н.с., заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;
Голубовська Ольга Анатоліївна	завідувач кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Інфекційні хвороби»;
Іванова Лорина Алімівна	професор кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», д.мед.н., професор;
Крамарьов Сергій Олександрович	завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитячі інфекційні хвороби»;
Мельничук Лариса Василівна	доцент кафедри сімейної медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», к.мед.н.;
Сидорчук Лариса Петрівна	завідувач кафедри сімейної медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», д.мед.н., професор;
Ященко Юрій Борисович	завідувач наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, професор кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор.

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Горох Євгеній Леонідович	начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.т.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник відділу доказової медицини Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;

Мігель Олександр Володимирович	завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Державний експертний центр МОЗ України є членом

Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)



ADAPTE (Франція)
(Міжнародний проект з адаптації клінічних настанов)



Рецензенти:

Москалюк Василь Деонізієвич	професор кафедри внутрішньої медицини та інфекційних хвороб Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», д.мед.н., професор;
Чернишова Людмила Іванівна	завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча імунологія».

Перегляд клінічної настанови заплановано на 2019 рік

ЗМІСТ	
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	6
ПЕРЕДМОВА РОБОЧОЇ ГРУПИ	7
1. ВІТРЯНА ВІСПА – РЕЗЮМЕ	8
2. ВІТРЯНА ВІСПА	9
3. ЯК ОТРИМУВАТИ ОНОВЛЕННЯ ЗА ДАНОЮ ТЕМОЮ?.....	9
3.1 Зміни	9
3.2 Оновлення	10
3.2.1 Нові дані	10
3.2.2 Нова політика.....	10
3.2.3 Нові попередження з техніки безпеки	10
3.2.4 Зміни в доступності продукту	10
4. ЦІЛІ І ПОКАЗНИКИ РЕЗУЛЬТАТІВ.....	10
4.1 Цілі.....	10
4.2 QRР – варіанти вибору на місцях	10
5. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ.....	11
5.1 Визначення.....	11
5.2 Поширеність	11
5.3 Ускладнення	12
У дітей.....	12
У дорослих	12
У вагітних	13
У новонароджених.....	13
У людей з імунною недостатністю	14
6. ДІАГНОСТИКА ВІТРЯНОЇ ВІСПИ.....	14
6.1. Діагностика	14
6.2. Диференційна діагностика	14
7. ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА.....	16
7.1. Ведення вітряної віспи у дітей, здорових в іншому плані, або у дорослих ..	16
А. Ведення пацієнтів, здорових в іншому плані.....	16
В. Симптоматичне лікування людини, здорової в іншому плані	17
С. Рекомендації для пацієнта з вітряною віспою	18
7.2. Ведення вітряної віспи у вагітної жінки	19
А. Ведення вагітної жінки	19
В. Лікування симптомів у вагітної жінки.....	20
С. Рекомендації для пацієнтів з вітряною віспою	21
7.3. Ведення матерів-годувальниць з вітряною віспою.....	22
А. Ведення матерів-годувальниць	22
В. Лікування симптомів у матерів-годувальниць.....	23
С. Рекомендації для пацієнтів з вітряною віспою	23
7.4. Ведення вітряної віспи у новонароджених.....	24
А. Ведення новонароджених	24
В. Рекомендації для пацієнтів з вітряною віспою	25
7.5. Ведення вітряної віспи в осіб з ослабленим імунітетом	25
А. Ведення осіб з ослабленим імунітетом.....	25
В. Симптоматичне лікування пацієнтів з ослабленим імунітетом	26
С. Рекомендації для пацієнтів з вітряною віспою	27
7.6. Ведення пацієнтів, які зазнали контакту з вітряною віспою	27
В. Значущий вплив вітряної віспи	28

С. Здорова особа	28
D. Вагітні жінки	29
F. Особи з ослабленим імунітетом.....	31
8. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ПРИЗНАЧЕННЯ.....	32
8.1. Анальгетики/ жарознижуючі засоби	32
Парацетамол/ ібупрофен. Результати	32
Вибір при вагітності або грудному вигодовуванні	33
8.2. Протівірусні препарати.....	33
Дорослі.....	33
Вагітні	33
9. ДОКАЗИ	34
Стратегія пошуку	34
10. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	36

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ABPI	Асоціація британської фармацевтичної промисловості (англ. Association of the British Pharmaceuticals Industry)
AHRQ	Агентство з охорони здоров'я і якості досліджень (англ. Agency for Healthcare Research and Quality)
BNF	Британський національний формуляр
CKS	Електронний ресурс «Резюме клінічних знань» від NICE (англ. Clinical Knowledge Summaries)
DH	Департамент охорони здоров'я (Велика Британія)
DTB	Бюлетень з лікування та лікарських засобів (англ. Drug & Therapeutics Bulletin)
EMA	Європейська Медична Агенція
eMC	Електронний медичний компендіум
HMIC	Консорціум з управління інформацією охорони здоров'я (англ. Health Management Information Consortium)
HPA	Агентство з охорони здоров'я (англ. Health Protection Agency)
IgG	Імуноглобулін G
MHRA	Агентство з регулювання ліків та продуктів для здоров'я (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency)
NICE	Національний інститут клінічної досконалості (англ. National Institute for Health and Care Excellence)
NPC	Національний центр призначень (англ. National Prescribing Centre); на даний час розформований;
QIPP	Програма, розроблена Департаментом охорони здоров'я Великої Британії (англ. Quality, Innovation, Productivity and Prevention)
RCOG	Королівський коледж акушерства та гінекології (англ. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists)
SING	Шотландська міжуніверситетська мережа з розробки клінічних настанов (англ. Scottish Intercollegiate Guidelines Network)
VZIG	Імуноглобулін проти <i>varicella-zoster</i> (англ. Varicella-zoster immunoglobulin)
WHO	Всесвітня організація охорони здоров'я (англ. World Health Organization)
КН	Клінічна настанова
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
НПЗП	Нестероїдні протизапальні препарати
РКД	Рандомізоване контрольоване дослідження

ПЕРЕДМОВА РОБОЧОЇ ГРУПИ

Останнім часом в світі з метою надання якісної та ефективної медичної допомоги, для створення якісних клінічних протоколів та/або медичних стандартів використовуються клінічні настанови як джерело даних з доказової медицини.

Клінічна настанова (КН) – документ, що містить систематизовані положення стосовно медичної допомоги при певній нозології чи при певному клінічному питанні. Клінічна настанова розробляється з дотриманням певної методології і має на меті максимально допомогти лікарю та пацієнту в прийнятті рішення в певних клінічних ситуаціях. В основу створення настанови покладено інформацію, що відповідає критеріям доказової медицини.

В Україні створення клінічних настанов здійснюється шляхом адаптації вже існуючих клінічних настанов, які розроблені на засадах доказової медицини у таких відомих світових центрах як NICE (Англія), SING (Шотландія), AHRQ (США), HEN WHO (Нова Зеландія) тощо.

Клінічна настанова «Вітряна віспа» створена мультидисциплінарною робочою групою на основі СКС-теми «Chickenpox», 2012.

Механізм адаптації клінічної настанови передбачає внесення в незмінний оригінальний текст коментарів робочої групи, у яких відображено можливість виконання тих чи інших положень клінічної настанови в реальних умовах нашої національної системи охорони здоров'я, доступність медичних втручань, наявність зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що зазначені в клінічній настанові, відповідність нормативної бази щодо організації надання медичної допомоги.

Запропонована КН не повинна розцінюватися як стандарт медичного лікування. Дотримання положень КН не гарантує успішного лікування в конкретному випадку; її не можна розглядати як посібник, що включає всі необхідні методи діагностики та лікування або виключає інші. Остаточне рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей для проведення діагностики та лікування в конкретному закладі охорони здоров'я.

Дана клінічна настанова – це рекомендаційний документ з найкращої медичної практики, заснованої на доказах ефективності, в першу чергу для практикуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу.

На основі КН «Вітряна віспа» робоча група розробила уніфікований клінічний протокол медичної допомоги пацієнтам з вітряною віспою. Представлена КН має бути переглянута не пізніше вересня 2019 року мультидисциплінарною робочою групою за участю головного позаштатного спеціаліста МОЗ України, практикуючих лікарів, науковців, організаторів охорони здоров'я України.

В більшості випадків вітряної віспи ведення пацієнта проводиться в закладах первинної медичної допомоги. Новонароджених, пацієнтів з імунodefіцитом, вагітних жінок, пацієнтів з ознаками ускладнень, слід направляти на вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

Також робоча група акцентує увагу на особливостях вітряної віспи у дітей першого року життя:

- *вітряна віспа розпочинається із загально-інфекційних симптомів, висипка з'являється через 2–5 днів. Висипка рясна, поліморфна, але іноді елементи зупиняються на одній стадії розвитку та можуть набувати геморагічного характеру;*
- *перебіг хвороби тяжкий, з виразним токсикозом на висоті висипань, можливі судоми, втрата свідомості;*
- *часто нашаровується вторинна інфекція з розвитком гнійних вогнищ запалення (піодермія, флегмона, абсцеси, пневмонія).*

Також відмічається несприятливий перебіг хвороби у недоношених, ослаблених, а також дітей, які отримували кортикостероїди. Можливий розвиток геморагічної, гангренозної та вісцеральної форми.

СКС-НАСТАНОВА ЩОДО ВЕДЕННЯ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ 2015

Останній перегляд у листопаді 2012 року

1. ВІТРЯНА ВІСПА – РЕЗЮМЕ

Вітряна віспа – гостре захворювання, переважно дитячого віку. Спричиняється вірусом *Varicella-Zoster*, представником групи герпесвірусів і характеризується везикулярними елементами висипу, часто гарячкою та нездужанням.

Контагіозність хвороби – до 90%.

Передача відбувається контактним або повітряно-краплинним шляхом; інкубаційний період 1–3 тижні.

Хворий стає контагіозним за 1–2 дні до появи елементів висипу і до тих пір, поки елементи висипу не стануть сухими або покриваються кірками, як правило на 5–6 день від початку хвороби.

Вірус зберігається в чутливих нервових гангліях спинного мозку роки, тому він може активуватися і спричинити появу оперізувального лишая.

Вітряна віспа, як правило, належить до хвороб, одужання від яких відбувається без медичного втручання (англ. self-limiting disease) серед дітей, здорових в іншому плані.

Ускладнення включають:

Бактеріальну інфекцію шкіри, яка частіше зустрічається у дітей раннього віку.

Ураження легень частіше зустрічається у дорослих.

Впродовж вагітності зустрічається тяжка вітряна віспа у матерів, внутрішньоутробна інфекція та синдром вітряної віспи плода. На пізніх строках вагітності вітряна віспа може призвести до передчасних пологів або неонатальної вітряної віспи.

У людей з ослабленим імунітетом виникає тяжка десимінована вітряна віспа з пневмонією, енцефалітом, гепатитом та геморагічними ускладненнями.

Клінічні ознаки вітряної віспи включають:

Продромальні симптоми (нудоту, міалгію, анорексію, головний біль, загальне нездужання), втрату апетиту.

На волосистій частині голови, обличчі, тулубі і проксимальних відділах кінцівок з'являються маленькі, еритематозні макули; за 12–14 годин прогресують до папул, прозорих везикул (які спричиняють сильний свербіж) і пустул. Везикули можуть виникати на долонях, підшвах і слизових оболонках, з болючими і дрібними виразками в ділянці рота або геніталій. Везикули з'являються підсіваннями. Утворення кірочок відбувається протягом 1–4 днів, а відпадають кірочки після 1–2 тижнів.

Лабораторна діагностика потрібна рідко.

Для симптоматичного лікування, можна розглядати наступне:

Парацетамол або ібупрофен;

Лосьйон з каламіном (місцево);

Хлорфенамін (у пацієнтів >1 року).

Ацикловір можна розглядати для імунокомпетентних дорослих і підлітків (віком 14 років і старше), впродовж 24-х годин появи висипки з моменту захворювання, особливо для людей з тяжкою вітряною віспою або для тих, хто має ризик ускладнень.

Повинні бути надані рекомендації щодо контактів з іншими людьми, та стосовно того, коли звернутися до лікаря:

Якщо підозрюються серйозні ускладнення (наприклад, пневмонія, енцефаліт або зневоднення), повинна бути організована госпіталізація.

Якщо людина має високу температуру з гіперемією і білючістю навколо елементів висипу (особливо після періоду покращення) – може мати місце бактеріальна суперінфекція;

Невідкладно шукати консультації спеціаліста, якщо інфіковані вагітні, матері-годувальниці або новонароджені.

Вплив вітряної віспи

Здорові люди з вітряної віспою в анамнезі, можуть бути впевнені, що вони несприйнятливі до неї. Якщо вони сприйнятливі (імунно не захищені), то повинні знати, що можуть захворіти вітряною віспою.

Якщо вагітна жінка піддається впливу вітряної віспи, і не хворіла в минулому на вітряну віспу чи оперізувального лишай (або немає перевірених даних), вона повинна бути терміново перевірена на антитіла (IgG) до вітряної віспи. Якщо результат позитивний, то вона може бути впевнена, що має імунітет проти вітряної віспи. Якщо результат негативний, слід шукати консультації спеціаліста щодо необхідності проведення профілактики вітряної віспи імуноглобуліном проти *varicella-zoster* (VZIG).

Консультація спеціаліста потрібна для новонароджених і людей з ослабленим імунітетом.

Коментар робочої групи: станом на 26 липня 2016 року лікарських препаратів з каламіном, монопрепаратів хлорфенаміну (АТС-код: R06AB04), препаратів імуноглобуліну проти varicella-zoster (АТС-код: J06BB03) в Україні не зареєстровано.

2. ВІТРЯНА ВІСПА

Останній перегляд у листопаді 2012 року

Чи правильно вибрано тему?

Усі вікові групи

Ця тема СКС охоплює первинну медичну допомогу при вітряній віспі у здорових в іншому плані дітей та дорослих, у жінок під час вагітності, у новонароджених, та у людей з ослабленим імунітетом. Також пропонуються рекомендації з ведення здорових в іншому плані дітей і дорослих, вагітних жінок, новонароджених та осіб з ослабленим імунітетом, після контакту з людиною з вітряною віспою.

В цьому розділі СКС не поширюється на вакцинацію проти вітряної віспи.

Є окремі теми СКС «Пост-герпетична невралгія» та «Оперізувальний лишай».

Цільовою аудиторією для цієї теми СКС є медичні спеціалісти, що працюють в NHS у Великій Британії, а також лікарі першого контакту або первинної медичної допомоги.

