

СОГЛАСОВАНО:

ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ  
МИНЗДРАВА РОССИИ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ  
БОЛЕЗНЯМ У ДЕТЕЙ  
АКАДЕМИК РАН, ПРОФЕССОР

\_\_\_\_\_ Ю.В.ЛОБЗИН

\_\_\_\_\_ 2015

УТВЕРЖДАЮ:

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРАВЛЕНИЯ  
МЕЖДУНАРОДНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ «ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО  
ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ» И  
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ-  
ИНФЕКЦИОНИСТОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»

\_\_\_\_\_ Ю.В. ЛОБЗИН

\_\_\_\_\_ 2015

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ КРАСНУХОЙ

**Организации-разработчики:**

ФГБУ НИИДИ ФМБА РОССИИ,

Общественная организация «Евроазиатское общество по инфекционным болезням»,

Общественная организация «Ассоциация врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и  
Ленинградской области» (АВИСПО)

# КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ КРАСНУХОЙ

## Предисловие

Разработан:	ФГБУ НИИДИ ФМБА России
Внесен:	ФГБУ НИИДИ ФМБА России
Принят и введен в действие:	Утверждены на заседании Профильной комиссии 9 октября 2015г..
Введен впервые:	2015г.

## Код протокола

91500.	11.	В 06 В 06.0 В 06.8 В 06.9	01	-	2015	

91500.	Код отрасли здравоохранения по ОКОНХ
11	Группа нормативных документов в системе стандартизации в отрасли, согласно «Основным положениям стандартизации здравоохранения»
В 06 В 06.0 В 06.8 В 06.9	Код класса протокола для нозологических форм (синдромов) принимает значение от А00.0 до Z99.9 (соответственно четырехзначной рубрикации МКБ-10), а для клинических ситуаций — в порядке их классифицирования
01	Порядковый номер варианта протокола принимает значение от 01 до 99
2015	Год утверждения протокола принимает значения 20XX

Кодирование вновь создающихся протоколов происходит таким образом, что внесение дополнений не требует изменения кодов уже существующих протоколов ведения больных. Порядковое значение этих кодов достаточно для проведения разработки и добавления новых протоколов и пересмотра существующих.

## Содержание

1. Область применения
2. Нормативные ссылки
3. Термины, определения и сокращения
4. Общие положения
  - 4.1. Определения и понятия
  - 4.2 Этиология и патогенез
  - 4.3 Клиническая картина и классификация
  - 4.4 Общие подходы к диагностике
  - 4.5 Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания
  - 4.6 Эпидемиологическая диагностика
  - 4.7 Лабораторная диагностика
  - 4.8 Инструментальная диагностика
  - 4.9 Специальная диагностика
  - 4.10 Обоснование и формулировка диагноза
  - 4.11 Лечение
  - 4.12 Реабилитация
  - 4.13 Диспансерное наблюдение
  - 4.14 Общие подходы к профилактике
  - 4.15 Организация оказания медицинской помощи больным
5. Мониторинг протокола ведения больных
6. Экспертиза проекта протокола ведения больных
7. Приложение
8. Библиография

## Введение

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным краснухой разработан

Фамилии, имена, отчества разработчиков	Место работы с указанием занимаемой должности, ученой степени и звания	Адрес места работы с указанием почтового индекса	Рабочий телефон с указанием кода города
Бабаченко Ирина Владимировна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Ведущий научный сотрудник, доктор медицинских наук	Санкт-Петербург Ул. Профессора Попова, д. 9 197022	8(812)234-29-87
Ибрагимова Олеся Мунировна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Младший научный сотрудник	Санкт-Петербург Ул. Профессора Попова, д. 9 197022	8(812)234-29-87

### 1. Область применения

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным краснухой предназначен для применения в медицинских организациях Российской Федерации.

### 2. Нормативные ссылки

В Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);

Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012г. № 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями", зарегистрирован в Минюсте РФ 10 июля 2012г., регистрационный № 24867;

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 1664н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрирован в Минюсте 24 января 2012, регистрационный № 23010;

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. № 1629н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи»;

Федеральный закон от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.06.2001 г. № 229 "О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям";

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11.01.2007 г. № 14 "О внесении изменений в приказ Минздрава России от 27 июня 2001 г. № 229 "О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям" и утверждении отчетной формы 68 "Сведения о контингентах детей и взрослых, дополнительно иммунизированных

против гепатита В, полиомиелита, гриппа, краснухи, и о движении вакцин для иммунизации";

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 г. № 767н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при краснухе легкой степени тяжести" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 20.02.2013 № 27216);

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 г. № 768н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при краснухе средней степени тяжести" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.01.2013 № 26643);

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 г. № 769н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при краснухе тяжелой степени тяжести" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.01.2013 № 26632);

Постановление Главного государственного врача Российской Федерации «Об утверждении Программы «Профилактика кори и краснухи в период верификации их элиминации в Российской Федерации (2013-2015 гг.)» и плана ее реализации». Зарегистрировано в Минюсте РФ 30.08.2013 № 29831;

Постановление Главного государственного врача Российской Федерации от 16.12.2013 г. № 65 «Об утверждении СП 3.1./3.2.3146-13». Зарегистрировано в Минюсте РФ 16.04.2014 № 32001;

Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» СП 3.1.2952-11. Зарегистрировано в Минюсте РФ 24.11.2011 № 22379;

"Эпидемиологический надзор за корью, краснухой и эпидемическим паротитом. Методические указания. МУ 3.1.2.1177-02» (утверждены Роспотребнадзором 21.11.2002).

