

ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

ՋՐԾԱՂԻԿՈՎ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՎԱՐՄԱՆ

1. Նոգոլոգիաների խումբ՝ ըստ հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների վիճակագրական 10–րդ վերանայման դասակարգչի.

Հ/Հ	Կոդը	Անվանում
1)	B01	Ջրծաղիկ
2)	B01.0	Ջրծաղիկ՝ մենինգիտով (G02.0*)
3)	B01.1	Ջրծաղիկ՝ էնցեֆալիտով (G05.1*) Էնցեֆալիտ ջրծաղիկից հետո Ջրծաղիկային էնցեֆալոմիելիտ
4)	B01.2	Ջրծաղիկ՝ թոքաբորբով (J17.1*)
5)	B01.8	Ջրծաղիկ՝ այլ բարդություններով
6)	B01.9	Ջրծաղիկ՝ առանց բարդությունների Ջրծաղիկ՝ ԱՀԾ

2. Նոգոլոգիաների խումբը կիրառելի է՝ ըստ սույն հավելվածով սահմանված Ձև 1–ի.

Ձև 1

1)	Տարիքային խումբ (նորածին, երեխա, դեռահաս, մեծահասակ)	Մեծահասակ
2)	Սեռ (արական, իգական)	Արական, իգական
3)	Բարդություններ (առանց բարդությունների (ԱԲ),	ԱԲ, Բ

	բարդություններով (Բ))	
4)	Հիվանդության փուլը	Ըստ ընթացքի՝ տիպիկ, ատիպիկ, ռուբինմենտար, հեմոռագիկ, գանգրենոզ, գեներալիզացված, Ըստ ծանրության՝ թեթև, միջին, ծանր
5)	Բժշկական օգնության և սպասարկման պայմանները (բժշկական կազմակերպությունից դուրս, արտահիվանդանոցային պայմաններում, ցերեկային ստացիոնարի պայմաններում, հիվանդանոցային պայմաններում)	Արտահիվանդանոցային, հիվանդանոցային պայմաններում
6)	Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների մատուցման ձևը (շտապ, անհետաձգելի, պլանային)	Պլանային, շտապ, անհետաձգելի
7)	Կիրառման շրջանակը (նշել մասնագետների շրջանակը)	Վարակաբան (ինֆեկցիոն հիվանդությունների մասնագետ), համաճարակաբան
8)	Գանգատներ	Հիվանդությանը բնորոշ է սուր սկիզբ, ջերմության բարձրացում 38,0-38,5 °C 2-5 օր տևողությամբ, ցան, որը հաճախ ուղեկցվում է քորով: Նոր էլեմենտները ի հայտ են գալիս ջերմության բարձրացման հետ: Պատվաստված անձանց մոտ ջրծաղիկը սովորաբար մեղմ է ընթանում: Պացիենտները սովորաբար աֆեբրիլ են կամ ունեն սուբֆեբրիլ ջերմություն և զարգացնում են 50-ից պակաս ցանային էլեմենտներ:
9)	Անամնեզ	Ջրծաղիկի պատմությունը հաստատելու համար բուժաշխատողները պետք է հարցնեն հետևյալը՝ համաճարակաբանական կապ այլ տիպիկ ջրծաղիկով

		դեպքի կամ լաբորատոր հաստատված դեպքի հետ, կամ լաբորատոր հաստատման ապացույց, եթե թեստավորումն իրականացվել է սուր հիվանդության ժամանակ
10)	Ձննման արդյունք/Ցուցում	Ցանի տեսակը մակուլա-պապուլա-վեզիկուլա, որոնք հետագայում կեղևակավվում են: Բարդացած ձևերի ժամանակ առաջանում են պուստուլաներ, երբ միանում է երկրորդային բակտերիալ վարակ: Երկրորդային բակտերիալ վարակը կարող է հանգեցնել ցելյուլիտի, միոզիտի, նեկրոզացնող ֆասցիիտի և տոքսիկ շոկի համախտանիշի: Կարող է դիտվել ախտահարված հատվածի կարմրություն, տաքություն, թարախի արտահոսք: Կենտրոնական նյարդային համակարգի (ԿՆՀ) ախտահարման դեպքում կարող է դիտվել գիտակցության ընկճում, վարքի խանգարում, քայլվածքի խանգարում, պարանոցի կարկամություն, անզուսպ փսխումներ: Թոքաբորբի զարգացման դեպքում կարող է դիտվել դժվարաշնչություն, հազ, հիպոքսիա:
11)	Հոսպիտալացման ցուցում	Համաձայն Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2013 թվականի դեկտեմբերի 17-ի N 81-Ն հրամանի

3. Բժիշկ-մասնագետի կողմից պացիենտի զննումը, խորհրդատվությունը իրականացվում է ըստ Ձև 2-ի (անհրաժեշտության դեպքում նշել հիվանդության փուլերը)։

Ձև 2

Հ/հ	Խորհրդատվության տեսակը	Տրամադրման քանակը
-----	------------------------	-------------------

		ԱԲ	Բ
1)	Անեստեզիոլոգիայի և ինտենսիվ թերապիայի մասնագետի խորհրդատվություն	-	0.5
2)	Նյարդաբանի խորհրդատվություն	0.05	0.6
3)	Վիրաբույժի խորհրդատվություն	-	0.2
4)	Սրտաբանի խորհրդատվություն	0.05	0.05
5)	Ակնաբույժի խորհրդատվություն	0.05	0.05
6)	Նեֆրոլոգի խորհրդատվություն	0.05	0.1
7)	Արյունաբանի խորհրդատվություն	0.05	0.05

4. Սույն հավելվածի Ձև 2-ում նշված՝

1) տրամադրվող քանակների համար նշվում է միջինացված ցուցանիշ, նկատի ունենալով տվյալ զննման, խորհրդատվության իրականացման հաճախականությունը: Հաճախականության հաշվարկման միավորը պետք է լինի 0-ից 1 միջակայքում և հաշվի առնի նմանատիպ 100 դեպքերում տվյալ զննման, խորհրդատվության իրականացման հաճախականությունը.