3. ЯК ОТРИМУВАТИ ОНОВЛЕННЯ ЗА ДАНОЮ ТЕМОЮ?

3.1 Зміни

Останній перегляд у листопаді 2012 року.

Лютий 2013 – незначне оновлення. 2013 QIPP опції щодо локального впровадження були додані до цієї теми [NICE, 2013].

Листопад 2012 – огляд. Пошук літератури був проведений у вересні 2012 для виявлення настанов, заснованих на фактичних даних, регламентуючих документів Великої Британії, систематичних оглядів, та ключових РКД, опублікованих з моменту останнього перегляду цієї теми. Ніяких змін в клінічних рекомендаціях не було зроблено.

Попередні зміни.

Жовтень 2012 – незначне оновлення. У 2012 опції QIPP для реалізації на місцевому рівні, які були додані до цієї теми [NPC, 2012].

Липень 2011 – незначне оновлення. Більш точна інформація щодо дозування парацетамолу для дітей була внесена на розгляд Агентством з регулювання лікарських засобів та медичних виробів [MHRA, 2011]. Рецепти були оновлені, щоб відобразити переглянуте дозування. Випущено у липні 2011 року.

Травень 2011 – невелике оновлення. У 2010/2011 опції QIPP для реалізації на місцевому рівні, що були додані до цієї теми [NPC, 2011]. Випущено у червні 2011.

Жовтень 2010 – невелике оновлення. Генеричний хлорфенамін більше не ліцензований для лікування свербіжжю. Внесено правки до тексту та приписи для відображення цього. Випущено у жовтні 2010.

Серпень 2010 – оновлений, для включення рекомендацій щодо розгляду ацикловіру у підлітків віком 14 років і старше, в межах 24 годин від початку появи висипу [HRA and Association of Medical Microbiologists, 2010] Випущено у вересні 2010.

Березень 2010 – оновлений для включення рекомендації щодо бактеріальної суперінфекції, що ускладнює вітряну віспу, особливо у людей з екземою. Випущено у березні 2010.

Серпень 2007 – січень 2008 – перетворений з SKS-рекомендацій до структурованої SKS-теми. Доказова база була розглянута в деталях і рекомендації більш чітко обґрунтовані і прозоро пов'язані з доказами.

Там були зміни в рекомендаціях, що стосуються симптоматичного лікування, противірусного лікування здорових дорослих і ведення вітряної віспи у матерів-годувальниць.

Жовтень 2006 – невелике оновлення. Оновлено призначення анальгетиків, оскільки Британським національним формуляром рекомендовано нові дози ібупрофену для дітей. Випущено у жовтні 2006.

Жовтень 2005 — незначне технічне оновлення. Випущено у листопаді 2005.

Квітень 2004 — перегляд. Валідований у вересні 2004 та випущений в листопаді 2004.

Січень 2002 року – перегляд. Затверджено у березні 2002 року і випущено у квітні 2002 року.

Липень 1998 — створення.

3.2 Оновлення

3.2.1 Нові дані

Настанови, засновані на доказах

Немає нових настанов на основі доказових даних з 1 вересня 2012 року.

Технологія оцінки стану здоров'я

Немає нових Технологій оцінки стану здоров'я з 1 вересня 2012 року.

Економічні оцінки

Немає нових економічних оцінок з 1 вересня 2012 року.

Систематичні огляди та метааналіз

Немає нових систематичних оглядів або мета-аналізів з 1 вересня 2012 року.

Первинні докази

Немає нових РКД, опублікованих у провідних журналах з 1 вересня 2012 року.

3.2.2 Нова політика

Немає нової національної політики або настанов з 1 вересня 2012 року.

3.2.3 Нові попередження з техніки безпеки

Немає нових попереджень з техніки безпеки з 1 вересня 2012 року.

3.2.4 Зміни в доступності продукту

Ніяких змін в доступності продукту з 1 вересня 2012 року.

4. ЦІЛІ І ПОКАЗНИКИ РЕЗУЛЬТАТІВ

4.1 Цілі

Консультування з самообслуговування і інфекційного контролю

Зведення до мінімуму тягара і тривалості симптомів

Зменшити імовірності виникнення ускладнень

4.2 QIPP – варіанти вибору на місцях

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)

Розглянути доцільність широкого призначення НПЗП і призначення на регулярній основі, особливо у людей, які знаходяться у зоні високого ризику захворюваності та смертності

з захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ), так і серцево-судинної системи (наприклад, пацієнтів похилого віку).

Якщо ініційоване лікування НПЗП є обов'язковим, використовуйте ібупрофен (1200 мг/день або менше) або напроксен (1000 мг/день або менше).

Огляд пацієнтів, яким у даний час призначають НПЗП

Якщо необхідне подальше застосування, розглядайте питання про заміну ібупрофену (1200 мг/день або менше) або напроксен (1000 мг/день або менше).

Огляд і, у разі необхідності, перегляд призначення еторикоксибу, щоб переконатися, що він знаходиться у відповідності з рекомендаціями MHRA і клінічними рекомендаціями NICE щодо остеоартриту (CSM, 2005; NICE, 2008).

Одночасне призначення інгібітора протонної помпи (ІПП) з НПЗП для людей з остеоартритом, ревматоїдним артритом або болем внизу спини (для людей старше 45 років) відповідно до настанови NICE (NICE, 2008; NICE, 2009a; NICE, 2009b).

Візьміть до уваги взаємодію лікарських засобів при спільному призначенні НПЗП з іншими ліками (див. Резюме характеристик продукту). Наприклад, спільне призначення НПЗП з інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту або блокаторами рецепторів ангіотензину (БРА), може представляти певні ризики для нирок; ця комбінація повинна бути особливо ретельно продумана і регулярно контролюватися, якщо потрібно продовжувати лікування (NICE, 2013).

5. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ

5.1 Визначення

Вітряна віспа – гостре захворювання, що спричиняється вірусом *Varicella-Zoster*. Характеризується везикулярною висипкою, часто гарячкою та нездужанням [Heininger and Seward, 2006].

Вітряна віспа дуже контагіозна; хворіє до 90% контактних [HRA, 2006].

Передача відбувається контактним або повітряно-краплинним шляхом, з інкубаційним періодом (час від інфікування до появи симптомів) до 1–3 тижнів [HRA, 2006; DH, 2012].

Хворий стає контагіозним за 1–2 дні до появи елементів висипу і до тих пір, поки елементи висипу не стануть сухими або покриються кірками, як правило 5–6 днів від початку хвороби (цей період може бути довшим у пацієнтів з ослабленим імунітетом) [HRA, 2006; DH, 2012].

Після стихання інфекції, вірус може залишатися у сенсорних нервових гангліях спинного мозку. Роки і десятиліття потому, вірус може активуватися і викликати оперізувальний лишай (*Herpes Zoster*). Для отримання додаткової інформації дивись теми СКС «Постгерпетична невралгія» і «Оперізувальний лишай».

Можливо заразитися вітряною віспою після контакту з людиною з оперізувальним лишаєм, але неможлива поява оперізувального лишаю після контакту з людиною з вітряною віспою [HRA, 2006].

5.2 Поширеність

Як часто зустрічається вітряна віспа?

Вітряна віспа є переважно дитячою хворобою; захворюваність найвища до 10-ти років [DH, 2012].

В Англії та Уельсі, захворюваність на вітряну віспу становить приблизно 1290 випадків на 100 000 людино-років [DTB, 2005a].

Оскільки вітряна віспа часта хвороба у дітей, більше ніж 90% вагітних жінок мають імунітет (серопозитивні щодо IgG до *Varicella Zoster*). Тому, хоча контакт з вітряною віспою під час вагітності є звичайним явищем, первинна інфекція не виникає (за оцінками, три вагітності з 1000 ускладнюються первинною інфекцією вітряної віспи) [RCOG, 2007].

Жінки тропічних і субтропічних регіонів, швидше за все, будуть серонегативними до *Varicella Zoster* (IgG), отже, більш схильними до розвитку вітряної віспи [RCOG, 2007].

Пік захворюваності на вітряну віспу відбувається з березня по травень, хоча останніми роками спостерігається менш сезонний характер [DH, 2012].

Коментар робочої групи: за даними Державного закладу «Український центр з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України» захворюваність на вітряну віспу за 2014–2015 роки склала:

в 2014 році – 140 283 (325,98 на 100 000 населення); з них 125 195 дітей до 17-ти років включно (1 651,0 на 100 000 населення) та 15 088 дорослих (42,56 на 100 000 населення);

в 2015 році – 127 476 (297,12 на 100 000 населення); з них 113 094 дітей до 17-ти років включно (1 489,0 на 100 000 населення) та 14 382 (40,73 на 100 000 населення).

Епідеміологічна ситуація з вітряної віспи свідчить про зростання захворюваності серед різних вікових груп та питомої ваги ускладнень. Вітряна віспа у вагітних може викликати синдром вітряної віспи плода з множинними ураженнями, передчасні пологи, неонатальну генералізовану інфекцію. Тому, актуальними є питання профілактики вітряної віспи та своєчасної діагностики та лікування.

5.3 Ускладнення

Певні групи людей можуть мати більш серйозні ускладнення: дорослі, вагітні жінки, новонароджені та люди з ослабленим імунітетом [HRA, 2006].

У дітей

Ускладнення у дітей

Вітряна віспа, як правило, належить до хвороб, одужання від яких відбувається без медичного втручання (англ. self-limiting disease), серед дітей, здорових в іншому плані; ускладнення зустрічаються рідко [Lichenstein, 2006; Papadopoulos, 2007]. Проте, можуть виникати ускладнення, що включають [Lichenstein, 2006]:

Бактеріальна суперінфекція шкіри [наприклад, імпетиго, фурункули, целюліт (запалення пухкої сполучної тканини), бешиха, некротизуючий фасцит] та рубцювання. Проявляється раптовою гіпертермією (часто після початкового покращення), еритемою, і чутливістю тканин, що оточують ділянки ураження вітряною віспою.

Неврологічні ускладнення (наприклад, синдром Рея, гострі мозочкові атаксії, енцефаліти, менінгоенцефаліти, полірадікуліти, мієліти).

В рідкісних випадках, міокардіти, гломерулонефрити, апендицити, панкреатити, пурпура Шенляйн-Геноха, орхіти, артрити, неврити зорових нервів, ірити (запалення райдужної оболонки ока), кератити.

У дітей до 5-ти років найбільш часто зустрічається бактеріальна інфекція шкіри [Guess et al, 1986].

У дорослих

Ускладнення у дорослих

У дорослих, порівняно з дітьми, вітряна віспа може бути більш тяжкою [DH, 2012]; імовірність госпіталізації дорослих з вітряною віспою більша [Heininger and Seward, 2006].

У дорослих, порівняно з дітьми, з вітряною віспою в 25 разів частіше розвиваються ускладнення [Wilkins et al, 1998]:

Приблизно у 5–14% дорослих з вітряною віспою уражаються легені (різний ступінь тяжкості) [DTB, 2005a].

Курці більш схильні до ризику розвитку фульмінантної пневмонії [DH, 2012].

Серед летальності, пов'язаної з вітряною віспою, в Англії і Уельсі, 75% трапляється у дорослих [RCOG, 2007].

Похилий вік є фактором ризику розвитку тяжкого перебігу вітряної віспи, а ризик смерті від вітряної віспи найвищий в крайніх вікових групах [Heininger and Seward, 2006].

Оперізувальний лишай може трапитися від реактивації латентної інфекції *Varicella Zoster* [Swingler, 2007].

У вагітних

Ускладнення у вагітних

Ускладнення для матері:

Вітряна віспа у вагітних жінок може мати тяжкий перебіг. Матері знаходяться у зоні підвищеного ризику щодо вірусної (*Varicella Zoster*) пневмонії та інших ускладнень, порівняно із загальною популяцією дорослих [HPA, 2006; ДН, 2012].

У 1 з 10 вагітних жінок з вітряною віспою розвивається пневмонія; тяжкість зростає на пізніх строках вагітності [RCOG, 2007].

У Великій Британії летальність вагітних жінок з вірусною (*Varicella Zoster*) пневмонією складає приблизно 1% [RCOG, 2007].

Ускладнення для плода:

Якщо вітряна віспа трапляється в першому триместрі, ризик спонтанного викидня, як здається, не збільшується [RCOG, 2007].

Інфікування вірусом *Varicella Zoster* впродовж перших 28 тижнів вагітності може спричинити розвиток внутрішньоутробної інфекції та синдрому вітряної віспи плода (раніше відомий як *синдром вродженої вітряної віспи*), що характеризується одним з [RCOG, 2007]:

Рубцювання шкіри за ділянками дерматому.

Дефекти очей (наприклад, мікроофтальмія, хоріоретиніт, катаракта).

Гіпоплазія кінцівок.

Неврологічні порушення (мікроцефалія, атрофія кори головного мозку, труднощі з навчанням, дисфункція сфінктерів кишечника та сечового міхура).

Ризик розвитку синдрому вітряної віспи плода менше ніж 1% впродовж перших 12-ти тижнів, та приблизно 2% між 13-м та 20-м тижнями вагітності [HPA, 2006]. Випадки синдрому вітряної віспи плода були зареєстровані у жінок між 20-м та 28-м тижнями гестації, що вказує на незначний ризик розвитку синдрому вітряної віспи плода, якщо жінка захворіє на вітряну віспу після 20-го тижня вагітності [DTB, 2005a; DTB, 2005b; HPA, 2006; RCOG, 2007]. Ризик ураження плода, швидше за все, буде істотно нижчим ніж при типовому синдромі вітряної віспи плода, який трапляється в перші 20 тижнів вагітності [HPA, 2006]. Не було повідомлень про синдром вітряної віспи плода, при інфікуванні матері після 28 тижня гестації [RCOG, 2007].

Материнська інфекція під час вагітності може не спричинити ніякого впливу на плід або новонародженого, окрім оперізувального лишая в перші роки життя дитини внаслідок реактивації первинної внутрішньої інфекції [RCOG, 2007].

На пізніх строках вагітності, вітряна віспа може призвести до передчасних пологів і неонатальної інфекції вітряної віспи (більш тяжка, якщо мати інфікована за 7 днів до дня пологів) [HPA, 2006]. Інфікування між 1-м тижнем до пологів і 1-м тижнем після пологів може спричинити розвиток тяжкої вітряної віспи новонародженого [ДН, 2012].

У новонароджених

Ускладнення у новонароджених

Новонароджені мають підвищений ризик десемінації або геморагій [ДН, 2012].