### 3. Термины, определения и сокращения

В документе применяются термины в интерпретации, делающей их однозначными для восприятия медицинскими работниками. Для целей настоящего нормативного документа используются следующие термины, определения и сокращения:

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол)	Нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.
Модель пациента	Сконструированное описание объекта (заболевание, синдром, клиническая ситуация), регламентирующее совокупность клинических или ситуационных характеристик, выполненное на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на исход и значимых причинно-следственных связей, определяющее возможность и необходимость описания технологии оказания медицинской помощи.
Нозологическая форма	Совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.

Заболевание	Возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.
Основное заболевание	Заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.
Сопутствующее заболевание	Заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.
Тяжесть заболевания или состояния	Критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.
Исходы заболеваний	Медицинские и биологические последствия заболевания.
Последствия (результаты)	Исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.
Осложнение заболевания	Присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; - развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.
Состояние	Изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.
Клиническая ситуация	Случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.
Синдром	Состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.
Симптом	Любой признак болезни, доступный для определения, независимо от метода, который для этого применялся.
Пациент	Физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.
Медицинское	Выполняемые медицинским работником по отношению к

вмешательство	пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.
Медицинская услуга	Медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.
Качество медицинской помощи	Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.
Физиологический процесс	Взаимосвязанная совокупная деятельность различных клеток, тканей, органов или систем органов (совокупность функций), направленная на удовлетворение жизненно важной потребности всего организма.
Функция органа, ткани, клетки или группы клеток	Составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.
Формулярные статьи на лекарственные препараты	Фрагмент протоколов ведения больных, содержащий сведения о применяемых при определенном заболевании (синдроме) лекарственных препаратах, схемах, и особенностях их назначения.
В тексте документа используются следующие сокращения:	
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ОМС	Обязательное медицинское страхование граждан
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ПМУ	Простая медицинская услуга
ОК ПМУ	Отраслевой классификатор "Простые медицинские услуги"
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
ОКОНХ	Общероссийский классификатор отраслей народного хозяйства
ФЗ	Федеральный закон

#### 4. Общие положения

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным краснухой разработан для решения следующих задач:

- △ проверки на соответствие установленным Протоколом требований при проведении процедуры лицензирования медицинской организации;
- △ установление единых требований к порядку диагностики, лечения, реабилитации и профилактики больных краснухой;
- △ унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным детям с краснухой;
- △ обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации;
- △ разработка стандартов медицинской помощи и обоснования затрат на ее оказание;
- △ обоснования программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению, в том числе и детям;
- △ проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи объективными методами и планирования мероприятий по его совершенствованию;
- △ выбора оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного больного;
- △ защиты прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Область распространения настоящего стандарта — медицинские организации вне зависимости от их форм собственности.

#### Методология

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

поиск в электронных базах данных.

##### Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, Clinicalkey ELSEVIER, электронную библиотеку ([www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)). Глубина поиска составляла 5 лет.

##### Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- △ Консенсус экспертов;
- △ Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

#### **Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 1):**

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок



2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

#### **Методы, использованные для анализа доказательств:**

- ▲ Обзоры опубликованных мета-анализов;
- ▲ Систематические обзоры с таблицами доказательств.

#### **Описание методов, использованных для анализа доказательств:**

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

#### **Таблицы доказательств:**

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

#### **Методы, использованные для формулирования рекомендаций:**

консенсус экспертов.

#### **Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (таблица 2)**

Сила	Описание
<b>A</b>	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
<b>B</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
<b>C</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
<b>D</b>	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства , из исследований, оцененных, как 2+

### **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points — GPPs):**

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

### **Экономический анализ:**

При наличии отечественных данных по эффективности затрат на анализируемые вмешательства в рекомендованных для селекции/сбора доказательств базах данных, они учитывались при принятии решения о возможности рекомендовать их использование в клинической практике.

### **Метод валидации рекомендаций:**

- △ внешняя экспертная оценка;
- △ внутренняя экспертная оценка.

### **Описание метода валидации рекомендаций:**

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

### **Консультация и экспертная оценка:**

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии в предварительной версии на Всероссийском Ежегодном Конгрессе «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика», 09-10 октября 2015г., Санкт-Петербург. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте [www.niidi.ru](http://www.niidi.ru), для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

### **Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

### **Основные рекомендации:**

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

### **Ведение протокола:**

Ведение клинических рекомендаций (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным краснухой осуществляется ФГБУ НИИДИ ФМБА России.

Система ведения предусматривает взаимодействие лечебных учреждений со всеми заинтересованными организациями.

## **4.1 Определения и понятия**

**Краснуха** – острое инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся наличием симптомов умеренно выраженной интоксикации, непостоянной субфебрильной лихорадки, мелкопятнистой или пятнисто-папулезной экзантемы, незначительными катаральными явлениями и увеличением периферических лимфатических узлов, преимущественно затылочных и заднешейных.

### **Эпидемиология заболевания:**

**Источником краснухи** является больной человек, выделяющий вирус во внешнюю среду в последние 7 дней инкубационного периода и до 21 дня после появления высыпаний, а также новорожденные дети с врожденной краснухой, у которых вирус может выделяться до 2-2,5 лет. Особенно заразен больной в первые 5 суток с момента появления сыпи. Источником инфекции могут быть больные стертой и атипичной формой краснухи. У 30-50% инфицированных краснуха протекает в бессимптомной форме. В период разгара максимальное вирусовыделение из носоглотки при кашле, чихании, разговоре. Механизм передачи – аэрозольный (капельный). Путь передачи – воздушно-капельный.

