

Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України,
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
ВДНЗ 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:

**Л.Ф. Матюха, О.М. Ліщишина, О.А. Голубовська, Л.А. Іванова,
С.О. Крамарьов, Л.В. Мельничук, Л.П. Сидорчук, Ю.Б. Яценко**

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ABPI	Асоціація британської фармацевтичної промисловості (англ.: Association of the British Pharmaceuticals Industry)
ANRQ	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 і 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), тепер 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 varicella-zoster (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

Клінічна настанова «Вітряна віспа» створена мультидисциплінарною робочою групою на основі CKS-теми «Chickenpox». CKS (англ.: Clinical Knowledge Summaries) – електронний ресурс «Резюме клінічних знань» від NICE (англ.: National Institute for Health and Care Excellence).

В більшості випадків вітряної віспи (ВВ) ведення пацієнта проводиться в закладах первинної медичної допомоги. Новонароджених, пацієнтів з імунodefіцитом, вагітних жінок, пацієнтів з ознаками ускладнень слід направляти до спеціалістів вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Також робоча група акцентує увагу на **особливостях ВВ у дітей першого року життя**:

- ВВ 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 вираженим 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 в недоношених, ослаблених, а також дітей, які отримували кортикостероїди. Можливий розвиток геморагічної, гангренозної та вісцеральної форми.

CKS-настанова щодо ведення ВВ

1. ВВ: резюме

ВВ – гостре захворювання, переважно дитячого віку. Спричиняється вірусом *Varicella zoster virus* (VZV), 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 тиж. Хворий стає контагіозним за 1–2 дні до появи елементів висипу і лишається таким, доки вони не стануть сухими або покриваються кірками, як правило, на 5–6-й день після початку хвороби.

Після стихання інфекції вірус може залишатися в сенсорних нервових гангліях спинного мозку. Роки і десятиліття потому вірус може активуватися і спричинювати оперізувальний лишай (*Herpes Zoster*). Для отримання додаткової інформації дивіться теми CKS «Постгерпетична невралгія» і «Оперізувальний лишай». ВВ можна заразитися після контакту з людиною з оперізувальним лишаєм, але неможлива поява оперізувального лишая після контакту з людиною з ВВ.

ВВ, як правило, належить до хвороб, одужання від яких відбувається без медичного втручання (англ.: self-limiting disease) у загалом здорових дітей.

Ускладненнями захворювання є:

- частіше у дітей раннього віку – бактеріальна інфекція шкіри;
- у дорослих – ураження легень;
- у вагітних жінок – тяжка ВВ, внутрішньоутробна інфекція та синдром ВВ плода. На пізніх строках вагітності захворювання може призвести до передчасних пологів або неонатальної ВВ;
- у людей з імунodefіцитними станами виникає тяжка дисемінована ВВ з пневмонією, енцефалітом, гепатитом і геморагічними ускладненнями.

Клінічні ознаки ВВ

Захворювання починається з появи продромальних симптомів: нудоти, міалгії, анорексії, головного болю та загального нездужання.

На волосистій частині голови, обличчі, тулубі і проксимальних відділах кінцівок з'являються маленькі еритематозні макули; за 12–14 год 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 вони після 1–2 тиж.

Лабораторна діагностика потрібна рідко.

Лікування

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 год після появи висипки, особливо для людей з тяжкою ВВ або ризиком 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 та гіперемію і болючість навколо елементів висипу (особливо після періоду покращення), може мати місце бактеріальна суперінфекція;
- якщо інфіковані вагітні, матері-годувальниці або новонароджені – невідкладно шукати консультації спеціаліста.

Вплив ВВ

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

Якщо вагітна жінка має ризик зараження і не хворіла в минулому на ВВ чи оперізувальний лишай (або немає перевірених даних), вона пови-

нна бути терміново обстежена на антитіла (IgG) до ВВ. Якщо результат позитивний, то вона може бути впевнена, що має імунітет проти ВВ. Якщо результат негативний, слід шукати консультації спеціаліста щодо необхідності проведення профілактики ВВ імуноглобуліном проти VZV (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. Загальні відомості

Поширеність

Як часто зустрічається ВВ?