Якщо мати інфікується під час пологів, то інфікування вітряною віспою новонародженого (перинатальна вітряна віспа) становить значний ризик [RCOG, 2007].

Якщо мати інфікується за 1–4 тижні до пологів, до половини дітей будуть інфіковані; приблизно у четвертій частини цих дітей вітряна віспа проявиться клінічно, незважаючи на пасивне набуття материнських антитіл. Якщо дитина народжується в строк 7 днів до або 7 днів після появи висипки у матері, вона, швидше за все, захворіє вітряною віспою новонароджених (перинатальна вітряна віспа); якщо у матері з'являється висипка за 5 днів до або впродовж 2-х днів після пологів, швидше за все, буде тяжка інфекція, [RCOG, 2007].

Передача антитіл від матері до дитини обмежена строком до 26–28 тижнів гестації. Таким чином, діти, народжені зі строком гестації менше ніж 28 тижнів, як правило, не будуть захищені материнським імунітетом від вітряної віспи. [DTB, 2005a].

У людей з імунною недостатністю

Ускладнення у людей з імунною недостатністю

Тяжка десемінована вітряна віспа з вірусною (*Varicella Zoster*) пневмонією, енцефалітом, гепатитом, і геморагіями частіше зустрічається у людей з ослабленим імунітетом, ніж серед інших груп населення [Papadopoulos, 2007; ДН, 2012].

Діти з імунною недостатністю можуть мати прогресуючу вітряну віспу (залучається багато органів) [Lichenstein, 2006; Breuer and Fifer, 2011].

Інші ускладнення, які більш поширені і небезпечні серед людей з імунодефіцитом, є вторинними ускладненнями, що спричинені ураженнями шкіри бактеріальною суперінфекцією (наприклад, септицемія, бактеріальна пневмонія, менінгіти) [Papadopoulos, 2007].

6. ДІАГНОСТИКА ВІТРЯНОЇ ВІСПИ

6.1. Діагностика

Як я знаю, що це мій пацієнт?

У більшості випадків діагноз може бути виставлений на підставі характерної висипки. Якщо є сумніви, недавній вплив вітряної віспи (або оперізувального лишая) або випадки, що трапляються в закритих контактах, можуть допомогти у встановленні діагнозу.

Особливості вітряної віспи:

Анамнез:

Вітряна віспа (особливо у дорослих та підлітків) може починатися з продрому, який включає нудоту, міалгію, анорексію та головний біль.

Люди з вітряною віспою можуть також відчувати загальне нездужання, втрату апетиту, порушення у роботі шлунково–кишкового тракту.

Фізикальне обстеження:

Гарячка.

Висипка:

Маленькі еритематозні макули з'являються на шкірі голови, обличчі, тулубі і проксимальних відділах кінцівок та прогресують впродовж 12–14 годин до папул, везикул (які інтенсивно сверблять) і пустул.

Везикули також можуть траплятися на долонях і підшвах; також можуть уражатися слизові облонки, з утворенням болючих поверхневих виразок в роті та на геніталіях.

Везикули з'являються підсипаннями, тому етапи розвитку елементів висипу можуть відрізнятися на різних ділянках.

Утворення кірочок відбувається впродовж 1–4 днів, кірочки відпадають після 1–2 тижнів.

У дорослих може відзначатися більш поширений висип і триваліша гарячка ніж у дітей.

Інші обстеження:

Лабораторні тести можуть бути використані для підтвердження, але вони рідко потрібні. Якщо потрібне підтвердження у вагітних жінок, вітряна віспа може бути підтверджена визначенням вірусу, антигену або виявленням дезоксирибонуклеїнової кислоти (ДНК) в рідині везикул.

Підстави для рекомендацій

Клінічні особливості

Рекомендації засновані на думці експертів в оглядових публікаціях [Heininger and Seward, 2006; Papadopoulos, 2007].

Обстеження

Ця інформація заснована на думці експертів Агентства з охорони здоров'я [НРА, 2011] і думках експертів в оглядових публікаціях [Lichenstein, 2006].

6.2. Диференційна діагностика

Що це може бути?

Вітряну віспу, як правило, легко відрізнити від іншого висипу. Проте, диференційна діагностика включає:

Інші везикулярні вірусні висипи, такі як простий герпес (як правило, не десиміований); оперізувальний лишай (Herpes zoster) (як правило, несиметричний та локалізується в межах дерматому); хвороби рук, ніг та ротової порожнини (спричинені вірусом Коксакі).

Інші інфекції, такі як імпетиго; короста; сифіліс; менінгококцемія (можна сплутати з геморагіями при вітряній віспі); синдром токсичного шоку.

Ураження шкіри, такі як краплиноподібний псоріаз; токсидермія; укуси комах; папульозна кропив'янка; мультиформна еритема; синдром Стівенса-Джонсона; пурпура Шенлейна-Геноха; герпетичний дерматит.

Підстави для рекомендацій

Ця рекомендація заснована на думці експертів в оглядових статтях [Heininger and Seward, 2006; Lichenstein, 2006; Papadopoulos, 2007].

Коментар робочої групи: у випадках складної клінічної діагностики при встановленні діагнозу корисними можуть виявитися додаткові методи обстеження. До них відносяться: загальний аналіз крові [характерні лейкопенія, відносний лімфоцитоз, нормальні показники швидкості осідання еритроцитів(ШОЕ)]; імуноферментний аналіз (ІФА), рентгенофлуоресцентний аналіз (дозволяє виявити антиген вірусу в мазках із вмісту везикул); полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) – найбільш чутливий і специфічний метод визначення вірусу в лікворі, мокротинні, зразках виділень з елементів висипу.

Деякі науковці виділяють типові та атипів форми захворювання. Наприклад, згідно класифікації (Н.І. Нісевич, В.Ф. Учайкін, 1985р.) виділяють атипів форми вітряної віспи:

рудиментарна форма – її частіше виявляють у дітей перших місяців життя або раннього віку, яким в інкубаційному періоді вводили імуноглобулін, плазму або переливали кров. Характеризується папульозною висипкою, поодинокими везикулами на тлі нормальної температури тіла;

абортивна форма – висип припиняється на стадії папули і не досягає стадії везикули. Розпізнавання цих форм хвороби іноді буває важким, що може сприяти подальшому поширенню інфекції.

пустульозна форма – супроводжується вираженою інтоксикацією, утворюються пухирці, пустули з гнійним вмістом, після відпадиння кірок часто залишаються рубці;

бульозна форма – характеризується появою у стадії висипання поряд з типовими везикулами великих, діаметром до 2–3 см, пухирів з в'ялою покришкою і мутним вмістом. Можуть утворюватися великі ерозивні поверхні, після епітелізації нерідко залишається буровата пігментація, наслідки при цій формі, як правило, сприятливі;

геморагічна форма – розвивається в імуноскомпроментованих пацієнтів. Вміст пухирців стає геморагічним, кірочки мають чорний колір. Можливі крововиливи у шкіру, слизові оболонки, внутрішні органи, головний мозок, носові кровотечі, причиною геморагічної форми є тромбоцитопенія;

гангренозна форма – разом із звичайним висипом на шкірі з'являються пухирці з геморагічним вмістом та значною запальною реакцією довкола них. В наступному утворюється кров'яний струн, після відторгнення якого з'являються глибокі виразки з некротичним дном і підритими краями, частіше гангренозні елементи спостерігаються у дітей раннього віку, виснажених, з гіпотрофією, які перенесли безпосередньо перед вітряною іншою гостру інфекцію;

вісцеральна форма – зустрічається у новонароджених, осіб з імунодефіцитом або осіб, які отримували кортикостероїди. Характеризується множинними ураженням внутрішніх органів (енцефаліт, гепатит, пневмонія, нефрит). Цю форму частіше виявляють під час розтину.

7. ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА

Сценарій: Дитина або дорослий: охоплює ведення дитини або дорослого з вітряною віспою.

Сценарій: Вагітні жінки: охоплює ведення вагітної жінки з вітряною віспою.

Сценарій: Жінка яка годує грудьми: охоплює ведення годуючої жінки з вітряною віспою.

Сценарій: Новонароджені: охоплює ведення новонародженого з вітряною віспою.

Сценарій: Особи зі зниженим імунітетом: охоплює ведення осіб з ослабленим імунітетом з вітряною віспою.

Сценарій: Вплив вітряної віспи: охоплює ведення дітей, дорослих (у тому числі медичних працівників), вагітних жінок, жінок, які годують груддю, новонароджених і людей з ослабленим імунітетом, які були схильні до вітряної віспи.

7.1. Ведення вітряної віспи у дітей, здорових в іншому плані, або у дорослих

Вік від 2-х місяців.

А. Ведення пацієнтів, здорових в іншому плані

Як потрібно вести пацієнтів з вітряною віспою, здорових в іншому плані?

Пропозиція щодо симптоматичного лікування.

Розглянемо призначення ацикловіру для імунокомпетентних дорослих і підлітків (віком від 14-ти років і старше) з вітряною віспою, який призначають впродовж 24 годин з моменту появи висипу, особливо для людей з тяжкими формами вітряної віспи або осіб з підвищеним ризиком ускладнень (наприклад, курці або люди, які отримують кортикостероїди).

Ацикловір не рекомендується для здорових в іншому плані дітей з вітряною віспою.

Дайте пораду щодо контакту з іншими людьми, і стосовно того, коли потрібно звернутися до лікаря.

При підозрі на тяжкі ускладнення (наприклад, пневмонію, енцефаліт, або зневоднення), необхідне направлення до лікарні.

Якщо у людина піднімається висока температура (особливо після початкового покращення) з почервонінням і болем навколо елементів висипки, вважають що розвивається бактеріальна суперінфекція і лікування проводять відповідно до ситуації.

Це може частіше зустрічатися у людей з екземою.

Повідомляти відповідні органи, якщо ситуація трапляється в Шотландії або Північній Ірландії (вітряна віспа не є хворобою, що реєструється в Англії або Уельсі).

Для отримання додаткової інформації щодо дій особи, яка була в контакті, але у якої ще не розвинулася вітряна віспа, див. Сценарій: Вплив вітряної віспи.

Підстави для рекомендацій

Ці рекомендації є прагматичними рекомендаціями, заснованими на рекомендаціях Агентства з охорони здоров'я [NPA, 2006; NPA and British Infection Association, 2012], Консультативної групи Великої Британії щодо вітряної віспи від імені Британського товариства з вивчення інфекції [Ogilvie, 1998; Wilkins et al, 1998], Британському Національному Форумі [BNF 64, 2012], а також огляді з ведення вітряної віспи [Allen, 2006].

Діти

Систематичний огляд Cochrane щодо лікування вітряної віспи ацикловіром у дітей і підлітків здорових в іншому плані [Klassen and Hartling, 2005] не знайшов достатніх доказів на підтримку використання ацикловіру в імунокомпетентних дітей, у яких одужання відбувається без медичного втручання (англ. self-limiting disease).

З трьох згаданих досліджень, ацикловір асаційований зі зменшенням максимальної кількості ускладнень та кількості днів високої температури, але не було ніяких відмінностей у виникненні ускладнень вітряної віспи у людей, які приймають ацикловір, порівнянно з

плацебо. Ще один пошук літератури с цього питання – систематичний огляд Cochrane у вересні 2008 року не знайшов будь-яких нових доказів, що вимагало б зміни висновки

Дорослі

Дорослі більш схильні до розвитку ускладнень вітрянки, ніж діти. Доведено, що курці і люди з тяжкими хворобами легень, серцево-судинними хворобами або з хронічною патологією шкіри більше схильні до ризику ускладнень вітрянки [Wilkins і співавт, 1998; BNF 64, 2012].

Рекомендації узгоджуються між британськими організаціями щодо використання ацикловіру в імунокомпетентних дорослих з вітряною віспою [Ogilvie, 1998; Wilkins et al, 1998; BNF 64, 2012; HPA and British Infection Association, 2012].

В огляді клінічних доказів BMJ (дата пошуку червень 2010 року) [Breuer and Fifer, 2011] знайшовся систематичний огляд трьох РКД, що присвячувався використанню ацикловіру у здорових дорослих з вітряною віспою (n=316). Включені дослідження показали, що порівняно з плацебо у здорових дорослих: початок прийому ацикловіру впродовж 24-х годин з моменту появи висипу скоротило час до максимального кіркоутворення і зменшило кількість уражень; початок прийому ацикловіру більше ніж через 24 години після появи висипу не показало значущої відмінності в часі до максимального кіркоутворення або часі до останнього ураження.

CKS не знайшли недавніх досліджень, які б розглядали конкретно ефективність ацикловіру в попередженні ускладнень вітряної віспи серед дорослого населення.

Бактеріальна суперінфекція

Рекомендація розглянути можливість бактеріальної суперінфекції заснована на дослідженнях, що розглянули пацієнтів, які поступили до лікарні з вітряною віспою.

В одному британському дослідженні (n=613), у 32% дітей і 17% дорослих, госпіталізованих з вітряною віспою, було виявлено вторинну бактеріальну інфекцію шкіри [Bovill і Bannister, 1998]. З 25 дітей з вторинною бактеріальною інфекцією, у трьох виявили токсин скарлатини і у однієї дитини синдром «ошпареної шкіри». У п'яти дітей з вторинною бактеріальною інфекцією була екзема. Бактеріємія і синдром токсичного шоку, хоча і не були виявлені у цьому дослідженні, також можуть траплятися.

Цілком імовірно, що вторинна бактеріальна суперінфекція частіше зустрічається у пацієнтів з екземою. Вторинна бактеріальна інфекція сама по собі є частим ускладненням екземи, а використання місцевих кортикостероїдів може це погіршити. Клінічні дані нечисленні, але невелика серія випадків підтримує цю точку зору: вторинна бактеріальна інфекція частіше зустрічається у дітей з екземою (31%; 10 з 32 дітей), ніж у здорових дітей (6%; 2 з 34 дітей) [Kubeyinje, 1995].

Звітність щодо вітряної віспи

Рекомендації щодо повідомлених випадків вітряної віспи у Шотландії або Північній Ірландії отримано від Департаменту охорони здоров'я [DH, 2012].

В. Симптоматичне лікування людини, здорової в іншому плані

Як впливає симптоматично лікувати на здорову людину з вітряною віспою?

Запропонуйте парацетамол або ібупрофен для полегшення болю або гарячки.

