

Приложение 9  
к приказу МЗ КР №1023  
от “23” августа 2022 г.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО**  
**по диагностике и лечению краснухи**  
(для всех уровней организаций здравоохранения)

БИШКЕК – 2022

## Оглавление

Ключевые слова.....	3
Список сокращений .....	3
1. Краткая информация .....	4
1.1. Определение.....	4
1.2. Этиология и патогенез.....	4
1.3. Эпидемиология.....	4
1.4. Кодирование по МКБ-10.....	5
1.5. Классификация.....	5
1.6. Клиническая картина.....	7
2. Диагностика.....	9
2.1. Жалобы и осмотр.....	9
2.2. Лабораторная диагностика.....	12
2.3. Инструментальная диагностика.....	14
3. Лечение .....	14
3.1. Консервативное лечение.....	14
3.2. Хирургическое лечение.....	16
4. Реабилитация.....	16
5. Профилактика.....	17
6. Организация медицинской помощи.....	18
Список литературы.....	21
Приложение А1. Состав рабочей группы.....	23
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	25
Приложение Б. Алгоритм действия врача.....	28
Приложение В. Информация для пациента.....	29

### **Ключевые слова:**

врожденная краснушная инфекция, краснуха, эпидемиология, этиология, патогенез, вакциноуправляемая инфекция, заболеваемость, смертность, вакцинация, вакцинопрофилактика, диагностика, лечение, терапия, реабилитация, профилактика.

### **Список использованных сокращений**

в/в	внутривенно
в/м	внутримышечно
ВКИ	врожденная краснушная инфекция
ДВС–синдром	синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания
ИФА	иммуноферментный анализ врожденная краснушная инфекция
КГМА	Кыргызская государственная медицинская академия
КПК	Вакцины против кори, паротита и краснухи
МЕ	международные единицы
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
МКБ-10	международная классификация болезней 10-го пересмотра
ОЦСМ	Объединенный центр семейной медицины
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РКИ	рандомизированные контролируемые исследования
РЦИ	Республиканский центр иммунопрофилактики
СВК	синдром врожденной краснухи
СМЖ	спинномозговая жидкость
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
СР	Сила рекомендаций
УОМПиЛП	Управление организации медицинской помощи и лекарственной политики
ЦНС	центральная нервная система
ЦРЗиМТ	Центр развития здравоохранения и медицинских технологий
IgG	иммуноглобулины класса G
IgM	иммуноглобулины класса M
per rectum	ректально

## **1. Краткая информация**

### **1.1. Определение**

Краснуха (приобретенная) – острое инфекционное заболевание, вызываемое РНК-содержащим тогавирусом из рода Rubivirus, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся мелкопятнисто-папулезной сыпью, увеличением периферических лимфатических узлов (преимущественно затылочных и задне шейных), умеренной интоксикацией и незначительными катаральными явлениями. [1]

### **1.2. Этиология и патогенез [2]**

#### 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.

### **1.3. Эпидемиология [3-5]**

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. Кроме того, если женщина заразилась краснухой во время

беременности, она может передать ее своему развивающемуся ребенку и причинить серьезный вред.

У 30-50% инфицированных краснуха протекает в бессимптомной форме. Источником инфекции также могут быть больные стертой и атипичной формой краснухи.

Больные краснухой считаются заразными после появления у них сыпи, хотя они могут выделять вирус в период от 7 дней до появления сыпи до 5-7 дней после ее высыпания. 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.

Путь передачи – воздушно-капельный. Восприимчивость к краснухе всеобщая, наиболее высока в возрасте от 3 до 4 лет. В период разгара максимальное вирусовыделение из носоглотки при кашле, чихании, разговоре. Механизм передачи – аэрозольный (капельный).

Человек является единственным известным носителем вируса краснухи, ею болеет только человек. Краснуха распространена повсеместно. Характерна зимне-весенняя сезонность заболевания. После перенесенного заболевания иммунитет стойкий, подтвержденные лабораторно случаи повторного заболевания редки.