**Восприимчивость** к краснухе всеобщая, наиболее высока в возрасте от 3 до 4 лет. Краснухой болеет только человек. Однократного контакта с больным недостаточно для возникновения заболевания, к заражению приводит длительный и тесный контакт. Инфекция через предметы, третьих лиц не передается вследствие малой устойчивости вируса во внешней среде.

**Заболеваемость** краснухой в Российской Федерации после 2009 г. снизилась менее 0,5 на 100 000 населения, отмечаются единичные эпидемические вспышки при завозе краснухи на территорию, где ее давно не было. Краснуха распространена повсеместно. Характерна зимне-весенняя сезонность заболевания. После перенесенного заболевания иммунитет стойкий, подтвержденные лабораторно случаи повторного заболевания редки.

## **4.2 Этиология и патогенез**

### **Этиология**

Возбудителем является РНК-содержащий вирус краснухи (Rubella virus), который относится к семейству Togaviridae и является единственным представителем рода Rubivirus. Вирусные частицы имеют наружную липопротеидную оболочку, нуклеокапсид и три белка - гликопротеины E1 и E2, капсидный белок С. Для вируса характерна гемагглютинирующая, гемолизирующая активность, вызывает образование вируснейтролизующих антител.

Вирус чувствителен к воздействию химических факторов, изменению рН среды (ниже 6,8 и выше 8,0), ультрафиолетовому облучению, высушиванию. Инактивируется эфиром, формалином, хлороформом и другими дезинфицирующими средствами.

Вирус краснухи можно выделить из крови, носоглоточных смывов, кожи, кала, мочи, цереброспинальной жидкости, костного мозга.

### **Патогенез**

Местом внедрения (входными воротами) вируса краснухи является слизистая оболочка верхних дыхательных путей. Вирус адсорбируется на эпителии слизистой, проникает в подслизистую оболочку и регионарные лимфатические узлы, где происходит первичная репликация. Вирус обладает лимфотропными и дерматотропными свойствами. Распространяется по организму гематогенно, вызывая вирусемию, которая возникает в периоде инкубации.

Через 1-2 дня высыпаний в крови появляются вируснейтрализующие антитела.

### **4.3. Клиническая картина и классификация**

#### **4.3.1. Наиболее частые симптомы и синдромы краснухи**

Клинические проявления краснухи характеризуются сменой четырех периодов:

1. **Инкубационный период:** от 11 до 24 дней.
2. **Продромальный период:** продолжительность от нескольких часов до суток.
3. **Период разгара:** продолжается 2-3 дня. Характеризуется максимальной выраженностью лихорадки, интоксикационного, катарального синдромов, появлением экзантемы.
4. **Период реконвалесценции.**

#### **Характерные синдромы:**

**Интоксикационный синдром:** недомогание, небольшая слабость, умеренная головная боль, иногда боль в мышцах и суставах. Температура субфебрильная или нормальная, иногда повышается до фебрильных значений, держится 1-3 дня.

**Синдром поражения респираторного тракта (катаральный синдром)** слабо выражен. Отмечается незначительная гиперемия зева, конъюнктивит, энантема в виде мелких бледно-розовых пятнышек на мягком небе (пятна Форхгеймера). Иногда отмечается гиперемия, зернистость слизистой ротовой полости, точечные кровоизлияния на язычке и мягком небе. Ринит, сухой кашель наблюдаются, в основном, у детей старшего возраста.

**Синдром лимфаденопатии** развивается за 1-3 дня до появления экзантемы и катаральных симптомов и исчезает через несколько дней после угасания сыпи. Характерно увеличение и болезненность затылочных и заднешейных лимфатических узлов, возможна генерализованная лимфаденопатия.

**Синдром экзантемы** относится к числу постоянных признаков краснухи. Сыпь сначала появляется на лице, за ушами, на волосистой поверхности головы, в течение суток распространяется с лица на туловище и на конечности. Ввиду быстрого распространения экзантемы создается впечатление об одномоментности высыпания. Сыпь более выражена на разгибательных поверхностях конечностей, на спине, пояснице, ягодицах. У 75% больных сыпь мелкопятнистая (диаметром 5-7 мм), в отдельных случаях (у 5% пациентов) она может быть крупнопятнистой (диаметром 10 мм и более), реже – пятнисто-папулезной. На ладонях и подошвах экзантема отсутствует. Элементы сыпи расположены на негиперемизированной коже, не возвышаются над уровнем кожи, исчезают при надавливании на кожу или при ее растягивании. Элементы сыпи, как правило, не склонны к слиянию, но в отдельных случаях образуется сливная сыпь, очень редко выявляют единичные петехии (у 5%). Элементы сыпи сохраняются 2-3 дня, исчезают бесследно, не оставляя пигментации и шелушения. У 25-30% больных сыпь может отсутствовать.

Выделяют следующие клинические формы краснухи: типичная форма – легкая, средней тяжести, тяжелая; атипичная форма (без сыпи); инаппарантная форма (субклиническая).

Типичные формы могут иметь гладкое и негладкое течение. Критериями тяжести являются выраженность симптомов интоксикации и лихорадки. При легкой или среднетяжелой форме краснухи симптомы общей интоксикации выражены слабо, температура тела остается нормальной или повышается до субфебрильной. При тяжелых формах болезни, которые преимущественно отмечают у подростков и взрослых, температура достигает 39°C. Лихорадка, как правило, не превышает 2-4 дней.

Атипичная форма краснухи протекает легко, без экзантемы, характеризуется легким катаральным воспалением верхних дыхательных путей и умеренно выраженной лимфаденопатией. Возможны случаи с изолированным синдромом лимфаденопатии.

Инаппарантное течение краснухи наблюдается в 5-6 раз чаще, чем клинически выраженное. Субклинические формы заболевания выявляют в очагах с помощью серологической диагностики.