Застосування жарознижуючих засобів слід розглядати у дітей з гарячкою, або тих, які здаються засмученими або нездоровими. Жарознижуючі препарати не повинні регулярно використовуватися з метою зниження температури тіла у дітей з гарячкою, які добре себе почувають. Погляди та побажання батьків і опікунів, повинні бути прийняті до уваги.

Для отримання додаткової інформації дивись інформацію щодо парацетамолу/ібупрофену.

Розглянемо використання місцевого каламінового лосьйону для полегшення свербіжу.

Хлорфенамін може бути корисним при свербіжі, пов'язаному з вітряною віспою для дітей старше 1- го року.

Підстави для рекомендацій

Ці рекомендації є прагматичними порадами. Лікування повинне бути спрямоване на зниження симптомів, таких як гарячка і свербіж [[Allen, 2006](#); [Heininger and Seward, 2006](#); [HPA, 2006](#); [NICE, 2007](#); [Papadopoulos, 2007](#)].

Лосьйон з каламіном:

Лосьйон з каламіном, як вважають, шляхом випаровування з поверхні шкіри, викликає ефект охолодження, чим зменшує свербіж [Allen, 2006].

В огляді літератури, не було виявлено опублікованих даних для підтримки використання каламіну для полегшення свербіжів при вітряній віспі. Проте, автори вважали, що він має хороший профіль безпеки, а також окремі повідомлення свідчать про існування деякої міри полегшення симптомів [[Tebruegge et al, 2006](#)].

CKS не змогли знайти жодних доказів щодо виправданого використання топічного кротамітону і колоїдних добавок вівсянки для ванної при вітрянці.

Коментар робочої групи: станом на 22 серпня 2016 року препаратів кротамітону (англ. *Crotamiton*) в Україні не зареєстровано.

Робоча група не знайшла доказів ефективності та доцільності обробки елементів висипки з метою асептики чи маркування елементів висипу розчинами анілінових барвників чи іншими засобами.

Антигістамінні препарати

Існують дуже обмежені докази на підтримку використання топічних або системних антигістамінних препаратів для полегшення свербіжів у пацієнтів з вітряною віспою. Думки експертів розходяться, але деякі експерти знаходять користь з клінічного досвіду використання хлорфенаміну. Piriton®, але не генеричний хлорфенамін, ліцензований для симптоматичного полегшення свербіжів при вітряній віспі.

Хлорфенамін не повинен призначатися немовлятам до 1-го року тому, що він не ліцензований для використання у цій віковій групі [[ABPI Medicines Compendium, 2010b](#)].

В огляді літератури, було виявлено тільки одне РКД, що досліджувало вплив антигістамінних препаратів при вітряній віспі [[Tebruegge et al, 2006](#)]:

Щодо диметиндену (антигістамінний препарат з седативною дією недоступний у Великій Британії) було встановлено, що він більш ефективним, ніж плацебо у зменшенні свербіжів, з деяким покращенням сну і апетиту [[Englisch and Bauer, 1997](#)].

Проте, дизайн дослідження був бідний, оскільки ні метод рандомізації, ні процес засліплення не був описаний [[Tebruegge et al, 2006](#)]. Відмінність у балах тяжкості свербіжів між групами була невеликою і не визначала клінічної цінності. Дослідження було проведено виробником диметиндену у Німеччині.

CKS не зміг визначити будь-які інші РКД, де б призначалися антигістамінні препарати (у тому числі хлорфенамін) у пацієнтів з вітряною віспою.

Докази шкоди

CKS знайшли повідомлення про випадки побічних ефектів, пов'язаних із застосуванням топічного дифенгідраміну (з або без додаткового системного дифенгідраміну) у дітей з вітряною віспою [[Woodward and Baldassano, 1988](#); [Huston et al, 1990](#); [Reilly and Weisse, 1990](#); [Bernhardt, 1991](#); [Chan and Wallander, 1991](#); [McGann et al, 1992](#)].

Зазначені побічні ефекти включали гострий делірій, галюцинації, мідріаз, затримку сечі і спазми м'язів обличчя. Імовірно це було пов'язане з антиму斯卡риновими властивостями препарату.

CKS не змогли знайти докази побічних ефектів, пов'язаних з іншими антигістамінними препаратами у пацієнтів з вітряною віспою.

С. Рекомендації для пацієнта з вітряною віспою

Які поради я повинен надати людині з вітряною віспою?

Порадьте наступні прості заходи, щоб допомогти полегшити симптоми:

Заохочуйте адекватне споживання рідини для уникнення зневоднення.

Одяг має відповідати температурі середовища для уникнення перегріву або ознобу.

Одягайте гладкі, бавовняні тканини.

Тримайте короткими нігті, щоб звести до мінімуму шкоду від подряпин.

Інформуйте, що найбільш контагіозний період – це 1–2 дні до появи висипу, але контагіозність триває, поки усі елементи ураження не покриються кіркою (зазвичай це близько 5–6 днів після початку хвороби):

Впродовж цього часу, людині з вітряною віспою порадьте уникати контакту з людьми з імуннодефіцитом (наприклад, тими, хто отримує протиракове лікування або високі дози пероральних глюкокортикостероїдів, або тими, хто має стани, що пригнічують імунну систему), вагітними жінками; новонароджених віком до 4-х тижнів.

Дітей з вітряною віспою слід тримати подалі від школи або дитячої установи протягом 5-ти днів з моменту появи останніх елементів висипу.

Проінформувати пацієнта щодо термінової медичної консультації при погіршенні стану або розвитку ускладнень. Батькам маленьких дітей з вітряною віспою слід звертати особливу увагу на: бактеріальну суперінфекцію – проявляється раптовою високою температурою тіла (часто після початкового покращення), еритемою і чутливістю шкіри, що оточує елементи висипки; зневоднення – заохочувати і контролювати споживання рідини і рекомендувати звернутися до лікаря, якщо ознаки зневоднення прогресують (наприклад, знижується діурез, з'являється млявість, стають холодними периферичні відділи, знижується тургор шкіри).

Підстави для рекомендацій

Ці рекомендації є прагматичними порадами і засновані на публікації щодо ведення вітряної віспи та оперізувального лишая [Allen, 2006] та відгуках експертів та рецензентів SKS стосовно цього.

7.2. Ведення вітряної віспи у вагітної жінки

Вік від 12-ти до 60-ти років.

А. Ведення вагітної жінки

Як я повинен вести вагітних жінок з вітряною віспою?

Терміново зверніться за консультацією спеціаліста про необхідність проведення діагностичних тестів, консультування щодо ризику розвитку синдрому вітряної віспи плода, противірусного лікування і спостереження.

Противірусну терапію на рівні первинної медичної допомозі призначають лише (з інформованої згоди жінки) за порадою спеціаліста.

Рекомендують симптоматичне лікування.

Пропозиція симптоматичного лікування.

Дайте пораду про контакт з іншими людьми та коли звернутися до лікаря.

Ретельно спостерігайте за жінкою (оглядайте щодня, або частіше, якщо її стан погіршується).

Якщо зберігається гарячка, або елементи висипу продовжують з'являтися і через 6 днів, потрібна термінова госпіталізація.

Направляйте в лікарню (бажано з доступом до спеціалістів з акушерства, інфекційних хвороб і педіатрії), якщо жінка має порушення у роботі дихальної системи, неврологічні симптоми, окрім головного болю, геморагічну висипку або кровотечу, важкий перебіг (наприклад, масивний висип з або без численних уражень слизової), або значне пригнічення імунітету.

Необхідна консультація спеціаліста акушерського профілю (навіть за відсутності ускладнень), якщо виникають труднощі з моніторингом, друга половина вагітності; ускладнений акушерський анамнез, тютюнопаління та хронічні хвороби легень в анамнезі, складні соціальні обставини, приймає стероїди.

Повідомляти відповідні органи щодо виявлення вітряної віспи у Шотландії або Північній Ірландії (вітряна віспа не підлягає реєстрації в Англії або Уельсі).

Для отримання додаткової інформації щодо ведення вагітної жінки, яка була в контакті з хворим на вітряну віспу, але яка поки що не має клінічних проявів, див. Сценарій: Вплив вітряної віспи.

Підстави для рекомендацій

Рекомендації для медичних спеціалістів первинної медичної допомоги щодо того коли порадити жінці з вітряною віспою під час вагітності, симптоматичне лікування, а коли звернення за спеціалізованою медичною допомогою, засновані на настанові Королівського коледжу акушерів і гінекологів (RCOG) [RCOG, 2007], інструкціях від Агентства з охорони здоров'я (НРА) щодо лікування захворювань, що супроводжуються висипом і схильності до висипу на шкірі під час вагітності [НРА, 2011], а також публікації у Б'юлетені Лікарські засоби та Лікування [DTB, 2005a].

Звіти щодо вітряної віспи

Рекомендація щодо звітності про випадки вітряної віспи від Департаменту охорони здоров'я [DH, 2012].

Ургентна консультація спеціаліста

Вагітні жінки мають більш високий ризик тяжких ускладнень вітряної віспи [наприклад, фульмінантна вірусна (*Varicella Zoster*) пневмонія]. Цей ризик є найбільшим в другому та на початку третього триместру [DH, 2012].

Є питання призначень та показань лікарських засобів під час вагітності, а також потенційна необхідність втручання і прийняття подальших заходів. Настанова RCOG щодо вітряної віспи під час вагітності [RCOG, 2007] повідомляє, що вагітна жінка повинна бути проінформована про низький ризик синдрому вітряної віспи плода та його наслідки, у разі, якщо розвивається вітряна віспа або відбувається сероконверсія в перші 28 тижнів вагітності. Настанова рекомендує розглядати направлення до спеціаліста центру для детального УЗД на 16–20 тижнів гестації або 5-му тижнів після інфікування (це, імовірно, буде організовано в закладі вторинної медичної допомоги).

Противірусне лікування

Доступні лише обмежені дані щодо лікування вітряної віспи під час вагітності [DTB, 2005a], тому SKS рекомендує консультацію спеціаліста.

Настанова з лікування висипу під час вагітності від НРА [НРА, 2011] і настанова RCOG щодо вітряної віспи під час вагітності [RCOG, 2007] рекомендують пропонувати 7-денний курс перорального ацикловіру (за наявності інформованої згоди), якщо жінка звертається впродовж 24-х годин після появи висипу і зі строком вагітності 20 тижнів або більше. Це засновано на консенсусному рішенні Консультативної групи Великої Британії щодо вітряної віспи, беручи до уваги підвищений ризик пневмоніту у другій половині вагітності, та балансу ризику на користь надання перорального ацикловіру жінкам у другій половині вагітності при зверненні впродовж 24-х годин з моменту появи висипу [Nathwani і співавт., 1998].

Якщо жінка знаходиться менш ніж на 20-му тижнів вагітності думка НРА і RCOG полягає в тому, що ацикловір слід використовувати з обережністю [RCOG, 2007; НРА, 2011].

В настанові RCOG знайшли дані, що припускають відсутність збільшення ризику вад плода при використанні ацикловіру під час вагітності, хоча є теоретичний ризик тератогенезу у першому триместрі вагітності [RCOG, 2007].

В призначенні муноглобуліну проти вітряної віспи людині, людині, яка має клінічні прояви вітряної віспи, немає ніякої користі. [RCOG, 2007].

В. Лікування симптомів у вагітної жінки

Як потрібно ставитися до симптоматичного лікування вагітної жінки з вітряною віспою?

Рекомендується прийом парацетамолу для полегшення болю або гарячки.

Ібупрофен може бути розглянутий, але не слід його використовувати, якщо вагітності більше 27-ми тижнів. Для отримання додаткової інформації див. «Вибір під час вагітності або годування груддю».

Розгляньте топічне використання лосьйону з каламіном для полегшити свербіж.

Використання хлорфенаміну для симптоматичного лікування вітряної віспи під час вагітності не рекомендується.

Підстави для рекомендацій

Ці рекомендації є прагматичними порадами. Лікування повинне бути спрямоване на зменшення симптомів, таких як гарячка і свербіж [Allen, 2006; Heininger and Seward, 2006; НРА, 2006; Papadopoulos, 2007].

Лосьйон з каламіном

Лосьйон з каламіном, як вважають, зменшує свербіж шляхом випаровування з поверхні шкіри, чим викликає охолоджуючий ефект [Allen, 2006].

В огляді літератури не було виявлено опубліковані дані на підтримку використання каламіну для полегшення свербіжів при вітряній віспі. Проте, автори вважали, що він має хороший профіль безпеки, а також окремі повідомлення свідчили про існування деякої міри полегшення симптомів [Tebruegge et al, 2006].

Безпека використання лосьйону з каламіном під час вагітності та в період лактації не встановлена, але вважається, що його використання у ці періоди не становить небезпеку [ABPI Medicines Compendium, 2011a].

Топічний кротамідон та колоїдні добавки вівсянки для ванної

CKS не виявило жодних доказів щодо виправданого використання топічного кротамідону і колоїдних добавок вівсянки для ванної при вітряній віспі.

Антигістамінні препарати

Хоча хлорфенамін може бути використаний під час вагітності для лікування алергічних станів [Schaefer et al, 2007], CKS не виявило жодних доказів, які б підтверджували його застосування у вагітних жінок з вітряною віспюю.

Хоча ніякого підвищеного тератогенного ризику не було виявлено у вагітних, які приймали хлорфенамін [Schaefer et al, 2007] і є достатньо даних щодо використання хлорфенаміну під час вагітності, які не вказують на підвищений ризик токсичності для плода, якщо відбувається вплив [NTIS 2009] але, як правило, рекомендується уникати препарату, якщо це необхідно у першому триместрі [BNF 64, 2012].

Виробник хлорфенаміну радить використовувати препарат, коли потенційні вигоди переважають потенційні невідомі ризики для плода [ABPI Medicines Compendium, 2011c]. Дані, що підтверджують застосування антигістамінних препаратів для полегшення симптомів вітряної віспи вкрай обмежені. На цій основі, навіть незважаючи на, як здається, низький ризик використання хлорфенаміну під час вагітності, CKS не рекомендує використовувати цей препарат для полегшення симптомів вітряної віспи під час вагітності.

С. Рекомендації для пацієнтів з вітряною віспюю

Яку пораду я повинен дати пацієнту з вітряною віспюю?

Порадьте наступні прості заходи, щоб допомогти полегшити симптоми:

Заохочуйте адекватне споживання рідини для уникнення зневоднення.

Одягайтеся для уникнення перегріву або переохолодження.

Надавайте перевагу одягу з гладких бавовняних тканин.

Тримайте нігті короткими, щоб звести до мінімуму шкоду від подряпин.