#### 1.4. Кодирование по МКБ-10 [6]

Код	Наименование
B06	Краснуха
B06.0+	Краснуха с неврологическими осложнениями
B06.8	Краснуха с другими осложнениями
B06.9	Краснуха без осложнений
G05.1	Краснушный энцефалит
G02.0	Краснушный менингит
G05.1	Краснушный менингоэнцефалит
M01.4	Краснушный артрит
J17.1	Краснушная пневмония

#### 1.5. Классификация [7]:

Тип	Тяжесть	Течение
1. Типичная форма: 2. Атипичная: а) стертая; б) субклиническая. 3. инаппарантная форма (субклиническая)	<input type="checkbox"/> легкая; <input type="checkbox"/> среднетяжелая; <input type="checkbox"/> тяжелая.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гладкое течение.</li> <li>• Негладкое течение:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– с осложнениями (артриты, энцефалиты);</li> <li>– с наслоением вторичной инфекции;</li> </ul> </li> </ul>

		– с обострением хронических заболеваний.
--	--	--

### **Классификация случаев краснухи для целей эпидемиологического надзора**

**Случай, подозрительный на краснуху:** Случай заболевания, при котором признаки и симптомы соответствуют клиническим критериям для диагностики краснухи. Все случаи, подозрительные на краснуху, необходимо расследовать и классифицировать на основе клинических, лабораторных и эпидемиологических данных.

**Лабораторно подтвержденный случай:** Случай заболевания, подозрительного на краснуху, который удовлетворяет критериям лабораторного подтверждения диагноза краснухи.

**Эпидемиологически связанный случай:** Случай заболевания, подозрительного на краснуху, при котором не было проведено адекватное лабораторное обследование, но у данного больного за 12-23 дня до появления сыпи был контакт с лабораторно подтвержденным случаем краснухи.

**Клинически диагностированный случай:** Случай заболевания, подозрительного на краснуху, при котором не было проведено адекватное лабораторное обследование и у которого не установлена эпидемиологическая связь с подтвержденным случаем краснухи.

**Неподтвержденный случай:** Случай заболевания, подозрительного на краснуху, который был расследован, и диагноз краснухи не подтвержден вследствие либо отрицательного результата правильно проведенного лабораторного обследования, либо наличия эпидемиологической связи с лабораторно подтвержденным случаем другой инфекции

### **Классификация случаев в зависимости от источника возбудителя инфекции.**

По мере продвижения стран к элиминации кори или краснухи случаи заболевания следует классифицировать как в зависимости от метода подтверждения диагноза (т.е. лабораторно подтвержденный, эпидемиологически связанный или клинически диагностированный случай), так и в зависимости от происхождения возбудителя инфекции (т.е. эндемичный случай, завозной, связанный с завозным случаем и случай неустановленного происхождения). Во вставке ниже представлены определения и классификация случаев краснухи в зависимости от их происхождения.

### ***Определения случаев краснухи в зависимости от их происхождения***

**Эндемичный:** Случай заболевания вследствие эндемичной (местной) передачи вируса (т.е. вирус циркулирует на территории в течение  $\geq 12$  месяцев), что подтверждено лабораторными исследованиями и/или эпидемиологической связью.

**Завозной:** Случай заболевания в результате контакта с вирусом за пределами региона или страны постоянного проживания за 7-18 дней (корь) или 12-23 дня (краснуха) до появления сыпи, что подтверждено вирусологическими и/или эпидемиологическими данными.

**Связанный с завозным:** Случай заболевания вследствие заражения от местного источника возбудителя, но вызванного завозным вирусом, что подтверждается эпидемиологическими и/или вирусологическими данными. Первым источником возбудителя в цепочке передачи вируса является завозной случай. Если передача завозного вируса продолжается  $\geq 12$  месяцев, случаи перестают классифицировать, как связанные с завозным случаем, и относят к эндемичным случаям.

**Случай неустановленного происхождения:** Случай заболевания вследствие инфекции, происхождение возбудителя которой не установлено. Невозможность отнести случай к одной из представленных выше категорий может быть обусловлена объективными причинами; но случаи неустановленного происхождения могут указывать и на эндемичное распространение, которое не выявлено вследствие недостатков в работе системы эпиднадзора.

### **1.6. Клиническая картина [6-8]**

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 лимфоаденопатии* 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 лимфоаденопатия.

*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 (Приложение Б). 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.

## **2. Диагностика [6-11]**

### **2.1. Жалобы и осмотр**

#### Жалобы:

- повышение температуры тела;
- кашель;
- насморк;
- головная боль;
- слабость, вялость, недомогание;
- увеличение лимфоузлов;
- высыпания на коже.