**Осложнения при краснухе** крайне редки. Наиболее частым осложнением являются артриты, которые развиваются чаще у взрослых (30% у мужчин, 5-6% у женщин). Припухлость и болезненность суставов нестойкие, появляются через 1-2 дня после угасания сыпи и исчезают в течение 1-2 недель без остаточных явлений. Обычно поражаются мелкие суставы кистей рук, реже – коленные и локтевые.

Краснушный энцефалит развивается на 5000-7000 заболеваний краснухой вскоре после исчезновения сыпи или на фоне экзантемы и характеризуется выраженной неврологической симптоматикой и высокой летальностью (15-20% и более). Больные отмечают усиление головной боли, ухудшение общего самочувствия, в дальнейшем развиваются судороги, коматозное состояние, гемипарезы. Возможно развитие менингоэнцефалита, энцефаломиелита.

Крайне редко отмечается развитие невритов, полиневритов, пневмоний, синуситов, отитов, нефритов, тромбоцитопенической пурпуры, поражения поджелудочной железы с развитием сахарного диабета 1-го типа. Изредка краснуха осложняется геморрагическим синдромом – кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, гематурия, носовые, кишечные кровотечения.

#### 4.3.2 Классификация краснухи

##### I. Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-X):

- В 06 Краснуха (немецкая корь)
- В 06.0 Краснуха с неврологическими осложнениями
  - энцефалит (G05.1)
  - менингит (G02.0)
  - менингоэнцефалит (G05.1)
- В 06.8 Краснуха с другими осложнениями
  - артрит (M01.4)
  - пневмония (J17.1)
- В 06.9 Краснуха без осложнений

##### II. Клиническая классификация краснухи:

###### *По типу:*

1. Типичная
2. Атипичная:
  - с изолированным синдромом экзантемы,
  - с изолированным синдромом лимфаденопатии,
  - стертая,
  - бессимптомная

###### *По тяжести:*

1. Легкой степени тяжести
2. Средней степени тяжести
3. Тяжелой степени тяжести

###### *По течению:*

1. Гладкое

## 2. Негладкое:

- с осложнениями,
- с наслоением вторичной инфекции
- с обострением хронических заболеваний

### 4.4 Общие подходы к диагностике

Диагностика краснухи производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения или, требующие коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний.

Таковыми факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением;
- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение врача-специалиста по профилю;
- отказ от лечения.

### 4.5 Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания

#### 4.5.1 Клинические критерии диагностики краснухи

Признак	Характеристика	Сила*
Начало заболевания	Острое	D
Контакт с больным краснухой	Контакт в семье, детском коллективе и др.	A
Лихорадка	Субфебрильная, реже фебрильная	D
Синдром интоксикации	Умеренно выражен	D
Синдром поражения респираторного тракта (катаральный синдром)	Слабо выражен. Гиперемия зева, ринит, сухой кашель, конъюнктивит, пятна Форхгеймера	D
Синдром экзантемы	Распространяется с лица на туловище и на конечности в течение суток, мелкопятнистая, не склонна к слиянию, на неизменном кожном фоне, отсутствие пигментации и шелушения. Преимущественная локализация сыпи-разгибательные поверхности конечностей, спина, ягодицы	A
Синдром лимфаденопатии	Увеличение и болезненность затылочных и заднешейных лимфатических узлов	B

Примечание: \* - оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

#### 4.5.2 Критерии оценки степени тяжести заболевания по клиническим признакам

Признак	Характеристика признака		
	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует	Умеренной выраженности, 1-2 дня	Выражена, 3-4 дня
Выраженность и продолжительность	Отсутствует	Субфебрильная, длительность 1-2 дня	Повышение температуры до

лихорадки			39,0 <sup>0</sup> С, длительность 2-4 дня
Синдром поражения респираторного тракта (катаральный синдром)	Легкой выраженности катаральный синдром	Легкой выраженности катаральный синдром	Умеренно выраженные
Синдром лимфаденопатии	Увеличение затылочных и заднешейных лимфатических узлов	Увеличение затылочных и заднешейных лимфатических узлов	Увеличение затылочных и заднешейных лимфатических узлов
Синдром экзантемы	Сыпь неяркая, необильная, может отсутствовать	Сыпь необильная, яркая	Сыпь обильная, яркая, возможно пятнисто-папулезная, склонная к слиянию
Осложнения	Отсутствуют	Возможны	Имеются

#### 4.6 Эпидемиологическая диагностика

##### 4.6.1 Эпидемиологические критерии диагностики краснухи

1. Наличие в окружении больного ребенка лиц с подобным заболеванием, или с подтвержденным диагнозом краснуха.
2. Контакт с лицами с подобными заболеваниями с учетом механизма и пути передачи инфекции.
3. Данные о вакцинации против краснухи:

Путь передачи	Характеристика	Сила*
Воздушно-капельный	Контакт с больным краснухой	А

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

#### 4.7 Лабораторная диагностика

##### 4.7.1 Методы диагностики

Метод	Показания	Сила*
Серологический метод (ИФА)	Пациенты с клиническими симптомами краснухи для идентификации специфических антител к возбудителю	А
Гематологический метод	Пациенты с клиническими симптомами краснухи для уточнения остроты воспалительной реакции и определения степени тяжести заболевания	С

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

##### 4.7.2 Критерии лабораторного подтверждения диагноза:

- *клинический анализ крови* в остром периоде болезни необходимо проводить всем пациентам – лейкопения, увеличение числа плазматических клеток, возможна

тромбоцитопения, СОЭ не изменена.