Поясніть, що найбільшу небезпеку інфекції становить період 1–2 дні до появи висипки, але небезпека інфікування триває доки всі елементи висипу не вкриються кіркою (зазвичай близько 5–6 днів від початку захворювання):

У цей період, радять людині з вітряною віспюю уникати контакту з: людьми з ослабленим імунітетом (наприклад, тими, які отримують лікування від раку або високі дози оральних стероїдів, або тими, які знаходяться в умовах, що знижують імунітет); вагітними жінками; немовлятами у віці до 4-х тижнів.

Дітей з вітряною віспюю слід тримати подалі від школи або дитячих закладів впродовж 5-ти днів з моменту появи висипу.

Інформувати людину про те, що необхідно звертатися за терміною медичною консультацією, якщо їх стан погіршився або з'явилися ускладнення. Батькам маленьких дітей з вітряною віспою слід звертати особливу увагу на: бактеріальну суперінфекцію – проявляється раптовим підйом температури (часто після початкового покращення), еритемою і набряком шкіри навколо елементів висипки; зневоднення – заохочувати і контролювати споживання рідини і звернутися до лікаря, якщо розвиваються ознаки зневоднення (наприклад, знижується діурез, з'являються млявість, холодні периферичні відділи, зниження тургору шкіри).

Підстави для рекомендацій

Ці рекомендації є прагматичними порадами і засновані на публікації про ведення вітряної віспи та оперізувального лишая [Allen, 2006] та відгуках експертів-рецензентів з цієї теми СКС.

7.3. Ведення матерів-годувальниць з вітряною віспою

Вік від 12 років до 60 років.

А. Ведення матерів-годувальниць

Як потрібно вести матерів-годувальниць з вітряною віспою?

Запропонуйте симптоматичне лікування.

Розгляньте призначення ацикловіру для жінок без імунної недостатності які звернулися впродовж 24-х годин з моменту появи висипу, особливо, якщо у неї тяжка вітряна віспа або є ризик розвитку ускладнень.

Шукайте ургентну консультацію спеціаліста стосовно того, чи слід матері продовжувати годувати грудьми, якщо у неї вітряна віспа, і чи потрібно лікувати її дитину, щоб звести до мінімуму ризик виникнення ускладнень.

Дайте пораду стосовно контактів з іншими людьми та коли звернутися до лікаря.

Госпіталізація необхідна, якщо є підозра на серйозні ускладнення (наприклад, пневмонію, енцефаліт).

В Шотландії чи Північній Ірландії повідомляються відповідні органи (вітряна віспа не є хворобою, що підлягає реєстрації в Англії чи Уельсі).

Підстави для рекомендацій

СКС, не знайдено ніяких конкретних рекомендацій з ведення матерів-годувальниць з вітряною віспою. Тому, СКС запропонувати симптоматичне лікування, як для здорових дорослих, у відповідності з поточними знаннями про застосування анальгетиків/ жарознижуючих і каламіну для матерів-годувальниць.

Дорослі більш схильні до розвитку ускладнень вітряної віспи, ніж діти. Існують докази, що у курців і людей з хворобами легень або серцево-судинної системи, або у тих, хто має хронічні хвороби шкіри, більш схильні до ризику ускладненої вітряної віспи [Wilkins et al, 1998; BNF 64, 2012].

Рекомендації узгоджені з британськими організаціями щодо використання ацикловіру в імунокомпетентних дорослих з вітряною віспою [Ogilvie, 1998; Wilkins et al, 1998; BNF 64, 2012; HPA and British Infection Association, 2012].

В огляді BMJ клінічних доказів (дата пошуку червень 2010 року) [Breuer and Fifer, 2011] виявили систематичний огляд трьох РКД, з використання ацикловіру у здорових дорослих з вітряною віспою (n=316). Включені дослідження показали, що порівнянн з плацебо у здорових дорослих:

Ацикловір, прийнятий впродовж 24-[годин з моменту появи висипу, скоротив час до повного покриття кіркою елементів висипки та зменшив їх кількість.

Ацикловір, призначений більш ніж через 24 години після появи висипу не показав значнї] різниц з плацебо у часі до повного припинення висипань.

СКС не виявилі недавніх досліджень, що розглядали вплив ацикловіру на запобігання ускладнень вітряної віспи у дорослого населення.

Існує теоретичний ризик впливу ацикловіру на імунну систему немовляти в результаті впливу через грудне молоко. Тим не менш, не повідомлялося про симптоми токсичного впливу і грудне вигодовування може продовжуватися, якщо жінка приймає ацикловір [Schaefer et al, 2007].

CKS радить огляд спеціаліста з приводу грудного вигодовування дитини матір'ю-годувальницею з вітряною віспою з урахуванням можливих ускладнень для дитини.

Рекомендації з питань грудного вигодовування у настанові Агентства з охорони здоров'я з лікування висипу та схильності до висипань під час вагітності:

якщо мати має вітряну віспу, вона повинна мати можливість годувати грудьми;

якщо елементи ураження шкіри розташовані близько до соска, молоко повинно зціджуватися поки пошкодження не покритуться кіркою.

молоко може бути використано для вигодовування дитини, якщо дитина захищена імуноглобулінами та/або ацикловіром. Лікування повинно бути ініційовано спеціалістом [НРА, 2011].

Рекомендація щодо звітності про випадки вітряної віспи від Департаменту охорони здоров'я [ДН, 2012].

В. Лікування симптомів у матерів-годувальниць

Як проводити симптоматичне лікування матері-годувальниці з вітряною віспою?

Рекомендується парацетамол або ібупрофен для полегшення білю або гарячки. Для отримання додаткової інформації див вибір під час вагітності або годування груддю.

Розгляньте топічне використання лосьйону з каламіном для полегшення свербіжу.

Підстави для рекомендацій

Ці рекомендації є прагматичними порадами. Лікування повинне бути спрямоване на зменшення симптомів, таких як гарячка і свербіж [Allen, 2006; Heininger and Seward, 2006; НРА, 2006; Papadopoulos, 2007].

Лосьйон з каламіном

Лосьйон з каламіном, як вважають, зменшує свербіж шляхом активного випаровування з поверхні шкіри, чим викликає охолоджуючий ефект [Allen, 2006].

В огляді літератури не було виявлено опублікованих даних для підтримки використання каламіну для полегшення свербіжу при вітряній віспі. Проте, автори вважали, що він має хороший профіль безпеки, а також окремі повідомлення свідчать про існування деякої міри полегшення симптомів [Tebruegge et al, 2006].

Безпека лосьйону з каламіном під час вагітності та в період лактації не встановлена, але його використання у ці періоди, як вважається, не становить небезпеки [ABPI Medicines Compendium, 2011a].

CKS не змогли знайти жодних доказів для виправдання топічного використання кротамітону і колоїдних добавок вівсянки для ванної при вітряній віспі.

Антигістамінні препарати:

Хоча, хлорфенамін, антигістамінним препарат з седативним ефектом, і ліцензований для полегшення свербіжу, пов'язаного з вітряною віспою, є дуже обмежені докази на підтримку використання місцевих або системних антигістамінних препаратів для полегшення свербіжу у пацієнтів з вітряною віспою.

Хлорфенамін може пригнічувати лактацію та виділятися з грудним молоком [ABPI Medicines Compendium, 2010a; ABPI Medicines Compendium, 2010b].

З огляду на те, що немає докладної інформації про вплив хлорфенаміну на грудне вигодовування [Schaefer et al, 2007], CKS не рекомендує його використання для матерів-годувальниць.

С. Рекомендації для пацієнтів з вітряною віспою

Яку пораду потрібно дати пацієнту з вітряною віспою?

Порадьте наступні прості заходи, щоб допомогти полегшити симптоми:

Заохочуйте адекватне споживання рідини для уникнення зневоднення.

Одягайтеся відповідно для уникнення перегріву або переохолодження.

Надавайте перевагу гладким бавовняним тканинам.

Тримайте нігті короткими, щоб звести до мінімуму шкоду від подряпин.

Порадьте, що найбільш небезпечний період становить 1–2 дні до появи висипки, але небезпека інфікуватися триває, поки усі елементи висипки не вкриються кіркою (зазвичай близько 5–6 днів після початку захворювання):

Впродовж цього часу, радять людині з вітряною віспою уникати контакту з: людьми, які мають ослаблений імунітет (наприклад, тими, які отримують лікування від раку або високі дози оральних стероїдів, або тими, які знаходяться в умовах, що знижують імунітет); вагітними жінками; немовлятами у віці від 4-х тижнів або менше.

Дітей з вітряною віспою слід тримати подалі від школи або інших дитячих установ впродовж 5-ти днів з моменту появи висипу.

Інформуйте людину щодо необхідності пошуку термінової медичної консультації, якщо їх стан погіршиться або виникнуть ускладнення.

Батькам маленьких дітей з вітряною віспою слід звертати особливу увагу на: бактеріальну суперінфекцію – проявляється раптовим скачком гіпертермії (часто після початкового покращення), еритемою та набряком тканин, оточуючих елементи висипки; зневоднення – заохочувати і контролювати споживання рідини і звернутися до лікаря, якщо виникнуть ознаки зневоднення (наприклад, знижується діурез, з'являються млявість, холодні периферичні відділи, зниження тургору шкіри).

Підстави для рекомендацій

Ці рекомендації є прагматичними порадами і засновані на публікації про ведення вітряної віспи та оперізувального лишая [Allen, 2006] та відгуках експертів рецензентів з цієї теми СКС.

7.4. Ведення вітряної віспи у новонароджених

Вік від 0 до 1-го місяця.

А. Ведення новонароджених

Як потрібно вести новонародженого з вітряною віспою?

Шукайте негайної консультації спеціаліста з приводу подальшого ведення.

Дайте пораду щодо контакту з іншими людьми.

Напрвляйте до стаціонару, якщо підозрюються тяжкі ускладнення (наприклад, пневмонія, енцефаліт).

Повідомте відповідні органи, якщо ви у Шотландії або Північній Ірландії (вітряна віспа не реєструється в Англії або Уельсі).

Для отримання додаткової інформації щодо ведення новонароджених, які були в контакті, але поки що не захворіли вітряною віспою, див Сценарій: Вплив вітрянки.

Підстави для рекомендацій

СКС рекомендує призначати консультацію спеціаліста з ведення новонароджених з вітряною віспою через підвищений ризик розвитку тяжких захворювань та ускладнень у цій групі.

Рекомендація про випадки вітряної віспи із звітності Агентства з охорони здоров'я [DH, 2012].

Новонароджених з вітряною віспою слід лікувати ацикловіром [RCOG, 2007; NPA, 2011], але це повинно бути ініційовано тільки спеціалістом.

Настанова Королівського коледжу акушерів і гінекологів щодо вітряної віспи у вагітних, стверджує, що VZIG неефективний, якщо неонатальна вітряна віспа уже проявилася [RCOG, 2007].

Агентство з охорони здоров'я повідомляє, що якщо тяжка вітряна віспа розвивається у новонароджених, яким був даний VZIG після впливу вітряної віспи, лікування слід починати якомога швидше з високої дози внутрішньовенного ацикловіру [NPA, 2011].

В. Рекомендації для пацієнтів з вітряною віспою

Яку пораду я повинен дати пацієнту з вітряною віспою?

Рекомендувати наступні прості заходи, щоб допомогти полегшити симптоми:

Заохочувати адекватне споживання рідини для уникнення зневоднення.

Одягайтеся відповідно до умов для уникнення перегріву або переохолодження.

Надавайте первагу гладким бавовняним тканинам.

Тримати нігті короткими, щоб звести до мінімуму ушкодження від подряпин.

Нагадайте, що найбільш небезпечний період становить 1–2 дні до появи висипки, але пацієнт становить інфекційну небезпеку, доки усі елементи висипки не вкриються кіркою (зазвичай близько 5–6 днів після початку захворювання):

У цей період радять людині з вітряною віспою уникати контакту з: людьми з ослабленим імунітетом (наприклад, тими, які отримують лікування від раку або отримують високі дози оральних стероїдів, або тими, які знаходяться в умовах, що знижують імунітет); вагітними жінками; немовлятами у віці від 4-х тижнів або менше.

Дітей з вітряною віспою слід тримати подалі від школи або інших дитячих установ до 5-ти днів з моменту появи висипу.

Рекомендувати людині термінову медичну консультацію, якщо її стан погіршується або розвиваються ускладнення. Батькам маленьких дітей з вітряною віспою слід звертати особливу увагу на: бактеріальну суперінфекцію – проявляється раптовим високим скачком гіпертермії (часто після початкового покращення), еритемою та набряком тканин, що оточують елементи висипки; зневоднення – заохочувати і контролювати споживання рідини та звертатися до лікаря, якщо розвиваються ознаки зневоднення (наприклад, зменшення сечі, млявість, стають холодними периферичні відділи, зниження тургору шкіри).

Підстави для рекомендацій

Ці рекомендації є прагматичними порадами і засновані на публікації щодо ведення вітряної віспи та оперізувального лишая [Allen, 2006] та відгуках експертів, рецензентів з цієї теми СКС.

7.5. Ведення вітряної віспи в осіб з ослабленим імунітетом

Вік від 1-го місяця.

А. Ведення осіб з ослабленим імунітетом

Як потрібно вести осіб з ослабленим імунітетом та вітряною віспою?

Негайно зверніться до порад спеціаліста щодо підтвердження діагнозу вітряної віспи та невідкладної противірусної терапії.

Дайте пораду про контакт з іншими людьми та коли звернутися до лікаря.

Звертайтеся в лікарню, якщо є підозра серйозних ускладнень (пневмонія або енцефаліт). СКС рекомендує шукати консультацію спеціаліста з ведення вітряною віспою людей з ослабленим імунітетом через підвищений ризик розвитку тяжкої форми захворювання та ускладнень у цій групі.

Особам з підвищеним ризиком серйозних ускладнень від вітрянки можуть призначатися противірусні препарати, такі як ацикловір. [HPA, 2006; DH, 2012].

Навіть у людей з ослабленим імунітетом, які отримали VZIG, може розвинути тяжка форма вітряної віспи. Цим особам ацикловір призначається при перших ознаках хвороби [DH, 2012].

Негайно направити до спеціаліста для підтвердження діагнозу вітряної віспи та визначення необхідності противірусного лікування.

Запропонувати симптоматичне лікування.

Дати пораду щодо контакту з іншими людьми, і коли звернутися до лікаря.

Рекомендуйте госпіталізацію при підозрі на тяжкі ускладнення (наприклад, пневмонію або енцефаліт).