#### Анамнез:

- контакт с лабораторно-подтвержденным случаем краснухи за 11-21 дней до появления симптомов заболевания;
- непродолжительная мелкая пятнисто-папулезная сыпь, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине и ягодицах, этапности сыпи нет;
- сыпь исчезает не оставляя пигментацию и шелушение;
- незначительный подъем температуры;
- отсутствие интоксикации;
- лимфоаденопатия, увеличение заднешейных и затылочных лимфоузлов;

- редко артралгия (поражаются мелкие суставы кистей рук, реже – коленные и локтевые).

#### Физикальное обследование:

- интоксикационный синдром – отсутствует или умеренный в виде вялости, головной боли, снижения аппетита, температура тела нормальная или субфебрильная;
- синдром экзантемы – сыпь мелкопятнистая или пятнисто-папулезная, на неизменном фоне кожи. Сыпь появляется в первые сутки болезни и покрывает лицо, грудь, живот и конечности. Преимущественная локализация сыпи – разгибательные поверхности, хотя она может быть довольно обильной и в области сгибательных поверхностей. Как правило, никогда не бывает на ладонях и стопах. Этапности сыпи нет. Исчезновение сыпи происходит бесследно (без пигментации и шелушения), обычно к 4-му дню от высыпания;
- синдром лимфаденопатии: патогномичным симптомом является увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов. Лимфатические узлы увеличены до размеров крупной горошины или фасоли в диаметре, могут быть чувствительны при пальпации. Лимфатические узлы увеличиваются до высыпания. Они остаются увеличенными и некоторое время после исчезновения сыпи;
- катаральный синдром – редкий сухой кашель, явления ринита появляются одновременно с высыпанием (могут отмечаться за 1-2 дня до появления сыпи). Осмотр полости рта – легкая гиперемия зева, разрыхленность миндалин. Энантема на слизистых оболочках мягкого неба (симптом Форхгеймера). Энантема на слизистых оболочках рта появляется перед высыпанием;
- врожденная краснушная инфекция (далее – ВКИ) возникает при внутриутробном инфицировании плода вирусом краснухи, которое может приводить к выкидышу, внутриутробной смерти или рождению ребенка с синдромом врожденной краснухи;
- синдром врожденной краснухи (далее – СВК) является одним из возможных исходов внутриутробного заражения вирусом краснухи, особенно в первом триместре беременности. Врожденные дефекты, ассоциированные с СВК, включают заболевания сердца (незаращение артериального протока, стеноз легочной артерии, поражение клапанного аппарата или какой-либо сердечной перегородки), поражения глаз (катаракта, снижение остроты зрения, нистагм, косоглазие, микрофтальмия или врожденная глаукома), снижение слуха, отдаленные задержки умственного развития, гидроцефалия, незаращение мягкого и твердого неба, неврологические нарушения.

Краснушная инфекция во время беременности может поражать практически все органы развивающегося плода и вызывать спонтанные

аборты, гибель плода или развитие врожденных дефектов. Тяжесть патологических изменений у плода, вызванных вирусом краснухи, зависит преимущественно от того, в какой период беременности произошло инфицирование. Если будущая мать заразилась вирусом краснухи в течение первых 11 недель беременности, то до 90% детей могут иметь те или иные дефекты развития, обозначаемые термином СВК.

Почти у всех детей с СВК в течение первых 6 месяцев жизни обнаруживают специфические противокраснушные IgM-антитела. Эти дети могут выделять вирус в большом количестве на протяжении первого года жизни, а иногда и дольше; таким образом, они могут быть источниками краснушной инфекции для других людей.

- стертая форма – пациента беспокоит насморк, кашель, боль и чувство саднения в горле, увеличение лимфатических узлов. Но сыпи нет. Самочувствие не страдает. Краснуху можно заподозрить в том случае, если пациент находился в контакте с больным.
- субклиническая (бессимптомная) форма – нет никаких симптомов краснухи. Считается, что субклиническая форма краснухи встречается в 2 – 4 раза чаще, чем типичная. Диагноз устанавливается только в том случае, если у контактного обнаружение противокраснушных IgM-антитела.