- *серологический метод* (ИФА) имеет значение для подтверждения диагноза краснуха при выделении в сыворотке крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М (IgM). IgM появляются в первые дни заболевания, достигают максимального уровня на 2—3 неделе и исчезают через 1—2 месяца. Специфические IgG выявляются на 2—3 дня позже, чем IgM, нарастают до максимума к концу первого месяца от начала заболевания и персистируют в течение всей жизни. Низкоавидные IgG выявляются в течение 2 месяцев от начала заболевания и характеризуются индексом авидности, не превышающим 30%. У лиц, перенесших краснуху в анамнезе, выявляют высокоавидные IgG, с индексом авидности 100%.

- *молекулярно-биологический метод* (ПЦР) применяется в целях определения генотипа возбудителя краснухи.

#### **4.7.3. Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам лабораторной диагностики.**

У больных краснухой, протекающей в легкой степени тяжести, средней степени или тяжелой отсутствует четкая корреляция с изменениями клинического анализа крови, уровнем специфических антител.

### **4.8. Инструментальная диагностика**

#### **4.8.1. Методы инструментальной диагностики**

Метод	Показания	Сила*
Регистрация электрокардиограмм	Пациенты с нарушениями сердечно-сосудистой системы или без, для раннего выявления поражения сердца (при тяжелой степени тяжести краснухи)	С
УЗИ органов брюшной полости	Для уточнения поражения внутренних органов при наличии болевого и геморрагического синдромов	D
Рентгенограмма органов грудной клетки	При появлении подозрений на развитие воспалительных изменений в нижних отделах органов дыхания, в том числе на развитие пневмонии	С
Рентгенограмма придаточных пазух	Пациенты при подозрении на поражение придаточных пазух	D
Электроэнцефалография (ЭЭГ)	При наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии	С
Нейросонография	Наличие очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии	С

Примечание: \* - оценка рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой

#### **4.8.2. Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам инструментальной диагностики**

Отсутствуют.

### **4.9. Специальная диагностика**



#### **4.9.1. Методы специальной диагностики:**

- серологический метод (ИФА),
- молекулярно-биологический метод (ПЦР).

#### **4.9.2. Критерии специальной диагностики специальными методами:**

- серологический метод (ИФА) применяется для установления (подтверждения) диагноза.

Выявление в сыворотке крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М методом иммуноферментного анализа является основанием для установления (подтверждения) диагноза "краснуха".

Нарастание титра специфических антител, относящихся к IgG, в 4 и более раза при одновременном исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови (с интервалом 10-14 дней от даты взятия первой пробы) является основанием для постановки диагноза "краснуха". При выявлении у беременных женщин специфических IgG (при отсутствии IgM) в титрах 25 МЕ/мл и выше обследование повторяют через 10-14 дней для исключения возможных ложноположительных результатов. При отрицательном результате повторного исследования, а также при выявлении специфических IgM (при отсутствии IgG) через 10-14 дней проводят третье серологическое обследование. Если при первом обследовании в крови у беременной обнаружены специфические IgM и IgG к возбудителю краснушной инфекции, то через 10-14 дней при повторном серологическом обследовании определяют avidность IgG антител. Положительные IgM к вирусу краснухи и низкий индекс avidности IgG является основанием для постановки диагноза.

- вирусологический метод диагностики основан на раннем выделении (первые 72 часа после появления сыпи) вируса краснухи из носоглоточных смывов или из лейкоцитов крови на различных культурах клеток (лимфобластах мармазетов В-95ф, трансформированных вирусом Эпштейна-Барр, Vero, ВНК-21 и др.). Метод трудоемкий, требует длительного времени (не менее 2-3 недель) и специальных условий. Применяется в отдельных случаях как специальное исследование.

- молекулярно-биологический метод (ПЦР) применяется в целях определения генотипа возбудителя краснухи, мониторинга персистенции вируса у детей с синдромом врожденной краснухи, в качестве дополнительного метода исследования у беременных женщин, контактировавших с больным с синдромом экзантемы.

Клинический материал и сроки обследования: плазма периферической крови с 7 дня контакта, носоглоточные смывы 7 день контакта – не позднее 7 дня с момента появления высыпаний, цереброспинальная жидкость при подозрении на краснушный энцефалит, моча – не позднее 7 дня с момента появления высыпаний.

Метод дает положительный (вирус есть) или отрицательный результат (вируса нет).

#### **4.10. Обоснование и формулировка диагноза**

При формулировке диагноза записывают сам диагноз, форму, степень тяжести, характер течения.

При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой:

- Осложнение:
- Сопутствующее заболевание:

Приводят обоснование диагноза, при этом указывают следующие данные:

- эпидемиологические (контакт с больным краснухой в пределах инкубационного периода),
- клинические (увеличение периферических лимфатических узлов, наличие сыпи, ее характер и локализация, выраженность интоксикации и лихорадки, синдром поражения респираторного тракта),
- лабораторные (лейкопения, тромбоцитопения, нормальная СОЭ; выявление IgM

вируса краснухи или низкоавидных IgG, выделение вируса в различных биологических жидкостях).

Примеры диагноза:

Краснуха, типичная форма, средней степени тяжести, гладкое течение.

#### **4.11. Лечение**

##### **4.11.1 Общие подходы к лечению краснухи**

Для оказания помощи можно использовать только те методы, медицинские изделия, материалы и лекарственные препараты, которые допущены к применению в установленном порядке.

Принципы лечения больных краснухой предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение развития осложнений со стороны других органов и систем;
- предупреждение формирования остаточных явлений

Лечение больных с диагнозом «Краснуха» легкой и средней степени тяжести осуществляется при отсутствии противопоказаний – в амбулаторных условиях, тяжелой степени тяжести – в условиях стационара.