ВВ є переважно дитячою хворобою, захворюваність найвища до 10 років, пік припадає на березень–травень, хоча останніми роками спостерігають менш сезонний характер [ДН, 2012].

Коментар робочої групи: за даними ДЗ «Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України», захворюваність на ВВ за 2014–2015 роки становила:

- в 2014 році – 140 283 (325,98 на 100 000 населення); з них 125 195 дітей до 17 років включно (1 651,0 на 100 000 населення);
- в 2015 році – 127 476 (297,12 на 100 000 населення); з них 113 094 дітей до 17 років включно (1 489,0 на 100 000 населення).

Епідеміологічна ситуація з ВВ свідчить про зростання захворюваності серед різних вікових груп і питомої ваги ускладнень.

Ускладнення

Ускладнення у дітей

ВВ, як правило, належить до хвороб, одужання від яких у загалом здорових дітей відбувається без медичного втручання (англ.: self-limiting disease); ускладнення зустрічаються рідко [Lichenstein, 2006; Papadopoulos, 2007]. Проте, можуть виникати ускладнення, такі як [Lichenstein, 2006]:

- Бактеріальна суперінфекція шкіри (наприклад, імпетиго, фурункули, целюліт (запалення пухкої сполучної тканини), бешиха, некротизувальний фасцит) і рубцювання. Проявляється раптовою гіпертермією (часто після початкового покращення), еритемою і чутливістю тканин, що оточують ділянки ураження ВВ.
- Неврологічні ускладнення (наприклад, синдром Рея, гостра мозочкова атаксія, енцефаліт, менінгоенцефаліт, полірадикуліт, мієліт).
- У рідкісних випадках – міокардит, гломерулонефрит, апендицит, панкреатит, пурпура Шенляйна–Геноха, орхіт, артрит, неврит зорового нерва, ірит (запалення райдужної оболонки ока), кератит.
- У дітей до 5 років найчастіше зустрічається бактеріальна інфекція шкіри [Guess et al, 1986].

Ускладнення для плода

Якщо ВВ трапляється в першому триместрі вагітності, ризик спонтанного викидня, як видається, не збільшується [RCOG, 2007].

Інфікування VZV упродовж перших 28 тиж вагітності може спричинити розвиток внутрішньоматричної інфекції та синдрому ВВ плода (раніше відомий як синдром вродженої ВВ), що характеризується [RCOG, 2007]:

- рубцюванням шкіри за ділянками дерматому;
- дефектами очей (наприклад, мікрофтальмія, хориоретиніт, катаракта);
- гіпоплазією кінцівок;
- неврологічними порушеннями (мікроцефалія, атрофія кори головного мозку, труднощі з навчанням, дисфункція сфінктерів кишечника та сечового міхура).

Ризик розвитку синдрому ВВ плода становить менше ніж 1% упродовж перших 12 тиж і приблизно 2% між 13-м і 20-м тижнями вагітності [НРА, 2006]. Випадки синдрому ВВ плода були зареєстровані в жінок між 20-м і 28-м тижнями гестації, що вказує на незначний ризик розвитку синдрому ВВ плода, якщо жінка захворіє на ВВ після 20-го тижня вагітності [DTB, 2005a; DTB, 2005b; НРА, 2006; RCOG, 2007]. Ризик ураження плода, швидше за все, буде істотно нижчим, ніж при типовому синдромі ВВ плода, який трапляється в перші 20 тиж вагітності [НРА, 2006]. Не було повідомлень про синдром ВВ плода в разі інфікування матері після 28-го тижня гестації [RCOG, 2007].