Осложнения:

- нервной системы (энцефалит, менингоэнцефалит);
- дыхательной системы (пневмонии);
- тромбоцитопеническая пурпура;
- костно-суставной системы (артриты).

Клинические критерии диагностики краснухи [6]

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 лимфоаденопатии	Увеличение и болезненность затылочных и заднешейных лимфатических узлов	B

Примечание: \* - Сила рекомендаций в соответствии с рейтинговой системой

## 2.2. Лабораторная диагностика [7-9]

- *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 исчезает 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.

### **Обследование контактных по краснухе беременных женщин: [6]**

- беременные женщины, находившиеся в очагах краснушной инфекции, подлежат медицинскому наблюдению и динамическому серологическому обследованию на наличие IgM и IgG к вирусу краснухи в целях предупреждения развития врожденных заболеваний новорожденных. Взятие проб крови у беременных проводят одновременно с взятием крови у первого больного в очаге;
- в случае появления у беременной клинических признаков краснухи беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода. После лабораторного подтверждения диагноза решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.
- в случае отсутствия у беременной клинических признаков краснухи дальнейшая тактика медицинского наблюдения за беременной определяется результатами серологического исследования методом ИФА, подтвержденными в вирусологической лаборатории;
- в случае, если при первом обследовании у беременной выявлены специфические IgG при отсутствии IgM к возбудителю краснушной инфекции в концентрациях (титрах) 25 МЕ/мл и выше (условно защитных), обследование повторяют через 10-14 дней для исключения возможных ложноположительных результатов. Если при повторном исследовании выявлены специфические IgG и не обнаружены IgM к вирусу краснухи, то риск СВК исключается, и дальнейшее медицинское наблюдение за беременной женщиной по контакту в очаге краснушной инфекции не проводят;

- в случае, если антитела IgG и IgM не обнаружены, беременной необходимо исключить контакт с больным краснухой и повторить обследование через 10-14 дней;
- при отрицательном результате повторного исследования, через 10-14 дней проводят следующее (третье) серологическое обследование. В течение всего срока обследований за беременной продолжают медицинское наблюдение. Если при третьем обследовании антитела не выявлены, то наблюдение за беременной прекращают, но предупреждают ее о том, что она восприимчива (серонегативна) к краснушной инфекции. Прививки против краснухи таким женщинам проводят после окончания периода лактации;
- если при повторном обследовании выявлены специфические IgM антитела, при отсутствии антител IgG, то через 10-14 дней проводят следующее (третье) серологическое обследование, продолжая медицинское наблюдение за беременной. При выявлении IgG и IgM антител женщину предупреждают о риске СВК, о чем делается запись в медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. Решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно;
- если при первом обследовании в крови у беременной обнаружены специфические IgM и IgG антитела к возбудителю краснушной инфекции, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода, о чем делается запись в медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. Через 10-14 дней после первого обследования проводят повторное серологическое обследование с определением avidности IgG антител.
- При подтверждении диагноза (положительные IgM антитела к вирусу краснухи и низкий индекс avidности IgG), решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно;
- ребенок с врожденной краснухой, независимо от ее клинической формы (манифестной или бессимптомной), в течение первого года жизни является источником инфекции и подлежит на протяжении этого срока динамическому лабораторному обследованию в установленном порядке. Очаг ВКИ/СВК считается ликвидированным после получения отрицательных результатов исследования двух клинических образцов, собранных с интервалом в 2-4 недели.

## 2.3. Инструментальная диагностика [6]

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: \* - Сила рекомендаций в соответствии с рейтинговой системой

### Перечень дополнительных диагностических мероприятий: [7]

- коагулограмма (при геморрагическом синдроме);
- спинномозговая пункция (при подозрении на менингит, энцефалит);
- рентгенография органов грудной клетки (при наличии симптомов пневмонии);
- коагулограмма (при геморрагическом синдроме);
- анализ спинномозговой жидкости (при подозрении на менингит, энцефалит).

### Показания для консультации специалистов:

- консультация врача педиатра (при тромбоцитопенической пурпуре);
- консультация врача детского невропатолога при наличии осложнений со стороны ЦНС.

## 3. Лечение [6-7]

### 3.1. Консервативное лечение

#### Немедикаментозное лечение:

*Режим* – постельный до нормализации температуры и исчезновения сыпи.