Повідомляти відповідні органи про захворювання у Шотландії або Північній Ірландії (вітряна віспа не реєструється в Англії або Уельсі).

Для отримання інформації щодо того, як вести пацієнтів з імунодефіцитом, які були в контакті з хворим на вітряну віспу, але ще не захворіли див. Сценарій: Вплив вітрянки.

Підстави для рекомендацій

СКС рекомендує призначити консультацію спеціаліста щодо ведення пацієнтів з вітряною віспою з імунодефіцитом через підвищений ризик розвитку тяжких захворювань та ускладнень у цій групі.

Рекомендація про випадки звітності щодо вітряної віспи від Департаменту охорони здоров'я [ДН, 2012].

Пацієнтам, яким загрожує підвищений ризик тяжких ускладнень вітряної віспи, можуть призначатися противірусні препарати, такі як ацикловір, для спроби запобігання тяжкій формі хвороби [НРА, 2006; ДН, 2012].

Навіть людей з ослабленим імунітетом, які профілактично отримали VZIG, може розвинути тяжка або смертельна форма вітряної віспи. Ці люди повинні бути ретельно оглянуті і отримати ацикловір при перших ознаках хвороби [ДН, 2012].

В. Симптоматичне лікування пацієнтів з ослабленим імунітетом

Як призначити симптоматичне лікування пацієнту з ослабленим імунітетом та вітряною віспою?

Порадьте парацетамол або ібупрофен для полегшення білю або гарячки:

Застосування жарознижуючих засобів слід розглядати у дітей з гарячкою, які виглядають засмученими або нездоровими. Жарознижуючі препарати не повинні регулярно використовуватися лише з метою зниження температури тіла у дітей з гарячкою, які почуваються добре. Погляди та побажання батьків і опікунів, повинні бути прийняті до уваги.

Для отримання додаткової інформації див Розділ «Парацетамол/ібупрофен».

Розглянути топічне використання лосьйону з каламіном для полегшення свербіжів.

Хлорфенамін може бути корисним для зменшення свербіжів, пов'язаного з вітряною віспою для дітей віком від 1-го року і вище.

Підстави для рекомендацій

Ці рекомендації є прагматичними порадами. Лікування повинне бути спрямоване на зменшення симптомів, таких як гарячка і свербіж [Allen, 2006; Heininger and Seward, 2006; НРА, 2006; NICE, 2007; Papadopoulos, 2007].

Лосьйон з каламіном

Лосьйон з каламіном, як вважають, зменшує свербіж шляхом активного випаровування з поверхні шкіри, чим викликає охолоджуючий ефект [Allen, 2006].

В огляді літератури не було виявлено опублікованих даних на підтримку використання каламіну для полегшення свербіжів при вітряній віспі. Проте, автори вважали, що він має хороший профіль безпеки, а також окремі повідомлення свідчать про існування деякої міри полегшення симптомів [Tebruegge et al, 2006].

СКС не змогли знайти жодних доказів для виправданого використання топічного кротамітону і колоїдних добавок вівсянки ванної у випадку вітряної віспи.

Антигістамінні препарати

Існує дуже обмежені дані на підтримку використання топічних чи системних антигістамінних препаратів для полегшення свербіжів у пацієнтів з вітряною віспою. Експертна думка розділяється, але деякі експерти знаходять хлорфенамін корисним з клінічного досвіду. Piriton®, але не генеричний хлорфенамін, показаний для симптоматичного полегшення сверблячки у пацієнтів з вітряною віспою.

Хлорфенамін не повинен призначатися пацієнтам до 1-го року, оскільки він не ліцензований для використання у цій віковій групі [ABPI Medicines Compendium, 2010b]

В огляді літератури тільки одне РКД було знайдено, присвячене впливу антигістамінних препаратів на перебіг вітрянки [Tebruegge та ін, 2006]:

Було встановлено, що диметинден (антигістамінний препарат з седативною дією, недоступний в Великій Британії) є більш ефективним ніж плацебо у зниженні свербіж, з деяким покращенням сну і апетиту [[Englisch and Bauer, 1997](#)].

Проте, дизайн дослідження був бідний, оскільки ні метод рандомізації, ні процес засліплення не був описаний [[Tebruegge et al, 2006](#)]. Відмінності у зменшенні свербіж (у балах) між групами були невеликими і його клінічна цінність була невизначеною. Дослідження було проведено виробником диметиндену у Німеччині.

СКС, не знайшо ніяких інших РКД щодо впливу антигістамінних препаратів (в тому числі хлорфенаміну) у людей з вітряною віспою.

Докази шкоди

СКС знайшло повідомлення про випадки побічних ефектів, пов'язаних із топічного застосуванням дифенгідраміну (з або без додаткового системного дифенгідраміну) у дітей з вітряною віспою [[Woodward and Baldassano, 1988](#); [Huston et al, 1990](#); [Reilly and Weisse, 1990](#); [Bernhardt, 1991](#); [Chan and Wallander, 1991](#); [McGann et al, 1992](#)].

Зазначені побічні ефекти включали: гостре марення, галюцинації, мідріаз, затримку сечі та спазми м'язів обличчя. На їх думку це було пов'язано з антимукариновими властивостями препарату.

СКС не виявили жодних доказів побічних ефектів, пов'язаних з іншими антигістамінними препаратами у людей з вітряною віспою.

***Коментар робочої групи:** Piriton – торгова назва лікарського засобу, що містить хлорфенамін.*

С. Рекомендації для пацієнтів з вітряною віспою

Яку пораду я повинен дати пацієнту з вітряною віспою?

Порадити наступні прості заходи для полегшення симптомів:

Заохочувати адекватне споживання рідини для уникнення зневоднення.

Одягатися відповідно до умов для уникнення перегріву або переохолодження.

Надавайте перевагу гладким бавовняним тканинам.

Тримайте нігті коротким, щоб звести до мінімуму ушкодження від подряпин.

Нагадайте, що найнебезпечніший період становить 1–2 дні до появи висипки, але людина заразна доки усі елементи висипки не вкриються кіркою (зазвичай близько 5–6 днів після початку захворювання):

Впродовж цього часу, радити людині з вітряною віспою уникати контакту з: людьми з ослабленим імунітетом (наприклад, тими, які отримують лікування від раку або високі дози оральних стероїдів, або тими, що знаходяться в умовах, що знижують імунітет); вагітними жінками; немовлятами віком до 4-х тижнів.

Дітей з вітряною віспою слід тримати подалі від школи або інших дитячих колективів впродовж 5-ти днів з моменту появи висипу.

Рекомендувати людині термінову медичну консультацію, якщо її стан погіршиться або виникнуть ускладнення. Батькам маленьких дітей з вітряною віспою слід звертати особливу увагу на: бактеріальну суперінфекцію – проявляється раптовим скачком гіпертермії (часто після початкового покращення), еритемою та набряком тканин, що оточують елементи висипки; зневоднення – заохочувати і контролювати споживання рідини і направити до лікаря, якщо виникнуть ознаки зневоднення (наприклад, знижується діурез, з'являється млявість, стають холодними периферичні відділи, знижується тургор шкіри).

Підстави для рекомендацій

Ці рекомендації є прагматичними порадами і засновані на виданнях Агентства з охорони здоров'я [HRA, 2006], публікаціях щодо ведення вітряної віспи та оперізувального лишая [Allen, 2006], і на зворотньому зв'язку від експертів, рецензентами з цієї теми СКС.

7.6. Ведення пацієнтів, які зазнали контакту з вітряною віспою

Всі вікові групи.

А. Оцінка контактів з вітряною віспою

Як слід оцінювати контакти з вітряною віспою?

Для усіх людей які мали контакт з вітряною віспою, встановити наступне:

Чи діагноз вітряної віспи у контактної особи не викликає сумнівів.

Чи експозиції було достатньо, для ризику інфікування людини.

Чи людина хворіла на вітряну віспу в минулому.

Чи людина є у групі підвищеного ризику ускладнень вітряної віспи (наприклад, вагітні жінки, люди з ослабленим імунітетом, новонароджені).

Для ведення пацієнта, який був у контакті з людиною з оперізувальним лишаєм, дивіться теми теми СКС на теми постгерпетична невралгія та оперізувальний лишай.

Підстава для рекомендації

Ця рекомендація заснована на настанові з імунізації проти інфекційних хвороб: «Зеленої книги» Департаменту охорони здоров'я [ДН, 2012].

Ведення людей після контакту з вітряною віспою спрямоване на захист людей з високим ризиком розвитку вітряної віспи і людей, які можуть передавати інфекцію до групи високого ризику (наприклад, для працівників охорони здоров'я) [ДН, 2012].

В. Значущий вплив вітряної віспи**Що таке значущий вплив вітряної віспи?**

Значний вплив враховує:

Тип інфекції вітряної віспи у джерела інфекції. Ризик інфікування від імунокомпетентної людини, яка не має ознак оперізувального лишаю малоімовірний. Експозиція має велике значення, якщо людина мала контакт з: вітряною віспою, десемінованим оперізувальним лишаєм, імунокомпетентними людьми з відкритими ураженнями (наприклад, офтальмологічний герпес).

Людьми з імунодефіцитом та локалізованою висипкою на будь-якій частини тіла (оскільки ця група може мати підвищене виділення вірусу).

Час експозиції щодо появою висипу, у джерела інфекції. Експозиція має велике значення, якщо людина перебувала в контакті з: вітряною віспою – від 48-ми годин до появи висипу до кіркоутворення; десемінованим оперізувальним лишаєм – від 48-ми годин до появи висипу до кіркоутворення; локалізованим оперізувальним лишаєм – з дня появи висипу до кіркоутворення.

Закриті контакти. Експозиція має велике значення, якщо вона відбулась через:

Контакт мати/новонароджений.

Тривалий контакт вдома.

Контакт в одній кімнаті (наприклад вдома або в класі, або від 2-х до 4-х днів в лікарні) впродовж 15-ти хвилин або більше, або контакт у відкритих великих палатах (зокрема в дитячих палатах).

Контакт «віч-на-віч» (наприклад, при розмові).

Підстави для рекомендацій

Ця інформація заснована на настанові з імунізації проти інфекційних хвороб: «Зелена книга» Департамент охорони здоров'я [ДН, 2012].

С. Здорова особа**Як потрібно вести здорову людину, яка була в контакті з хворим на вітряну віспу?**

Провести загальну оцінку ризику (для цієї особи) захворіти на вітряну віспу на основі її анамнезу вітряної віспи, впевненості у контакті, та рівня (часу) впливу.

Контакт з хворим на вітряну віспу не є для людини істотним, якщо вона перехворіла на вітряну віспу або якщо має щеплення від вітряної віспи, тоді, як відомо, вона може заспокоїтися.

Люди, які перехворіли на вітряну віспу або оперізувальний лишай, можуть вважатися захищеними.

Якщо людина не має імунітету, вкажіть на ризик захворіти вітряною віспою.

Медичні працівники:

Медичні працівники які є в постійному контакті з вірусом вітряної віспи, і які були щеплені або перехворіли вітряною віспою або оперізувальним лишаєм можуть продовжувати працювати (оскільки вони вважаються захищеними). Слід рекомендувати їм звернення за професійною консультацією до відділу охорони здоров'я перед контактом з пацієнтом, якщо вони нездужають або з'явився висип на шкірі.

Невакцинованим медичним працівникам з негативним або невизначеним статусом вітряної віспи або оперізувального лишаю слід провести серологічне тестування.

Розглядайте регулярне тестування для медичних працівників, які народилися і виросли за кордоном, для яких анамнез вітряної віспи є менш надійним показником імунітету.

Якщо немає в анамнезі вітряної віспи, але тест на антитіла вітряної віспи позитивний, особа вважається захищеною.

Працівники з негативним тестом на антитіла вітряної віспи повинні уникати контакту з пацієнтами з високим ризиком розвитку вітряної віспи з 8-го до 21-го дня після контакту з вітряною віспою; інформувати департамент здоров'я перед контактом з пацієнтом, якщо вони погано себе почувають або мають гарячку або висип.

Якщо медичний працівник не має антитіл до вітряної віспи, слід запропонувати вакцинацію для зменшення ризику вітряної віспи в майбутньому.

Медичні працівники

Медичні працівники – визначення включає в себе людей, які працюють в лікарнях і лікарів загальної практики, які мають контакт з пацієнтами. Наприклад:

Лікарський та сестринський персонал.

Прибиральники.

Обслуговуючий персонал.

Працівники швидкої допомоги.

Реєстратори в загальній практиці. [DH, 2012]

Підстави для рекомендацій

Ця рекомендація носить прагматичний характер, з урахуванням рекомендацій Департаменту охорони здоров'я щодо імунізації проти інфекційних хвороб [DH, 2012] та настанови щодо вітряної віспи під час вагітності Королівського коледжу акушерів і гінекологів [RCOG, 2007].

D. Вагітні жінки

Як потрібно вести вагітну жінку, яка була в контакті з хворим на вітряну віспу?

Провести загальну оцінку ризику виникнення у жінки вітряної віспи, на основі її анамнезу вітряної віспи, впевненості у контакті з особою з вітряною віспою та можливості інфікування.

Якщо жінка перехворіла на вітряну віспу або оперізувальний лишай, можете заспокоїти її тим, що їй не загрожує вітряна віспа, оскільки можна припустити, що у неї є імунітет.

Якщо жінка не хворіла вітряною віспою або оперізувальним лишаєм (або не впевнена) та була у контакті з хворим на вітряну віспу:

Встановіть строк вагітності (тижні від останньої менструації).

Визначте антитіла (IgG) до вітряної віспи у закладі первинної медичної допомоги, якщо результати можуть бути доступні впродовж 2-х робочих днів з моменту першого контакту. Якщо це неможливо, терміново призначте консультацію спеціаліста, оскільки тестування у закладах вторинної медичної допомоги та/або введення VZIG можуть бути необхідні для профілактики.

Якщо тест показує наявність антитіл (IgG) до вітряної віспи, заспокойте жінку, оскільки вона має імунітет і не може захворіти на вітряну віспу.

Якщо статус антитіл жінки негативний, терміново призначте консультацію спеціаліста щодо необхідності введення VZIG.

Порадьте жінці негайно звернутися за порадою до свого лікаря або акушерки, якщо у неї з'явився висип і вона мала контакт з вітряною віспою, незалежно від того, чи отримала вона VZIG.