Материнська інфекція під час вагітності може не спричиняти 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 ВВ може призвести до передчасних пологів і неонатальної ВВ (тяжча, якщо мати інфікується за 7 днів до пологів) [НРА, 2006]. Інфікування в період між 1-м тижнем до пологів і 1-м тижнем після пологів може спричинити розвиток тяжкої ВВ новонародженого [ДН, 2012].

Ускладнення у новонароджених

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

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

Якщо мати інфікується за 1–4 тиж до пологів, до половини дітей будуть інфіковані; приблизно у чверті цих дітей ВВ 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 на ВВ новонароджених (перинатальна ВВ); якщо в матері з'являється висипка за 5 днів до або впродовж 2 днів після пологів, швидше за все, буде тяжка інфекція [RCOG, 2007].

Передача антитіл від матері до дитини обмежена строком до 26–28 тиж гестації. Таким чином, діти, народжені зі строком гестації менше ніж

28 тиж, як правило, не будуть захищені материнським імунітетом від ВВ [DTB, 2005a].

Ускладнення у людей з імунною недостатністю

Тяжка дисемінована ВВ з вірусною (*Varicella Zoster*) пневмонією, енцефалітом, гепатитом і геморагіями частіше зустрічається в людей з ослабленим імунітетом, ніж серед інших груп населення [Papaodopoulos, 2007; DH, 2012].

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

Інші ускладнення, поширеніші й небезпечніші в осіб з імунodefіцитом, є вторинними і спричинені ураженнями шкіри бактеріальною суперінфекцією (наприклад, септицемія, бактеріальна пневмонія, менінгіти) [Papaodopoulos, 2007].

3. Діагностика ВВ

3.1. Діагностика

У більшості випадків діагноз може бути встановлений на підставі характерної висипки. Якщо є сумніви, недавній контакт з хворим на ВВ (або оперізувальний лишай) або випадки, що трапляються в закритих колективах, можуть допомогти у встановленні діагнозу.

Анамнез

ВВ (особливо в підлітків) може починатися з продрому, який проявляється нудотою, міалгією, анорексією та головним білем. Люди з ВВ можуть також відчувати загальне нездужання, втрату апетиту, порушення у роботі травного тракту.

Фізикальне обстеження:

- гарячка;
- висипка:
 - ♦ маленькі еритематозні макули з'являються на шкірі голови, обличчя, тулуба та проксимальних відділів кінцівок і прогресують впродовж 12–14 год до папул, везикул (які інтенсивно сверблять) і пустул;
 - ♦ везикули можуть виникати на долонях і підшвах; також можуть уражатися слизові облянки з утворенням болючих поверхневих виразок у роті та на геніталіях;
 - ♦ везикули з'являються підсипаннями, тому етапи розвитку елементів висипу можуть відрізнитися на різних ділянках;
 - ♦ утворення кірочок відбувається впродовж 1–4 днів, відпадають вони після 1–2 тиж.

Інші обстеження

Лабораторні тести можуть бути використані для підтвердження, але вони рідко потрібні. Якщо потрібне підтвердження у вагітних жінок, ВВ може бути підтверджена за допомогою визначення вірусу, антигену або виявлення дезоксерибонуклеїнової кислоти (ДНК) в рідині везикул.

3.2. Диференційна діагностика

ВВ, як правило, легко відрізнити від іншого висипу. Проте диференційна діагностика охоплює:

- **Інші везикулярні вірусні висипи**, такі як простий герпес (як правило, недисемінований); оперізувальний лишай (*Herpes zoster*; як правило, несиметричний і локалізується в межах дерматому); хвороба «рука–нога–рот» (спричинені вірусом Коксакі).
- **Бактеріальні інфекції з висипом**, такі як імпетиго, короста, сифіліс, менінгококцемія (можна сплутати з геморагіями при ВВ); синдром токсичного шоку.
- **Неінфекційні ураження шкіри**, такі як краплиноподібний псоріаз, токсидермія, укуси комах, папульозна кропив'янка, мультиформна еритема, синдром Стівенса–Джонсона, пурпура Шенлейна–Геноха, герпетиформний дерматит.