*Диета:* стол № 13, №15. Рекомендации по питанию здорового и больного ребенка. Дробное теплое питье. Молочно-растительная диета.

*Гигиена больного:* гигиенический уход за слизистыми оболочками полости рта, глаз, туалет носа.

Медикаментозное лечение:

*При легкой, стертой, формах* краснухи с целью десенсибилизирующей терапии хлоропирамин 1-2 мг/кг в сутки через рот два раза в день в течение 7 дней. [СР – В].

*При средней степени* тяжести краснухи:

– для купирования гипертермического синдрома выше 38,5<sup>o</sup>C назначается парацетамол 10- 15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот; [СР – А]

– с целью десенсибилизирующей терапии хлоропирамин 1 - 2 мг/кг в сутки через рот или парентерально два раза в сутки в течение 5- 7 дней; [СР – В]

– с противовирусной и иммуномодулирующей целью – **интерферон α-2b- человеческий рекомбинантный**: для детей до двух лет по 150000, от двух до 7 лет по 500 000 МЕ и старше семи лет по 1 млн. МЕ 2 раза в сутки per rectum, курс лечения 10 дней. [СР – D].

*При тяжелой степени* тяжести краснухи:

– для купирования гипертермического синдрома выше 38,5<sup>o</sup>C назначается парацетамол 10- 15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот; [СР – А]

– с целью десенсибилизирующей терапии хлоропирамин 1 - 2 мг/кг в сутки через рот или парентерально два раза в сутки в течение 5- 7 дней; (СР – В)

– с целью дезинтоксикационной терапии внутривенная инфузия из расчета 30 – 50 мл /кг с включением растворов: декстрана с молекулярной массой 30000- 40000 (10-15 мл/кг), 5% или 10% декстрозы (10- 15 мл/кг), 0,9% натрия хлорида (10- 15 мл/кг) [СР – С];

– с противовирусной и иммуномодулирующей целью – **интерферон α-2b- человеческий рекомбинантный**: для детей до двух лет по 150000, от двух до 7 лет по 500 000 МЕ и старше семи лет по 1 млн. МЕ 2 раза в сутки per rectum, курс лечения 10 дней; [СР – D].

*При осложнениях со стороны центральной нервной системы (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит):*

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

– дексаметазон с целью противоотечной, противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии: детям до двух лет – первая доза

1 мг/кг, затем 0,2 мг/кг каждые 6 ч., старше двух лет- первая доза 0,5 мг/кг, затем 0,2 мг/кг каждые 6 ч. Курс лечения 2–7 дней. [СР -А]

*При судорогах:*

– диазепам – 0,5% - по 0,1 мл на кг (0,2- 0,5 мг/кг в/м; в/в; ректально) или натрия оксибутират 20% раствор - 50-150 мг/кг (разовая доза в/м; в/в); [СР -С]

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

Мониторинг состояния пациента:

– повторный осмотр участкового врача через 2 дня или раньше, если ребенку стало хуже или он не может пить или сосать грудь, появляется лихорадка свыше 38°C, учащенное или затрудненное дыхание;  
– при появлении общих признаков опасности и осложнений (энцефалит, менингоэнцефалит, пневмония и тромбоцитопеническая пурпура) детей направляют на стационарное лечение.

Индикаторы эффективности лечения:

- полное выздоровление;
- отсутствие эпидемического распространения заболевания.

### **3.2. Хирургическое лечение**

нет.

## **4. Реабилитация [6]**

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.

## 5. Профилактика [12-19]

### Профилактические мероприятия:

Иммунизация населения против краснухи проводится в рамках национального календаря профилактических прививок Кыргызской Республики.

**КПК вакцина** - вакцина против кори, паротита и краснухи, представляет собой живые ослабленные вирусы кори, паротита и краснухи.

**Вакцинация проводится: в 12 месяцев и 6 лет**, путем подкожного введения в плечо в дозе 0,5 мл.

**Форма выпуска:** 5,10-дозный флакон.

**Состав:** одна доза (0,5 мл) вакцины содержит:

**Активные вещества:** ослабленные вирусы против кори (не менее 1000 ТДЦ50), эпидемического паротита (5000 ТДЦ50), краснухи (1000 ТДЦ50).