Підстави для рекомендацій

Ця рекомендація з ведення осіб, які були у контакті з хворим на вітряну віспу заснована на настанові Департаменту охорони здоров'я [ДН, 2012], настанові Агентства з охорони здоров'я щодо ведення пацієнток з висипкою під час вагітності [НРА 2011], та настанові Королівського коледжу акушерів та гінекологів щодо вітряної віспи під час вагітності [RCOG, 2007]:

СКС передбачає тестування на виявлення антитіл (IgG) до вітряної віспи у закладах первинної медичної допомоги, якщо результати можуть бути доступні впродовж 2-х робочих днів з моменту першого контакту (щоб дати час для направлення на вторинну медичну допомогу в разі потреби), та береться до уваги рекомендації Королівського коледжу акушерів і гінекологів щодо ведення вітряної віспи під час вагітності [RCOG, 2007], в якому говориться, що, якщо імунний статус жінки невідомий, введення VZIG може бути відкладено до отримання результатів серологічного обстеження, якщо вони будуть доступні не пізніше ніж 24–48 годин. Проте, місцеві умови можуть відрізнятись, і бажано при зверненні до місцевої лабораторії заздалегіть дізнатися, чи буде результат доступний впродовж цього часу.

СКС рекомендує призначати консультацію спеціаліста щодо ведення вагітних жінок без імунітету до вітряної віспи, які перебували в контакті з хворим на вітряну віспу, з урахуванням потенціалу для розвитку тяжких перебігу хвороби і тяжких ускладнень для жінки і плода і можливу потребу у призначенні VZIG.

СКС не знайшло опублікованих контрольованих досліджень профілактичного застосування перорального ацикловіру під час вагітності. Ацикловір, валацикловір і фамцикловір не ліцензовані у Великій Британії для цього показання і, як правило, не рекомендуються [DTB, 2005a].

Місцевий мікробіолог або вірусолог, як правило, вирішує, чи слід давати вігітній VZIG [DTB, 2005a].

Міністерство охорони здоров'я рекомендує вагітній жінці, яка має негативний статус антитіл, отримати профілактику вітряної віспи VZIG іпродовж 10-ти днів після контакту [ДН, 2012].

***Коментар робочої групи:** станом на 26 серпня 2016 року зареєстровані в Україні препарати фамцикловіру не показані для лікування дітей.*

Робоча група вважає, що препарати фамцикловіру та валацикловіру не слід призначати для лікування вітряної віспи у дітей.

Е. Основа для рекомендацій

Ця рекомендація заснована на настанові Департаменту охорони здоров'я щодо ведення осіб, які були у контакті з хворим на вітряну віспу [ДН, 2012], настанові з управління висипом під час вагітності Агентства з охорони здоров'я [НРА, 2011] та настанові Королівського коледжу акушерів та гінекологів щодо вітряної віспи під час вагітності [RCOG, 2007]:

СКС передбачає тестування на антитіла (IgG) до вітряної віспи у закладах первинної медичної допомоги, якщо результати можуть бути доступні впродовж 2-х робочих днів з моменту першого контакту (щоб дати час для направлення на вторинну медичну допомогу, в разі потреби), беручи до уваги настанову щодо вітряної віспи під час вагітності Королівського коледжу акушерів і гінекологів [RCOG, 2007], у якій говориться, що, якщо імунний статус жінки невідомий, введення VZIG може бути відкладено до отримання серологічних результатів, якщо це не займе більше 24–48 годин. Проте, місцеві умови можуть відрізнятись, і бажано, при зверненні до місцевої лабораторії, визначити, чи буде результат доступним впродовж цього часу.

СКС рекомендує шукати консультацію спеціаліста щодо ведення неімунних вагітних жінок, які перебували у контакті з хворим на вітряну віспу, з урахуванням потенціалу для

розвитку тяжкої хвороби і тяжких ускладнень для жінки та плода і можливу потребу в призначенні VZIG.

CKS не знайшло опублікованих контрольованих досліджень щодо профілактичного застосування перорального ацикловіру під час вагітності. Ацикловір, валацикловір і фамцикловір не ліцензовані у Великій Британії для цього показання і, як правило, не рекомендується [DTB, 2005a].

Місцевий мікробіолог або вірусолог, як правило, вирішує чи слід призначати VZIG [DTB, 2005a].

Міністерство охорони здоров'я рекомендує вагітній жінці, яка має негативний статус антитіл, отримати профілактику вітряної віспи VZIG і продовж 10-ти днів після контакту [DH, 2012].

Підстави для рекомендацій

Рекомендації з моніторингу за новонародженим, який був у контакті з хворим на вітряну віспу, засновані на настанові з вітряної віспи під час вагітності Королівського коледжу акушерів і гінекологів [RCOG, 2007], а також бюлетні щодо лікарських засобах і лікування [DTB, 2005a].

CKS рекомендує призначати консультацію спеціаліста з ведення новонароджених, які були у контакті з особами з вітряною віспою або оперізувальним лишаєм, оскільки в цій групі можуть розвиватися тяжкий перебіг хвороби або ускладнення. Залежно від часу впливу, існує цілий ряд стратегій ведення, які можуть бути проведені на вторинної медичної допомоги.

Введення VZIG не може запобігти вітряній віспі, якщо відбулося інфікування, але, як правило, є ефективним у зниженні ступеня тяжкості інфекції [Isaacs, 2000].

«Зелена книга» Департаменту охорони здоров'я радить вводити VZIG або ацикловір внутрішньовенно новонародженому в залежності від того, коли у матері розвивається вітряна віспа по відношенню до пологів [DH, 2012]. Це повинно бути зроблено тільки в умовах спеціалізованого закладу.

CKS радить шукати консультацію спеціаліста з приводу того, чи матері з вітряною віспою повинні годувати грудьми з урахуванням можливих ускладнень для дитини.

Рекомендації з питань грудного вигодовування у настанові щодо Ведення висипки та схильності до висипань при вагітності Агентства з охорони здоров'я у тому, що: якщо у матері вітряна віспа, вона повинна мати можливість годувати грудьми. Якщо елементи висипки знаходяться близько до соска, молоко повинно зціджуватись з ураженої сторони, доки ушкодження не вкриються кіркою. Це молоко може бути дано дитині, якщо їй вводили VZIG та/або ацикловір. Ці процедури повинні бути ініційовані спеціалістом [HRA, 2011].

Г. Особи з ослабленим імунітетом

Як потрібно вести людину з ослабленим імунітетом яка була в контакті з хворим на вітряну віспу?

Провести загальну оцінку для встановлення впевненості у контакті з хворим на вітряну віспу, рівень впливу та чи відповідає людина критеріям для імуносупресії. Якщо у вас виникли сумніви, зверніться за консультацією до спеціаліста.

Терміново зверніться за консультацією до спеціаліста щодо подальшого ведення:

Людини, яка мала підтверджений вплив вітряної віспи; особи з ослабленим імунітетом повинні бути перевірені на антитіла до вітряної віспи, незалежно від їх анамнезу. Тест для визначення антитіл (IgG) до вітряної віспи може бути проведено в закладі первинної медичної допомоги, якщо результати будуть доступні впродовж 2-х робочих днів з моменту першого контакту. Якщо це неможливо, терміново призначати консультацію спеціаліста, оскільки тестування на визначення антитіл до вітряної віспи можуть бути необхідні у закладах вторинної медичної допомоги для проведення профілактики.

Підстави для рекомендацій

Ця рекомендація заснована на настанові з імунізації проти інфекційних хвороб Департаменту охорони здоров'я: «Зелена книга» [DH, 2012].

СКС рекомендує терміново шукати консультацію спеціаліста з ведення пацієнтів з ослабленим імунітетом, які був в контакті з вітряною віспою, зважаючи на можливість тяжких хвороб і ускладнень у цій групі.

Департамент охорони здоров'я рекомендує направлення будь-кого, хто відповідає наступним критеріям для розгляду імунопрофілактики від вітряної віспи VZIG [DH, 2012]: був тривалий контакт з особами з вітряною віспою або оперізувальним лишаєм; клінічний стан, що збільшує ризик розвитку тяжкої вітряної віспи (наприклад, людей з ослабленим імунітетом, новонароджених і вагітних жінок), а також осіб у яких не виявлено антитіл до вірусу вітряної віспи.

СКС передбачає визначення антитіл (IgG) до вітряної віспи на первинній медичній допомозі, якщо результати можна отримати впродовж 2-х робочих днів з моменту першого контакту (щоб дати час для направлення на вторинну медичну допомогу в разі потреби), беручи до уваги практичність тестування у закладах первинної медичної допомоги, оформлення та зворотний зв'язок з експертами з розгляду. Проте, місцеві умови можуть відрізнятись, і бажано, попередньо звернутися до місцевої лабораторії, щоб визначити, чи буде доступний результат впродовж цього часу.

Департамент охорони здоров'я рекомендує особам з імунодефіцитом, яка має негативний статус антитіл (або, для яких результати не можуть бути доступні впродовж 7-ми днів від контакту) повинні отримувати VZIG, в ідеалі, впродовж 7-ми днів після контакту [DH, 2012]. Це повинно бути зроблено в умовах спеціалізованого закладу.

8. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ПРИЗНАЧЕННЯ

Важливі аспекти інформації щодо призначення, що відноситься до первинної медико-санітарної допомоги, розглядаються у цьому розділі з препаратами, що рекомендується у цій темі СКС. Для отримання більш докладної інформації про наявність протипоказань, застережень, лікарських взаємодій і побічних ефектів, дивись Електронний компендіум з лікарських засобів (EMC) (<http://medicines.org.uk/emc~~HEAD=dobj>), або Британський національний формуляр (BNF) (www.bnf.org).

8.1. Анальгетики/ жарознижуючі засоби

Парацетамол/ ібупрофен. Результати

Які загальні питання щодо призначення парацетамолу або ібупрофену?

Парацетамол та ібупрофен ліцензовані для полегшення болю і гарячки у дітей від 3-х місячного віку [BNF 64, 2012]: обидва препарати рекомендуються для лікування гарячкових захворювань у дітей до 5-річного віку [NICE, 2007]; для використання під час вагітності або годування груддю, дивись «Вибір під час вагітності або грудному вигодовуванні».

Як і у випадку інших НПЗП, ібупрофен може посилити або прискорити шлунково-кишкову кровотечу, астму, гіпертонію, ниркову або серцеву недостатність. Уникайте ібупрофену, якщо в анамнезі є виразкова хвороба. Парацетамол часто є більш безпечним варіантом у літніх людей.

Ібупрофен може іноді викликати загострення астми та порушення у роботі шлунково-кишкового тракту: болі у животі, нудоту і діарею [BNF 64, 2012].

Є побоювання, що використання НПЗП у дітей з вітряною віспою, пов'язано з підвищеним ризиком розвитку некротизуючих інфекцій м'яких тканин та інші інфекції групи β-гемолітичного стрептококу [Heininger and Seward, 2006]: дані двох невеликих досліджень випадок-контроль суперечливі [Lesko and Mitchell, 1995; Zerr et al, 1999].

Хоча зв'язок не може бути виключений з упевненістю, доказів недостатньо, щоб стверджувати, що ібупрофену (або інших НПЗП) потрібно уникати у дітей з вітряною віспою.

Парацетамол не має помітних несприятливих ефектів при використанні у правильному дозуванні [BNF 64, 2012].

Вибір при вагітності або грудному вигодовуванні Які знеболюючі та жарознижуючі засоби застосовують під час вагітності або під час грудного вигодовування?

Парацетамол є препаратом вибору в якості анальгетика і жарознижуючого, тому він може бути використаний у звичайному дозуванні і на будь-якій стадії вагітності і під час грудного вигодовування.

Ібупрофен може розглядатися для використання при грудному вигодовуванні та вагітності, але він не повинен використовуватися після 27 тижнів вагітності через підвищений ризик звуження артеріальної протоки.

Звуження артеріальної протоки

Звуження пов'язане з гестаційним віком: рідко до 27 тижнів, але його частота збільшується із збільшенням гестаційного віку до 50–70% на 32-му тижні і до 100% з експозицією в строк 34-х тижнів і вище.

Ефект проявляється незалежно від дози.

Якщо застосування ібупрофену неминуче, слід регулярно (один або два рази на тиждень) контролювати циркуляцію крові плода за допомогою доплерографії; використання ліків повинно бути припинено, як тільки з'являються ознаки судинного звуження.

Грудне вигодовування.

Ібупрофен не був виявлений у грудному молоці після введення 800–1600 мг щодня у двох невеликих дослідженнях. Шкідливого впливу при грудному вигодовуванні дітей не було зареєстровано в обох дослідженнях, а також у проспективному дослідженні, що охоплювало 21 пару мати-дитина. [Schaefer et al, 2007]

8.2. Противірусні препарати

Дорослі

Які противірусні препарати потрібно призначати дорослим пацієнтам з вітряною віспюю?

Ацикловір найбільш прийнятний противірусний препарат для лікування вітряної віспи у дорослих. Ацикловір ліцензований для лікування вітряної віспи. Якщо ацикловір показаний, він повинні бути призначений у дозі 800 мг п'ять разів на день впродовж семи днів. Лікування повинно розпочатися впродовж 24-х годин після появи висипу.

Інші противірусні не рекомендуються, оскільки вони не ліцензовані для лікування вітряної віспи.

Підстави для рекомендацій

Ця інформація базується на Характеристиках продукту (від виробника) для Zovirax® [[ABPI Medicines Compendium, 2011b](#)] та Британському національному формулярі [BNF 64, 2012].

Вагітні

Який противірусний препарат я повинен призначити вагітній жінці з вітряною віспюю?

Ацикловір найбільш прийнятний противірусний препарат через його довгострокову безпеку у вагітних жінок.

У дозі 800 мг п'ять разів на день впродовж семи днів повинен бути призначений за рекомендацією спеціаліста.

Повинна бути отримана Інформована згода на призначення ацикловіру, оскільки його використання під час вагітності не показано інструкцією до медичного застосування.

Підстави для рекомендацій

Рекомендація призначення ацикловіру ґрунтується на настанові Британської асоціації з вивчення інфекції, Королівського коледжу акушерів і гінекологів, а також Агентства з охорони здоров'я [[Nathwani et al, 1998](#); [Ogilvie, 1998](#); [RCOG, 2007](#); [HPA, 2011](#)]. Агентство з охорони здоров'я і RCOG рекомендується використовувати ацикловір у жінок зі строком вагітності більше 20-ти тижнів, і впродовж 24-х годин з моменту появи висипу. Для жінок зі строком

вагітності менше 20-ти тижнів вагітності, рекомендується проявляти обережність [RCOG, 2007; НРА, 2011].