Коментар робочої групи: у випадках складної клінічної діагностики при встановленні діагнозу корисними можуть виявитися **додаткові методи обстеження**. До них відносять: **загальний аналіз крові** (характерні лейкопенія, відносний лімфоцитоз, нормальні показники швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ); **імуноферментний аналіз (ІФА)**, **рентгенофлуоресцентний аналіз** (дає змогу виявити антиген вірусу в мазках з 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 атипові форми захворювання. Наприклад, за класифікацією (Н.І. Нісевич, В.Ф. Учайкін, 1985) виділяють атипові форми ВВ:

- рудиментарна форма – її частіше виявляють у дітей перших місяців життя або раннього віку, яким в інкубаційний період 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 поширенню інфекції;
- пустульозна форма – супроводжується вираженою інтоксикацією, утворюються пухирці, пустули з гнійним вмістом, після відпадання 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 бурувата пігментація, наслідки при цій формі, як правило, сприятливі;
- геморагічна форма – розвивається в імуноскомпрометованих пацієнтів; вміст пухирців стає геморагічним, кірочки чорного кольору; можливі крововиливи в шкіру, слизові оболонки, внутрішні органи, головний мозок, носові кровотечі, причиною геморагічної форми є тромбоцитопенія;
- гангренозна форма – разом зі звичайним висипом на шкірі з'являються пухирці з геморагічним

вмістом та значною запальною реакцією довкола них. Далі утворюється кров'яний струп, 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 гострою інфекцією;

- вісцеральна форма – зустрічається у новонароджених, осіб з імунodefіцитом або осіб, які отримували кортикостероїди; характеризується множинними ураженнями внутрішніх органів (енцефаліт, гепатит, пневмонія, нефрит); цю форму частіше виявляють під час розтину.

4. Ведення пацієнта

4.1. Ведення ВВ в загалом здорових дітей

Вік від 2 міс.

А. Ведення загалом здорових пацієнтів

Пропозиція щодо симптоматичного лікування.

Розглянемо призначення ацикловіру для імункомпетентних підлітків (віком від 14 років і старше) з ВВ, який призначають впродовж 24 год з моменту появи висипу, особливо для людей з тяжкими формами ВВ або осіб з підвищеним ризиком ускладнень (наприклад, курці або люди, які отримують кортикостероїди).

Ацикловір не рекомендований загалом здоровим дітям з ВВ.

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

У разі підозри тяжких ускладнень (наприклад, пневмонії, енцефаліту або зневоднення) необхідне направлення до лікарні.

Якщо в людини 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 в осіб з екземою.

Прим. ред.: На думку Американської асоціації педіатрії*, рутинне застосування ацикловіру або валацикловіру рекомендоване, якщо його можна дати протягом перших 24 год після появи висипу у дітей старше 12 років, які мають хронічні шкірні або легеневі розлади, пацієнтів, які тривалий час приймають саліцилати (ацетилсаліцилову кислоту) або кортикостероїди. Внутрішньовенний ацикловір рекомендується застосовувати лише для лікування ВВ у дітей з імуносупресією або у здорових дітей з врицельною пневмонією або енцефалітом.

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

З трьох згаданих досліджень ацикловір асоційований зі зменшенням максимальної кількості ушкоджень і кількості днів високої температури, але не було ніяких відмінностей у виникненні ускладнень ВВ у людей, які приймають ацикловір, порівняно з плацебо. Ще один пошук літератури з цього питання – систематичний огляд Cochrane – у вересні 2008 року не знайшов будь-яких нових доказів, що потребувало б змін висновків.

Бактеріальна суперінфекція

Рекомендація розглянути можливість бактеріальної суперінфекції заснована на дослідженнях за участю пацієнтів, які поступили до лікарні з ВВ.