**Вспомогательные вещества:** частично гидролизованный желатин, сорбитол, следы неомидина, вода для инъекций.

<i>Противопоказания</i>	<i>Реакция на введение вакцины</i>	<i>Лекарственное взаимодействие</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- острые соматические и инфекционные заболевания</li> <li>- наличие в анамнезе аллергических или анафилактических реакций на компоненты вакцины (неомидин и куриный белок)</li> <li>-беременность</li> <li>-лейкемия</li> <li>-выраженная анемия и другие тяжелые заболевания крови, включая злокачественные тяжелые нарушения функций почек</li> <li>-заболевания сердца в стадии декомпенсации</li> </ul>	<p>Очень часто: местная реакция в виде покраснения и болезненности в месте введения вакцины.</p> <p>Часто: повышение температуры тела, сыпь.</p> <p>Редко: повышение температуры тела и судороги.</p> <p>Очень редко:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- воспаление головного и спинного мозга (энцефаломиелит в 1 случае на 1 млн. привитых)</li> <li>серьезные аллергические реакции в 1 случае на млн. прививок;</li> <li>- тромбоцитопения в 1 случае на 30000-40000 прививок;</li> <li>- аллергические реакции (анафилактический шок) в 3,5случаях на 10 млн. прививок.</li> </ul> <p>Реакции на краснушный компонент КПК-вакцины:</p>	<p>возможно одновременное (в один день) назначение вакцины с вакцинами против коклюша, дифтерии, столбняка; дифтерии и столбняка;</p> <p>столбнячным анатоксином;</p> <p>полиовакциной (живой и инактивированной);</p> <p>вакциной против <i>Haemophilus influenzae</i> типа b;</p> <p>вакциной против вируса гепатита В без риска осложнений или снижения эффективности. При этом вакцины вводят</p>

-злокачественные новообразования	Артралгии и артрит у девочек-подростков и взрослых женщин, которые длятся от нескольких дней до 2 недель. Указанные реакции проходят самостоятельно без лечения.	в разные участки тела разными шприцами.
----------------------------------	--	---

Неспецифические меры профилактики включают раннее выявление и изоляцию источника инфекции на 5 дней с момента появления сыпи. Контактировавшие с больным дети остаются в коллективе, но подлежат ежедневному осмотру в течение 21 дня; не принимаются новые лица, неболевшие краснухой и непривитые против инфекции. 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.

## **6. Организация медицинской помощи [6, 20-22]**

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;
- 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 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 семейным врачом в амбулаторных условиях.

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

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 семейного врача, врача-инфекциониста, иных медицинских работников, выявивших инфекционное заболевание.

Лечение больных с легкой и среднетяжелой формой краснушной инфекции без осложнений осуществляется при отсутствии противопоказаний – в амбулаторных условиях.

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

Показания для плановой госпитализации	<ul style="list-style-type: none"><li>- дети с краснухой из закрытых и других медицинских учреждений;</li><li>- дети, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях</li></ul>
Показания для экстренной госпитализации:	<ul style="list-style-type: none"><li>- у детей до 5 лет наличие общих признаков опасности (не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи и питья, судороги в анамнезе данного заболевания и летаргичен или без сознания);</li><li>- тяжелые и среднетяжелые формы краснухи;</li><li>- краснуха с сопутствующими субкомпенсированными/декомпенсированными хроническими заболеваниями;</li><li>- краснуха с осложнениями (энцефалит, менингоэнцефалит, пневмония и тромбоцитопеническая пурпура).</li></ul>

**Осложненные формы требуют лечения в условиях стационара!!!**

**Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:**

- наличие общих признаков опасности у детей в возрасте до 5 лет;
- острая дыхательная недостаточность 2-3 степени;
- острая сердечно-сосудистая недостаточность 2-3 степени;
- повторные судороги;
- нарушение сознания;
- ДВС–синдром.