В случае безуспешного проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации больного в стационар, при отсутствии эффекта от проводимой терапии решается вопрос о замене (усилении) этиотропного лечения.

Обязательная госпитализация показана:

- тяжелое клиническое течение заболевания;
- независимо от формы течения заболевания - лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей или взрослых; лица, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях (в том числе коммунальных квартирах); при наличии в семье заболевшего лиц из числа декретированных групп населения;
- наличие модифицирующих факторов риска в течении болезни:
  - ранний возраст ребенка;
  - пороки развития сердца, органов слуха и зрения;
  - энцефалопатия;
  - иммунодефицитные состояния.

Показаниями для госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии являются тяжелые формы краснухи с выраженными неврологическими нарушениями, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью.

Режим постельный в течение всего острого периода болезни. Диета должна соответствовать возрасту ребенка и содержать все необходимые ингредиенты.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- противоэпидемический режим;
- возраст ребенка;
- степень тяжести заболеваний;
- преморбидный фон пациента;
- изоляция;
- доступность и возможность выполнения лечения.

##### **4.11.2 Методы лечения**

Выбор метода лечения краснухи зависит от клинической картины, степени проявлений симптомов, и может быть разным с назначением лекарственных препаратов этиотропного, патогенетического и симптоматического действия перорально или парентерально, а также с применением немедикаментозных методов лечения.

Режим.

Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии;
- патогенетическая терапия;
- средства симптоматической терапии;
- средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Методы не медикаментозного лечения:

- физические методы снижения температуры;
- санация ротоглотки;
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия.

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

При неосложненной краснухе терапия симптоматическая. При краснушных артритях назначают нестероидные противовоспалительные средства, при геморрагическом синдроме - преднизолон. Назначают комплекс витаминов. При развитии краснушного энцефалита применяют патогенетическую терапию, соответствующую стандартам ведения вирусных энцефалитов.

Этиотропная терапия проводится препаратами рекомбинантного интерферона, показанием к назначению которых являются формы краснухи, протекающие с поражением ЦНС. Дозы препаратов рекомбинантного интерферона и продолжительность курса лечения регламентируются тяжестью процесса и динамикой восстановления утраченных функций. При развитии бактериальных осложнений назначают антибиотики.

**Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, используемых для лечения краснухи:**

Лекарственная группа	Лекарственные препараты	Показания	Уровень* доказательности
Интерфероны (L03AB)	Интерферон альфа	При средней и тяжелой степени тяжести краснухи, протекающей с осложнениями	2+
Другие иммуностимуляторы (L03AX)	Меглюмина акридонацетат	При средней и тяжелой степени тяжести краснухи, протекающей с осложнениями. Противопоказан детям до 4 лет, беременным, кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату	2+
	Тилорон	При средней и тяжелой степени тяжести краснухи, протекающей с осложнениями. Противопоказан детям до 7 лет, беременным, кормящим грудью,	2+

		при повышенной чувствительности к препарату	
Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (J01CR)	Амоксициллин+ (клавулановая кислота)	При средней и тяжелой степени тяжести краснухи, протекающей с бактериальными осложнениями	2+
Макролиды (J01FA)	Азитромицин Кларитромицин	При средней и тяжелой степени тяжести краснухи, протекающей с бактериальными осложнениями; лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики	2+
Цефалоспорины 3-го поколения (J01DD)	Цефотаксим, цефтриаксон	При средней и тяжелой степени тяжести краснухи, протекающей с бактериальными осложнениями; лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики	2+
Производные пропионовой кислоты (M01AE)	Ибупрофен	При повышении температуры выше 38,0°C, развитии артритов	2+
Анилиды (N02BE)	Парацетамол	При повышении температуры выше 38,0°C	2+
Сульфонамиды (C03CA)	Фуросемид	С диуретической целью	2+
Аскорбиновая кислота (витамин С) (A11GA)	Аскорбиновая кислота	Антиоксидантное действие, регуляция окислительно-восстановительных процессов	2+
Растворы электролитов (B05XA)	Натрия хлорид Калия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
Адреномиметики (R01AA)	Ксилометазолин	При затруднении носового дыхания	2+
Глюкокортикоиды (H02AB)	Преднизолон	С противовоспалительной целью при тяжелой форме краснухи	2+
	Дексаметазон		
Адсорбирующие кишечные препараты (A07BC)	Смектит диоктаэдрический	При нарушении дисбиоза кишечника с развитием диспепсических проявлений	2+
Муколитические препараты (R05CB)	Ацетилцистеин	При кашле	2+
Другие системные гемостатики (B02BX)	Этамзилат	При развитии кровоточивости, кровотечений	2+
Ингибиторы фибринолиза	Аминокапроновая кислота	При развитии кровоточивости, кровотечений	2+

(B02AB01)			
Производные бензодиазепина (N05BA)	Диазепам	При наличии судорожного синдрома	2+

Примечание: \* - оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой

Лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные на территории РФ, назначаются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтической-химической классификации, рекомендованной ВОЗ, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата. При назначении лекарственных препаратов для медицинского применения детям доза определяется с учетом массы тела, возраста в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения.

Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (часть 5 статьи 37 Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, № 48, ст. 6724; 25.06.2012, № 26, ст. 3442).

#### **4.12 Реабилитация**

##### **4.12 Реабилитация**

Основные принципы реабилитации:

1. реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;
2. необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;
3. комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;
4. адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия;
5. постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

##### **Критерии выздоровления:**

- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- купирование катаральных симптомов;
- угасание сыпи;
- нормализация лабораторных показателей;
- купирование осложнений.