В одному британському дослідженні (n=613) у 32% дітей і 17% дорослих, госпіталізованих з ВВ, було виявлено вторинну бактеріальну інфекцію шкіри [Bovill i Bannister, 1998]. З 25 дітей з вторинною бактеріальною інфекцією у 3 – виявили токсин скарлатини і в 1 дитини – синдром «ошпареної шкіри». У 5 дітей з вторинною бактеріальною інфекцією була екзема. Бактеріємія і синдром токсичного шоку, хоча й не були виявлені в 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].

В. Симптоматичне лікування дитини

Запропонуйте парацетамол або ібупрофен для полегшення болю або гарячки.

Застосування жарознижувальних засобів слід розглядати у дітей з гарячкою або тих, які здаються засмученими або нездоровими. Жарознижувальні 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 дивіться інформацію щодо парацетамолу/ібупрофену.

Розгляньте використання місцевого каламінового лосьйону для полегшення свербіжу. Він, як вважають, шляхом випаровування з поверхні шкіри

* American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases: The use of oral acyclovir in otherwise healthy children with varicella. Pediatrics. 1993 Mar. 91(3):674-6.

зумовлює ефект охолодження, чим зменшує свербіж [Allen, 2006]. В огляді літератури не було виявлено опублікованих даних для підтримки використання каламіну для полегшення свербіжу при ВВ. Проте автори вважали, що він має хороший профіль безпеки, а також окремі повідомлення свідчать про певне полегшення симптомів [Tebruegge et al., 2006].

Хлорфенамін може бути корисним при свербіжі, пов'язаному з ВВ, для дітей старше 1 року.

Прим. ред.: На практиці часто застосовують місцеві засоби у формі гелю, що мають протизапальний, зволожувальний ефект, запобігають приєднанню вторинної бактеріальної інфекції та зменшують свербіж. Зазвичай ці засоби містять рослинні інгредієнти: алое вера (Aloe Barbadensis), овес (Avena Sativa), що зволожують шкіру та мають в'язучий ефект; екстракти календули лікарської (Calendula Officinalis) і квіток ромашки лікарської (Chamomilla Recutita), що мають протизапальний ефект, та масло лаванди гібридної (Lavandula Hybrida) через його заспокійливу дію.

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 свербіжу у пацієнтів з ВВ. Думки експертів розходяться, але деякі експерти знаходять користь з клінічного досвіду використання хлорфенаміну. Piriton®, але не генеричний хлорфенамін, ліцензований для симптоматичного полегшення свербіжу при ВВ.

Хлорфенамін не повинен призначатися немовлятам до 1 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 ВВ [Tebruegge et al., 2006].

Щодо диметиндену (антигістамінний препарат з седативною дією недоступний у Великій Британії) було встановлено, що він ефективніший, ніж плацебо, в зменшенні свербіжу, дещо покращує сон і апетит [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 свербіжу між групами була

невеликою і не визначала клінічної цінності. Дослідження було проведено виробником диметиндену у Німеччині.

СКС не зміг визначити будь-які інші РКД, де б призначали антигістамінні препарати (у тому числі хлорфенамін) у пацієнтів з ВВ.

Докази шкоди

СКС знайшли повідомлення про випадки побічних ефектів, пов'язаних із застосуванням топічного дифенгідраміну (з або без додаткового системного дифенгідраміну) у дітей з ВВ [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'язано з антимускариновими властивостями препарату.

СКС не змогли знайти докази побічних ефектів, пов'язаних з іншими антигістамінними препаратами, у пацієнтів з ВВ.

С. Рекомендації для пацієнта з ВВ

Які поради я повинен надати людині з ВВ?

Порадьте наступні прості заходи, щоб допомогти полегшити симптоми:

Заохочуйте адекватне споживання рідини для уникнення зневоднення.