### **Список использованной литературы:**

1. Тимченко В.Н., Леванович В.В., Михайлов И.Б. Диагностика и дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций. Санкт-Петербург, 2007г., 384 с.
2. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни. Атлас, Руководство, Москва, 2010г., 384с.
3. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.Н., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей. Москва, 2011г., 688с.
4. Кузьменко Л.Г., Детские инфекционные болезни, Москва, 2009г. 528с.
5. Семенов В.М. Руководство по инфекционным болезням, Москва, 2008г, 744с.
6. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям, больным краснухой. ФГБУ НИИДИ ФМБА РОССИИ, Общественная организация «Евроазиатское общество по инфекционным болезням», Общественная организация «Ассоциация врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области» (АВИСПО), 2015 г. 27 с.
7. Клинический протокол диагностики и лечения краснуха у детей. Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 16 августа 2016 года. Протокол №9. 20 с.
8. Rubella (German Measles, Three-Day Measles). CDC <https://www.cdc.gov/rubella/index.html>
9. Казанцев А.П., Зубик Т.М. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней, Москва, 1999 г., 482 с.
10. Лобзин, Ю.В. Менингиты и энцефалиты /Ю.В. Лобзин, В.В. Полипенко, Ю.Н. Громыко// СПб, 2001. – 128 с.
11. Сорокина, М.Н. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей: Руководство для врачей. /М.Н. Сорокина, Н.В. Скрипченко //М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004. – 416 с.
12. Руководство по эпидемиологическому надзору за корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи в Европейском регионе ВОЗ, 2012 г.
13. Стандарты эпиднадзора за вакциноуправляемыми инфекциями. Краснуха. ВОЗ, 2018.
14. Календарь профилактических прививок КР. Утвержден приказом МЗ КР №276 от 04.03.2022 г. <https://privivka.kg/kalendar-privivok/>
15. Руководство по эпидемиологическому надзору за корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи в Европейском регионе ВОЗ. Обновленное издание, декабрь 2012 г.
16. Краснуха. Информационный бюллетень ВОЗ №366. Ноябрь, 2014 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs367/ru/>.

17. 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.
18. 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.
19. Guidelines for measles and rubella outbreak investigation and response in the WHO European Region. World Health Organization 2013. 39 p.
20. Детские болезни: учебник / Под ред. А.А. Баранова. 2-е изд., испр. и доп. 2009. – 1008 с.: ил.
21. Инфекционные болезни у детей: руководство для врачей / Под ред. В.В. Ивановой. - 2-е изд., перераб. и доп. 2009. – 832 с.: ил.
22. Справочник по инфекционным болезням у детей / под ред. Ю.В. Лобзина – СПб.: СпецЛит, 2013. – 591 с.

### **Состав рабочей группы**

- Шукурова В.К. - к.м.н., заведующая кафедрой детских болезней КГМИПипК им. С.Б. Даниярова, руководитель группы;
- Ишенанысова Г.С.- директор РЦИ МЗ КР;
- Джолбунова З.К. – д.м.н, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева;
- Кадырова Р.М. - д.м.н., профессор, кафедра детских инфекционных болезней КГМА им.И.К. Ахунбаева;
- Чечетова С.В. – к.м.н, доцент кафедры детских инфекционных болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева;
- Ырысова М.Б. - к.м.н., доцент кафедры общей и клинической эпидемиологии КГМА им. И.К. Ахунбаева;
- Искакова Д.Т. - заместитель директора ОЦСМ Первомайского района г. Бишкек;
- Жумагулова Г.Ж. - заместитель директора РЦИ МЗ КР;
- Малышева М.А. - врач эпидемиолог РЦИ МЗ КР.

### **Адреса для переписки с рабочей группой:**

720040, Кыргызская Республика, Бишкек, ул. Фрунзе, 535  
Республиканский центр иммунопрофилактики  
тел: (996-312) 32 30 11

### **Конфликт интересов**

Перед началом работы по созданию данного клинического протокола все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями.

**Данное клиническое руководство рассмотрено и рекомендовано:**  
на заседании.

### **Рецензенты:**

1. ФИО
2. ФИО

Все поправки, к представленным рекомендациям, будут опубликованы в соответствующих журналах. Любые комментарии и пожелания по содержанию руководства приветствуются.

**Мониторинг внедрения клинического руководства** (анализ использования, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение дополнений и изменений осуществляет ЦРЗиМТ при МЗ КР. Обновление версии руководства осуществляется по мере необходимости, по мере появления новых ключевых доказательств по диагностике и лечению столбняка, но не реже 1 раза в 5 лет.