Применяется основной вариант стандартной диеты в зависимости от возраста, наличия пищевой аллергии. Витаминотерапия назначается до 1,5–2 месяцев (поливитамины, витаминно-минеральные комплексы).

#### 4.13 Диспансерное наблюдение

N п/п	Частота обязательных контрольных обследований врачом-педиатром участковым	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей-специалистов
1	2	3	4
1	3	3 месяца	врач-педиатр участковый

N п/п	Перечень и периодичность лабораторных, рентгенологических и других специальных методов исследования	Лечебно-профилактические мероприятия	Клинические критерии эффективности диспансеризации	Порядок допуска переболевших на работу, в образовательные учреждения, школы – интернаты, летние оздоровительные и закрытые учреждения
1	2	3	4	5
1	Клинический анализ крови, общий анализ мочи 1 раз в месяц	Медицинский отвод от вакцинации 1 месяц	Отсутствие рецидива заболевания	Клиническое выздоровление

#### 4.14 Общие подходы к профилактике

Профилактические мероприятия направлены на раннюю и активную диагностику, лечение, изоляцию больных в организованных коллективах.

Выявление больных краснухой, лиц с подозрением на это заболевание проводится медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, и иных организаций, а также лицами, имеющими право на занятие частной медицинской практикой и получившими лицензию на осуществление медицинской деятельности в установленном законодательством порядке, при:

- оказании всех видов медицинской помощи;
- проведении медицинских осмотров;
- проведении предварительных и периодических профилактических медицинских осмотров населения;
- диспансеризации населения;
- медицинском наблюдении за лицами, бывшими в контакте с больными краснухой;
- проведении подворных (поквартирных) обходов;
- проведении лабораторных исследований биологических материалов от людей;
- осуществлении активного эпидемиологического надзора за краснухой с обязательным лабораторным исследованием биологического материала от лиц с синдромом экзантемы и лимфоаденопатии независимо от первичного диагноза.

В случае выявления больного краснухой или лиц с подозрением на это заболевание медицинские работники организаций и частнопрактикующие медицинские работники

обязаны в течение 2 часов сообщить об этом по телефону и в течение 12 часов направить экстренное извещение установленной формы (N 058/y) в орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории, где выявлен случай заболевания. Медицинская организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение на этого больного в территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор, указав измененный (уточненный) диагноз, дату его установления, результаты лабораторного исследования и первоначальный диагноз. Территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении извещения об измененном (уточненном) диагнозе информируют об этом медицинскую организацию по месту выявления больного, подавшую первоначальное экстренное извещение.

Каждый случай краснухи подлежит регистрации и учету в "Журнале учета инфекционных заболеваний" (форма N 060/y) по месту их выявления в медицинских и иных организациях (детских, подростковых, оздоровительных и других организациях), а также территориальными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор. При получении экстренного извещения (форма N 058/y) о случае краснухи специалист территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов проводит эпидемиологическое расследование. На каждого больного краснухой, в том числе выявленного активно, заполняется карта эпидемиологического расследования, с указанием эпидемического номера случая. Заполненные карты эпидемиологического расследования случаев краснухи, в том числе в случае отмены указанных диагнозов, на электронных и бумажных носителях направляются в Региональный центр (РЦ) и Национальный научно-методический центр по надзору (ННМЦ) за краснухой. Случаи краснухи подлежат регистрации в электронной Единой международной системе индивидуального учета (CISID). Ввод данных в систему CISID осуществляют ответственные специалисты РЦ. Контроль за введением данных осуществляет ННМЦ.

Первичные противоэпидемические мероприятия в очагах проводятся медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, а также иных организаций, частнопрактикующими медицинскими работниками сразу после выявления больного или при подозрении на краснуху. При выявлении очага инфекции в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием взрослых с момента выявления первого больного до 21 дня с момента выявления последнего заболевшего в коллектив не принимаются лица, не болевшие краснухой и не привитые против инфекции.

Госпитализированные лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее 7 дней с момента появления сыпи при краснухе. Допуск реконвалесцентов краснухи в организованные коллективы разрешается после их клинического выздоровления.

За лицами, общавшимися с больными краснухой, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания в очаге.

В дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием взрослых организуется ежедневный осмотр контактных лиц медицинскими работниками в целях активного выявления и изоляции лиц с признаками заболевания.

В очагах краснухи определяется круг лиц, подлежащих иммунизации по эпидемическим показаниям. Иммунизации против краснухи по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие краснухой ранее, не привитые, не имеющие сведений о прививках против краснухи, а также лица, привитые против краснухи однократно - без ограничения возраста. Иммунизация против краснухи по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 часов с момента выявления больного. При расширении границ очага (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации

могут продлеваться до 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

Детям, не привитым против краснухи (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок), не позднее 5-го дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный в соответствии с инструкцией по его применению. Сведения о проведенных прививках и введении иммуноглобулина (дата, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, предприятие-изготовитель) вносят в учетные формы в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики.

Контактные лица из очагов краснухи, не привитые и не болевшие ранее, не допускаются к плановой госпитализации в медицинские организации неинфекционного профиля и социальные организации в течение всего периода медицинского наблюдения. Госпитализация таких пациентов в период медицинского наблюдения в медицинские организации неинфекционного профиля осуществляется по жизненным показаниям, при этом в стационаре организуются дополнительные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в целях предупреждения распространения инфекции.