Одяг має відповідати температурі середовища для уникнення перегріву або переохолодження.

Одягайте гладенькі 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 всі елементи ураження не покриються кіркою (зазвичай це близько 5–6 днів після початку хвороби).

Впродовж цього часу людині з ВВ порадьте уникати контакту з людьми з імунodefіцитом (наприклад, тими, хто отримує протиракове лікування або високі дози пероральних глюкокортикостероїдів, або тими, хто має стани, що пригнічують імунну систему), вагітними жінками, новонародженими.

Дітей з ВВ слід тримати подалі від школи або дитячої установи протягом 5 днів з моменту появи останніх елементів висипу.

Проінформувати пацієнта щодо термінової медичної консультації при погіршенні стану або розвитку ускладнень. Батькам маленьких дітей з ВВ слід звертати особливу увагу на: бак-

теріальну 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 прогресу-

ють (наприклад, знижується діурез, з'являється млявість, стають холодними периферичні відділи, знижується тургор шкіри).

4.2. Ведення ВВ у новонароджених

Вік від 0 до 1 міс.

А. Ведення новонароджених

Як потрібно вести новонародженого з ВВ?

Шукайте негайної консультації спеціаліста з приводу наступного ведення.

Дайте пораду щодо контакту з іншими людьми.

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

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

Підстави для рекомендацій

CKS рекомендує призначати консультацію спеціаліста з ведення новонароджених з ВВ через підвищений ризик розвитку тяжких захворювань і ускладнень у цій групі.

Рекомендація про випадки ВВ зі звітності Агентства з охорони здоров'я [DH, 2012].

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

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

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

В. Рекомендації для пацієнтів з ВВ

Рекомендувати наступні прості заходи, щоб допомогти полегшити симптоми:

Заохочувати адекватне споживання рідини для уникнення зневоднення.

Одягайтеся відповідно до умов для уникнення перегріву або переохолодження.

Віддавайте перевагу гладеньким бавовняним тканинам.

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

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

У цей період людині з ВВ радять уникати контакту з людьми з ослабленим імунітетом (наприклад, тими, що отримують лікування від раку, або високі дози оральних стероїдів, або перебувають в умовах, що знижують імунітет), вагітними жінками, немовлятами віком до 4 тиж.

Дітей з ВВ слід тримати подалі від школи або інших дитячих установ до 5 днів з моменту появи висипу.

Рекомендувати людині термінову медичну консультацію, якщо її стан погіршується або розвиваються ускладнення. Батькам маленьких дітей з ВВ слід звертати особливу увагу на: бактеріальну суперінфекцію – проявляється раптовою гіпертермією (часто після початкового покращення), еритемою та набряком тканин, що оточують елементи висипки; зневоднення – заохочувати й контролювати споживання рідини та звертатися до лікаря, якщо розвиваються ознаки зневоднення (наприклад, зменшення діурезу, млявість, стають холодними периферичні відділи, знижується тургор шкіри).

4.3. Ведення ВВ в осіб з ослабленим імунітетом

Вік від 1 міс.

А. Ведення осіб з ослабленим імунітетом

Як потрібно вести осіб з ослабленим імунітетом і ВВ?

Негайно зверніться до спеціаліста щодо підтвердження діагнозу ВВ та невідкладної противірусної терапії.

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

Звертайтеся у лікарню, якщо є підозра серйозних ускладнень (пневмонія або енцефаліт). CKS рекомендує шукати консультацію спеціаліста з ведення вітрянки особам з ослабленим імунітетом через підвищений ризик розвитку тяжкої форми захворювання та ускладнень.

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 ВВ. Цим особам ацикловір призначають при перших ознаках хвороби [DH, 2012].

Негайно направити до спеціаліста для підтвердження діагнозу ВВ 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).

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

4.4. Ведення пацієнтів, які зазнали контакту з ВВ

А. Оцінка контактів з ВВ

Для всіх людей, які мали контакт з ВВ, встановити наступне:

Чи діагноз ВВ в контактної особи не викликає сумнівів.