## Методология разработки клинических рекомендаций

### Цель разработки данного клинического руководства

Представить обновленные и объективно обоснованные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению паротитной инфекции. При этом в документ включены рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) стандарты эпиднадзора за вакциноуправляемыми инфекциями (2017).

**Целевые группы:** врачи скорой неотложной помощи, врачи общей практики, терапевты, инфекционисты, невропатологи, анестезиологи, реаниматологи, хирурги, травматологи, организаторы здравоохранения.

### Методологическая экспертная поддержка

- Джакубекова А.У. – главный специалист УОМПиЛП МЗ КР, к.м.н., доцент;
- Матоморова А.А. – зав.отделом доказательной медицины и медицинских технологий ЦРЗиМТ при МЗ КР

### Методы, использованные для сбора/селекции доказательств

Поиск в электронных базах данных. Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств. Доказательной базой для публикации являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет.

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

#### Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

1++	Высококачественные мета-анализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с очень низким риском ошибки
1+	Хорошо выполненные мета-анализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с очень низким риском ошибки
1	Мета-анализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с высоким риском ошибки

2++	Высококачественные систематические обзоры исследований типа случай-контроль или когортных исследований, либо высококачественные исследования типа случай-контроль, либо когортные исследования с очень низким риском ошибки, предвзятости и с высокой вероятностью выявления связи с причиной
2+	Правильно проведенные исследования типа случай-контроль или когортные исследования с низким риском ошибки, предвзятости и с умеренной вероятностью выявления связи с причиной
2	Исследования типа случай-контроль или когортные исследования с высоким риском ошибки, предвзятости и со значительным риском отсутствия связи с причиной
3	Неаналитические исследования, например, сообщение о случае, серии случаев
4	Мнения экспертов

### **Критерии оценки диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных медицинских технологий**

При включении в клиническое руководство медицинских технологий разработчики в соответствующих разделах протокола должны учитывать показатели, характеризующие:

#### **для методов диагностики:**

чувствительность метода — частоту положительных результатов диагностики при наличии заболевания;

- специфичность метода — частоту отрицательных результатов диагностики при отсутствии заболевания;

- прогностическую ценность метода — вероятность наличия заболевания при положительном результате и вероятность отсутствия при отрицательном результате диагностики;

- отношение правдоподобия

- отношение вероятности события при наличии некоего условия к вероятности события без этого условия (например, отношение частоты симптома при наличии болезни к частоте симптома в отсутствие болезни):

#### **для методов профилактики, лечения и реабилитации:**

- действенность метода — частоту доказанных положительных результатов профилактики, лечения и реабилитации в искусственно созданных экспериментальных условиях;

- эффективность метода — частоту доказанных положительных результатов профилактики, лечения и реабилитации в условиях клинической практики.

**Методы, использованные для формулирования рекомендаций:**  
консенсус экспертов.

### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (СР)

Сила	Описание
А	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
В	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+
С	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++
Д	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства, из исследований, оцененных, как 2+

**АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ КРАСНУХИ [6]**



**АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КРАСНУХЕ [7]**



## Информация для пациента [22]

### Симптомы краснухи



### Как отличить краснуху от других заболеваний?

По некоторым симптомам краснуха схожа с корью, аллергической сыпью и другими заболеваниями. Их лечат по-разному, поэтому важно разобраться. Клинические проявления схожих заболеваний:

- **Корь:** насморк, боль в горле, а также конъюнктивит выражены сильнее. Сыпь в виде мелких узелков, сливается в пятна, распространяется по телу медленнее.
- **Псевдотуберкулез:** отсутствие насморка и кашля, увеличения лимфатических узлов. Сыпь точечная, в виде папул (небольших узелков).
- **Аллергия:** Сыпь появляется после контакта с аллергеном и вызывает сильный зуд. При этом других симптомов (насморк, боль в горле, конъюнктивит, температура или слабость) нет.
- **Скарлатина:** это бактериальная инфекция, при которой воспаляются миндалины, поднимается высокая температура, появляется налет на языке. Характерная особенность — высыпания концентрируются на участках естественных складок (в подмышках, паховых складках и т.п.).
- **Инфекционный мононуклеоз:** осязаемое недомогание может сохраняться до двух месяцев, выраженное воспаление слизистой горла, высыпания на коже появляются редко.