Яку пораду я повинен дати пацієнту, призначивши ацикловір?

Запропонуйте людині, яка отримує високі дози ацикловіру, адекватну гідратацію. Це особливо важливо, якщо людина похилого віку або має порушення функції нирок. Ацикловір виводиться з організму через нирки. Достатнє наводнення мінімізує ризик ушкодження нирок у випадку прийому високих доз ацикловіру.

Нагадати людині приймати ацикловір регулярно з 4-годинними інтервалами впродовж дня (з 8-годинною перервою вночі): запропонований час 7-а година ранку, 11-а, 15-а, 19-а і 23-а година вечора; якщо цей час не підходить, ацикловір може бути прийнятий в різний час, але з урахуванням того, що час між дозами складає щонайменше 4 години.

Переконайте людину, що оральний ацикловір, як правило, добре переноситься: шлунково-кишкові розлади (наприклад нудота, блювання, діарея і болі в животі) та шкірні висипання (включаючи світлочутливість і кропив'янку) є найбільш поширеними побічними ефектами. [[Ogilvie, 1998](#); [Heininger and Seward, 2006](#); [ABPI Medicines Compendium, 2011b](#); [BNF 64, 2012](#)]

Коментар робочої групи: при тяжких генералізованих формах вітряної віспи, наявності ускладнень, в періоді новонародженості лікування вітряної віспи проводиться на вторинній медичній допомозі.

9. ДОКАЗИ

Стратегія пошуку

Пошук літератури був проведений для настанов, систематичних оглядів і РКД з ведення вітряної віспи (первинна медична допомога), з додатковими пошуками доказів в наступних областях: антигістамінні препарати (зокрема хлорфенамін) для полегшення симптомів у пацієнтів з вітряною віспою.

Дати: серпень 2007 – вересень 2012.

Основні терміни пошуку: були проведені різні комбінації пошуків. Терміни, перераховані нижче, є основними пошуковими термінами, які були використані для Medline.

exp Chickenpox/, chickenpox.tw., chicken pox.tw., varicella.tw.

exp Histamine Antagonists/, antihistamine\$.tw., exp Chlorpheniramine., chlorphenamine.tw., chlorpheniramine.tw.

Таблиця 1. Ключі до пошукових термінів

Пошукова команда	Пояснення
/	включає предметний показчик MeSH зі всіма обраними рубриками
.tw	включає пошук терміну в назві анотації
exp	вказує на те, що предметний показчик MeSH був розширеним для включення точних, більш специфічних термінів під ним в дереві MeSH
\$	вказує на те, що елемент пошуку був скорочений (наприклад, «wart\$» буде шукати і «wart» і «warts»)

Джерела настанов:

[National Institute for Health and Care Excellence \(NICE\)](#)

[Scottish Intercollegiate Guidelines Network \(SIGN\)](#)

[Royal College of Physicians](#)

[Royal College of General Practitioners](#)

[Royal College of Nursing](#)

[NICE Evidence](#)

[Health Protection Agency](#)

[World Health Organization](#)

[National Guidelines Clearinghouse](#)
[Guidelines International Network](#)
[TRIP database](#)
[GAIN](#)
[NHS Scotland National Patient Pathways](#)
[New Zealand Guidelines Group](#)
[Agency for Healthcare Research and Quality](#)
[Institute for Clinical Systems Improvement](#)
[National Health and Medical Research Council \(Australia\)](#)
[Royal Australian College of General Practitioners](#)
[British Columbia Medical Association](#)
[Canadian Medical Association](#)
[Alberta Medical Association](#)
[University of Michigan Medical School](#)
[Michigan Quality Improvement Consortium](#)
[Singapore Ministry of Health](#)
[National Resource for Infection Control](#)
[Patient UK Guideline links](#)
[UK Ambulance Service Clinical Practice Guidelines](#)
[RefHELP NHS Lothian Referral Guidelines](#)
 Medline (with guideline filter)
[Driver and Vehicle Licensing Agency](#)
[NHS Health at Work](#) (occupational health practice)

Джерела систематичних оглядів та метааналізів

[The Cochrane Library](#) :
 Systematic reviews
 Protocols
 Database of Abstracts of Reviews of Effects
 Medline (with systematic review filter)
 EMBASE (with systematic review filter)

Джерела оцінок медичних технологій та економічних оцінок

[NIHR Health Technology Assessment programme](#)
[The Cochrane Library](#) :
 NHS Economic Evaluations
 Health Technology Assessments
[Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health](#)
[International Network of Agencies for Health Technology Assessment](#)

Джерела рандомізованих контрольованих досліджень

[The Cochrane Library](#) :
 Central Register of Controlled Trials
 Medline (with randomized controlled trial filter)
 EMBASE (with randomized controlled trial filter)

Джерела оглядів, заснованих на фактичних даних, та доказових резюме

[Bandolier](#)
[Drug & Therapeutics Bulletin](#)
[TRIP database](#)
[Central Services Agency COMPASS Therapeutic Notes](#)

Sources of national policy

[Department of Health](#)

Health Management Information Consortium (HMIC)

Patient experiences[Healthtalkonline](#)[BMJ - Patient Journeys](#)[Patient.co.uk - Patient Support Groups](#)*Джерела інформації про лікарські засоби*

Наступні джерела використовуються СКС-фармацевтами і не обов'язково використовувалися під час інформаційного пошуку СКС-спеціалістами з пошуку інформації для всіх тем. Деякі з цих ресурсів не знаходяться у вільному доступі і вимагають підписки на доступ до контенту.

[British National Formulary \(BNF\)](#)[electronic Medicines Compendium \(eMC\)](#)[European Medicines Agency \(EMA\)](#)[LactMed](#)[Medicines and Healthcare products Regulatory Agency \(MHRA\)](#)[REPROTOX](#)[Scottish Medicines Consortium](#)[Stockley's Drug Interactions](#)[TERIS](#)[TOXBASE](#)[Micromedex](#)[UK Medicines Information](#)**10. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. ABPI Medicines Compendium (2010a) Summary of product characteristics for Piriton tablets. Electronic Medicines Compendium Datapharm Communications Ltd. www.medicines.org.uk [Free Full-text]
2. ABPI Medicines Compendium (2010b) Summary of product characteristics for Piriton syrup. Electronic Medicines Compendium Datapharm Communications Ltd. www.medicines.org.uk [Free Full-text]
3. ABPI Medicines Compendium (2011a) Summary of product characteristics for Calamine Lotion BP. Electronic Medicines Compendium Datapharm Communications Ltd. www.medicines.org.uk [Free Full-text]
4. ABPI Medicines Compendium (2011b) Summary of product characteristics for Zovirax 800mg tablets. Electronic Medicines Compendium Datapharm Communications Ltd. www.medicines.org.uk [Free Full-text]
5. ABPI Medicines Compendium (2011c) Summary of product characteristics for Boots allergy relief antihistamine tablets. Electronic Medicines Compendium Datapharm Communications Ltd. www.medicines.org.uk [Free Full-text]
6. Allen, S. (2006) Chickenpox and shingles infection. *Pharmaceutical Journal* 277(7422), 453-456.
7. Bernhardt, D.T. (1991) Topical diphenhydramine toxicity. *Wisconsin Medical Journal* 90(8), 469-471. [Abstract]
8. BNF 64 (2012) British National Formulary. 64th edn. London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
9. Bovill, B. and Bannister, B. (1998) Review of 26 years' hospital admissions for chickenpox in North London. *Journal of Infection* 36(Suppl 1), 17-23. [Abstract]
10. Breuer, J. and Fifer, H. (2011) Chickenpox. *Clinical Evidence* BMJ Publishing Group Ltd. www.clinicalevidence.com
11. Chan, C.Y. and Wallander, K.A. (1991) Diphenhydramine toxicity in three children with varicella-zoster infection. *DICP: Annals of Pharmacotherapy* 25(2), 130-132. [Abstract]

12. CSM (2005) Updated advice on the safety of selective COX-2 inhibitors. Committee on Safety of Medicines. www.mhra.gov.uk [Free Full-text]
13. DH (2012) Immunisation against infectious disease- "The Green Book". Chapter 34 - Varicella. Department of Health. www.dh.gov.uk [Free Full-text]
14. DTB (2005a) Chickenpox, pregnancy and the newborn. *Drug & Therapeutics Bulletin* 43(9), 69-72. [Abstract]
15. DTB (2005b) Chickenpox, pregnancy and the newborn: a follow-up. *Drug & Therapeutics Bulletin* 43(12), 94-95. [Abstract]
16. Englisch, W. and Bauer, C.P. (1997) Dimethindene maleate in the treatment of pruritus caused by varicella zoster virus infection in children. *Arzneimittelforschung* 47(11), 1233-1235. [Abstract]
17. Guess, H.A., Broughton, D.D., Melton, L.J. and Kurland, L.T. (1986) Population-based studies of varicella complications. *Pediatrics* 78(4 Pt 2), 723-727. [Abstract]
18. Heininger, U. and Seward, J.F. (2006) Varicella. *Lancet* 368(9544), 1365-1376. [Abstract]
19. HPA (2006) General information: chickenpox (Varicella). Health Protection Agency. www.hpa.org.uk [Free Full-text]
20. HPA (2011) Guidance on viral rash in pregnancy. Investigation, diagnosis and management of viral rash illness, or exposure to viral rash illness, in pregnancy. Health Protection Agency. www.hpa.org.uk [Free Full-text]
21. HPA and Association of Medical Microbiologists (2010) Management of infection guidance for primary care for consultation and local adaptation. Health Protection Agency. www.hpa.org.uk [Free Full-text]
22. HPA and British Infection Association (2012) Management of infection guidance for primary care for consultation and local adaptation. Health Protection Agency. www.hpa.org.uk [Free Full-text]
23. Huston, R.L., Cypcar, D., Cheng, G.S. and Foulds, D.M. (1990) Toxicity from topical administration of diphenhydramine in children. *Clinical Pediatrics* 29(9), 542-545.
24. Isaacs, D. (2000) Neonatal chickenpox. *Journal of Paediatrics and Child Health* 36(1), 76-7.
25. Klassen, T.P. and Hartling, L. (2005) Acyclovir for treating varicella in otherwise healthy children and adolescents (Cochrane Review). The Cochrane Library. Issue 4. John Wiley & Sons, Ltd. www.thecochranelibrary.com [Free Full-text]
26. Kubeyinje, E.P. (1995) Varicella infection in Saudi children with atopic eczema. *Medical Science Research* 23(9), 591-592.
27. Lesko, S.M. and Mitchell, A.A. (1995) An assessment of the safety of pediatric ibuprofen. A practitioner-based randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association* 273(12), 929-933. [Abstract]
28. Lichenstein, R. (2006) Pediatrics, chicken pox or varicella. *emedicineWebMD*. www.emedicine.com
29. McGann, K.P., Pribanich, S., Graham, J.A. and Browning, D.G. (1992) Diphenhydramine toxicity in a child with varicella A case report. *Journal of Family Practice* 35(2), 213-214. [Abstract]
30. MHRA (2011) Press release: more exact paracetamol dosing for children to be introduced. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. www.mhra.gov.uk [Free Full-text]
31. Nathwani, D., Maclean, A., Conway, S. and Carrington, D. (1998) Varicella infections in pregnancy and the newborn: a review prepared for the UK Advisory Group on chickenpox on behalf of the British Society for the Study of Infection. *Journal of Infection* 36(Suppl 1), 59-71.
32. NICE (2007) Feverish illness in children. Assessment and the initial management in children younger than 5 years: quick reference guide [Replaced by guideline CG 160]. National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk

33. NICE (2008) Osteoarthritis. The care and management of osteoarthritis in adults (NICE guideline) [Replaced by CG177]. . Clinical guideline 59. National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk [Free Full-text]
34. NICE (2009a) Rheumatoid arthritis: the management of rheumatoid arthritis (NICE guideline). .Clinical guideline 79. National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk [Free Full-text]
35. NICE (2009b) Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain (NICE guideline). . Clinical guideline 88. National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk[Free Full-text]
36. NICE (2013) Key therapeutic topics - medicines management options for local implementation.National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk [Free Full-text]
37. NPC (2011) Key therapeutic topics 2010/11 - Medicines management options for local implementation. National Prescribing Centre. www.npc.nhs.uk [Free Full-text]
38. NPC (2012) Key therapeutic topics - medicines management options for local implementation.National Prescribing Centre. www.npc.nhs.uk [Free Full-text]
39. NTIS (2009) Chlorphenamine in pregnancy. TOXBASENational Teratology Information Service.www.toxbase.org
40. Ogilvie, M.M. (1998) Antiviral prophylaxis and treatment in chickenpox: a review prepared for the UK Advisory Group on chickenpox on behalf of the British Society for the Study of Infection. *Journal of Infection* 36(Suppl 1), 31-38. [Abstract]
41. Papadopoulos, A.J. (2007) Chickenpox. *emedicineWebMD*. www.emedicine.com
42. RCOG (2007) Chickenpox in pregnancy. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.www.rcog.org.uk [Free Full-text]
43. Reilly, J.F. and Weisse, M.E. (1990) Topically induced diphenhydramine toxicity. *Journal of Emergency Medicine* 8(1), 59-61. [Abstract]
44. Schaefer, C., Peters, P. and Miller, R.K. (Eds.) (2007) *Drugs during pregnancy and lactation: treatment options and risk assessment*. 2nd edn. Oxford: Academic Press.
45. Swingler, G. (2007) Chickenpox. *Clinical EvidenceBMJ Publishing Group Ltd*.www.clinicalevidence.com [Free Full-text]
46. Tebruegge, M., Kuruvilla, M. and Margaron, I. (2006) Does the use of calamine or antihistamine provide symptomatic relief from pruritus in children with varicella zoster infection? *Archives of Disease in Childhood* 91(12), 1035-1036. [Free Full-text]
47. Wilkins, E.G., Leen, C.L., McKendrick, M.W. and Carrington, D. (1998) Management of chickenpox in the adult: a review prepared for the UK Advisory Group on Chickenpox on behalf of the British Society for the Study of Infection. *Journal of Infection* 36(Suppl 1), 49-58.
48. Woodward, G.A. and Baldassano, R.N. (1988) Topical diphenhydramine toxicity in a five year old with varicella. *Pediatric Emergency Care* 4(1), 18-20. [Abstract]
49. Zerr, D.M., Alexander, E.R., Duchin, J.S. et al. (1999) A case-control study of necrotizing fasciitis during primary varicella. *Pediatrics* 103(4 Pt 1), 783-790. [Abstract]