Чи експозиції було достатньо для інфікування людини.

Чи людина хворіла на ВВ в минулому.

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

Для ведення пацієнта, який був у контакті з людиною з оперізувальним лишаєм, дивіться теми СКС «Постгерпетична невралгія» та «Оперізувальний лишай».

В. Значущий вплив ВВ

Значущий вплив враховує:

- **Тип ВВ у джерела інфекції.** Ризик інфікування від імунокомпетентної людини, яка не має ознак оперізувального лишаю, малоімовірний. Експозиція має велике значення, якщо людина мала контакт з: ВВ, дисемінованим оперізувальним лишаєм, імунокомпетентними людьми з відкритими ураженнями (наприклад, офтальмологічний герпес), людьми з імунодефіцитом і локалізованою висипкою на будь-якій частині тіла (оскільки ця група може мати підвищене виділення вірусу).
- **Час експозиції щодо появи висипу у джерела інфекції.** Експозиція має велике значення, якщо людина перебувала в контакті з: ВВ – від 48 год до появи висипу до кіркоутворення; дисемінованим оперізувальним лишаєм – від 48 год 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 до 4 днів у лікарні) впродовж 15 хв або більше, або контакт у відкритих великих палатах (зокрема в дитячих палатах);
 - ♦ контакт «віч-на-віч» (наприклад, під час розмови).

С. Здорова особа

Як потрібно вести здорову людину, яка була в контакті з хворим на ВВ?

Провести загальну оцінку ризику (для цієї особи) захворіти на ВВ на основі її анамнезу ВВ, впевненості в контакті та рівня (часу) впливу.

Контакт з хворим на ВВ не має для людини значення, якщо вона перехворіла на ВВ або має

щеплення від ВВ, тоді, як відомо, вона може заспокоїтися.

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

Якщо людина не має імунітету, вкажіть на ризик захворіти на ВВ.

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 ВВ в дітей.

5. Інформація щодо призначення препаратів

Анальгетики/жарознижувальні засоби Парацетамол/ібупрофен

Парацетамол та ібупрофен ліцензовані для полегшення болю й гарячки у дітей з 3-місячного віку [BNF 64, 2012]: обидва препарати рекомендуються для лікування гарячкових захворювань у дітей до 5-річного віку [NICE, 2007].

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. Ібупрофен може іноді спричинювати загострення астми та порушення в роботі травного тракту: болі в животі, нудоту і діарею [BNF 64, 2012].

Є побоювання, що використання НПЗП у дітей з ВВ пов'язане з підвищеним ризиком розвитку некротизуючих інфекцій м'яких тканин і інших інфекцій групи β -гемолітичного стрептокока [Heininger and Seward, 2006]: дані 2 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 в дітей з ВВ.

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

Коментар робочої групи: при тяжких генералізованих формах ВВ, наявності ускладнень, в період новонародженості лікування ВВ проводиться у спеціалістів вторинної медичної допомоги.

Рекомендації публікуються в скороченому вигляді.

Повну версію дивіться на сайті: www.g-i-n.net

Список літератури – у редакції

**ПРИ ВІТРЯНІЙ
ВІСПІ, ЗУДІ**

**ШВИДКЕ
ПОЛЕГШЕННЯ!**



НОВИНКА ІЗ НІДЕРЛАНДІВ!

Запатентована формула

Застосування традиційної методики лікування



Не усувають
свербіж по всьому тілу ☹️

Застарілі засоби важко
змиваються, залишають плями ☹️

Уповільнюють процес загоєння ☹️

Ризик отворення рубців ☹️

Використання охолоджуючого мусу ПоксКлін:

😊 Миттєво
усуває свербіж

😊 Не залишає
кольорових плям

😊 Прискорює загоєння

😊 Запобігає утворенню рубців