Методом специфической профилактики от краснухи является вакцинопрофилактика. Иммунизация населения против краснухи проводится в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Детям и взрослым, получившим прививки в рамках национального календаря профилактических прививок, в сыворотке крови которых в стандартных серологических тестах не обнаружены специфические антитела к возбудителю, прививки против краснухи проводят дополнительно в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических препаратов. Для иммунизации применяются медицинские иммунобиологические препараты, зарегистрированные и разрешенные к применению на территории Российской Федерации в установленном законодательством порядке согласно инструкциям по их применению. В целях максимального охвата прививками против краснухи в субъектах Российской Федерации проводится работа по выявлению лиц, не болевших и не привитых против краснухи среди труднодоступных слоев населения (мигрантов, беженцев, вынужденных переселенцев, кочующих групп населения) и их иммунизации в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Для обеспечения популяционного иммунитета к краснухе, достаточного для предупреждения распространения инфекции среди населения, охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять не менее 95%, взрослых в возрасте 18 - 35 лет - не менее 90%.

#### **4.15 Организация оказания медицинской помощи больным краснухой**

Медицинская помощь детям больным краснухой оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь детям больным краснухой может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) - при легкой степени тяжести, среднетяжелой без осложнений степени тяжести и возможности изоляции пациента;
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения) – при осложненной среднетяжелой степени тяжести, на этапе реконвалесценции и реабилитации;
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) – при средней и тяжелой степени тяжести, требующей специальных методов изоляции, диагностики и лечения.



### **Первичная медико-санитарная помощь детям предусматривает:**

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь детям оказывается в амбулаторных условиях.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь детям в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах, родильных домах, перинатальных центрах, образовательных организациях (медицинские кабинеты дошкольных и общеобразовательных (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) учреждений, учреждений начального и среднего профессионального образования средним медицинским персоналом. При наличии в этих учреждениях врача, медицинская помощь оказывается в виде первичной врачебной медико-санитарной помощи.

Так же первичная врачебная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь детям в амбулаторных условиях (детская поликлиника).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь детям оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

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

## **5. Мониторинг протокола ведения больных**

Мониторинг Протокола (анализ использования Протокола, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение дополнений и изменений в Протокол осуществляет ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Обновление версии Протокола осуществляется по мере необходимости, но не реже 1 раза в год.

## **6. Экспертиза проекта протокола ведения больных**

Экспертизу проекта протокола ведения больных проводят специалисты, представляющие медицинские организации, не участвующие в разработке протокола.

Разработчики в сопроводительном письме ставят перед экспертом вопросы, на которые он должен ответить, определяют сроки представления экспертного заключения, обычно не превышающие 30 дней с момента получения протокола.

В экспертном заключении эксперт должен указать свою фамилию, имя, отчество, место работы и должность и дать ответы на поставленные в сопроводительном письме вопросы. В случае несогласия с отдельными положениями протокола эксперт предлагает свои варианты с указанием страниц и пунктов, по которым предложены замены. В случае необходимости продления сроков экспертизы эксперт в письменном виде сообщает об этом разработчикам с указанием сроков окончания экспертизы и обоснованием переноса сроков. Отсутствие экспертного заключения в установленные сроки означает согласие эксперта со всеми пунктами проекта протокола.

По результатам экспертизы разработчики составляют сводную таблицу предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований по форме, приведенной в приложении А, оформляют окончательную редакцию протокола.

## 7. Приложение

Приложение А

### ФОРМА ОФОРМЛЕНИЯ СВОДНОЙ ТАБЛИЦЫ ПРЕДОЖЕНИЙ И ЗАМЕЧАНИЙ, ПРИНЯТЫХ РЕШЕНИЙ И ИХ ОБОСНОВАНИЙ

Наименование нормативного документа	Рецензент (Ф.И.О., место работы, должность)	Результаты рецензирования (внесенные рецензентом предложения и замечания)	Принятое решение и его обоснование

## 8. Библиография

1. Постановление Главного государственного врача РФ «Об утверждении Программы «Профилактика кори и краснухи в период верификации их элиминации в Российской Федерации (2013-2015 гг.)» и плана ее реализации». Зарегистрировано в Минюсте РФ 30 августа 2013 г. № 29831.
2. Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» СП 3.1.2952-11. Зарегистрировано в Минюсте РФ 24 ноября 2011 г. № 22379.
3. Руководство по эпидемиологическому надзору за корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи в Европейском регионе ВОЗ. Обновленное издание, декабрь 2012 г.
4. Краснуха. Информационный бюллетень № 366. Ноябрь, 2014 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs367/ru/>.
5. Детские болезни: учебник / Под ред. А.А. Баранова. 2-е изд., испр. и доп. 2009. – 1008 с.: ил.
6. Инфекционные болезни у детей: руководство для врачей / Под ред. В.В. Ивановой. - 2-е изд., перераб. и доп. 2009. – 832 с.: ил.
7. Инфекционные болезни: учебник. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. 2013. – 688 с.: ил.
8. Справочник по инфекционным болезням у детей / под ред. Ю.В. Лобзина – СПб.: СпецЛит, 2013. – 591 с.
9. Nathaniel Lambert PhD, Rubella / Nathaniel Lambert PhD, Peter Strebel MBChB, Walter Orenstein Prof, Joseph Icenogle PhD and Gregory A Poland Prof // Lancet. – 2015. – P. 1-11.
10. Ferris Clinical Advisor 2015. Fred F., Ferri M.D., F.A.C.P. Rubella , 1043.e4-1043.e5.
11. Marshfield Clinic Research Foundation. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. – 2013.– V. 62. – С. 1-34.
12. Kroger AT, Atkinson WL, Marcuse EK, Pickering LK. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. – 2011.– V. 60. – С. 1-60.