2) ուղեկցող հիվանդությունների և (կամ) բարդությունների զարգացման կամ կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է կազմակերպել համապատասխան մասնագետի խորհրդատվություն կամ ուղղորդել համապատասխան մասնագետի խորհրդատվության:

5. Լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններն իրականացվում են՝ ըստ Ձև 3-ի, ընդ որում ախտորոշումը կատարվում է հիմնականում կլինիկական տվյալների հիման վրա՝ միաժամանակ հաշվի առնելով համաճարակաբանական պատմությունը.

Լաբորատոր հետազոտություններ

Հ/Հ	Կողմը	Անվանումը	Տրամադրման քանակը		Արդյունք
			ԱԲ	Բ	
1)	Առկա չէ	Պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի (ՊՇՌ) մեթոդով հետազոտություն՝ վարիցելազոստեր վիրուսի (VZV) դեզօքսիդիբոնուկլեինաթթվի (ԴՆԹ) հայտնաբերում	0.1	0.1	Հետազոտման նմուշները կարող են լինել ցանային էլեմենտների պարունակությունը, արյունը, թուփը, ցերեքրոսպինալ հեղուկը: Ախտորոշումը հաստատելու ամենազգայուն մեթոդը ՊՇՌ մեթոդն է՝ ցանային էլեմենտներում (վեզիկուլներ, կեղևներ, մակուկոպապուլյար ախտահարում) հայտնաբերելու համար: Նմուշառման համար լավագույնն են վեզիկուլյար ախտահարումները, եթե առկա են:
2)	Առկա չէ	Զոստեր վիրուսի (VZV) հակամարմինների՝ IgM որոշում	0.1	0.1	IgM սերոլոգիական թեստը ավելի քիչ զգայուն է, քան ցանային էլեմենտների ՊՇՌ թեստը:
3)	Առկա չէ	Արյան ընդհանուր հետազոտություն	1.5	3	Հեմոգրամմայում, ցանավորման ընթացքում, կարող է դիտվել թեթև լեյկոպենիա և հարաբերական լիմֆոցիտոզ:
4)	Առկա չէ	Մեզի ընդհանուր հետազոտություն	1.5	2	Ախտաբանական շեղումների հայտնաբերում
5)	Առկա չէ	Կրեատինինի որոշում	1.5	4	Երիկամների ֆունկցիայի գնահատում: Ներերակային ացիկլովիր ստացող պացիենտների մոտ պետք է հետևել արյան մեջ միզանյութի և կրեատինինի մակարդակը:
6)	Առկա չէ	Միզանյութի որոշում	1.5	4	
7)	Առկա չէ	Ընդհանուր բիլիռուբինի+ ֆրակցիանների որոշում	1.5	2	Լյարդի ֆունկցիայի գնահատում

8)	Առկա չէ	Ալանինամինոտրանսֆերազի (ALS), ասպարտատամինոտրանսֆերազի (AUS), գամմագլյուտամիլտրանսֆերազի (ԳԳՏ), հիմնային ֆոսֆատազի (ՀՖ) որոշում	1.5	3	
9)	Առկա չէ	Գլյուկոզի մակարդակի որոշում	1.5	3	Ախտաբանական շեղումների հայտնաբերում, բորբոքային պրոցեսի ակտիվության գնահատում
10)	Առկա չէ	Էլեկտրոլիտների որոշում (Na^+ , K^+ , Mg^{2+} , Ca^{2+})	1.5	3	
11)	Առկա չէ	C-ռեակտիվ սպիտակուցի մակարդակի որոշում	1.5	3	
12)	Առկա չէ	Պրոկալցիտոնինի մակարդակի որոշում	0.05	0.6	
13)	Առկա չէ	Կոագուլոգրամմա՝ պրոթրոմբինային ինդեքս + միջազգային նորմալացված գործակցի (ՄՆԳ) (INR), ֆիբրինոգենի որոշում	0.4	2	Արյան մակարդման ախտաբանական շեղումների հայտնաբերում
14)	Առկա չէ	Թթվա-հիմնային հավասարակշռության որոշում	-	0.6	Թթվա-հիմնային հավասարակշռության շեղումների հայտնաբերում
15)	Առկա չէ	Տրոպոնին I-ի մակարդակի որոշում	0.05	0.05	Մակարդակի բարձրացման դեպքում սրտամկանի սուր վնասման հայտնաբերում:
16)	Առկա չէ	Ողնուղեղային հեղուկի հետազոտություն (ընդհանուր կլինիկական, կենսաքիմիական)	-	0.1	Ախտաբանական շեղումների հայտնաբերում
17)	Առկա չէ	Արյան մանրէաբանական քննություն, ստերիլության և անտիբիոտիկազգայունության որոշում (Vitek)	0.05	0.3	Հարուցիչների հայտնաբերում
18)	Առկա չէ	Տարբեր կենսանյութերի	-	0.8	

		(ողնուղեղային հեղուկ, խորխ, մաշկի կամ փափուկ հյուսվածքների ախտահարման դեպքում՝ թարախ, էքսուդատ) բակ քննություն և հակաբիոտիկազգայունության որոշում (Vitek)			
19)	Առկա չէ	Մուլտիպլեքս ՊՇՌ պանել հետազոտություններ (ողնուղեղային հեղուկի, խորխի)	-	0.4	
Գործիքային հետազոտություններ					
20)	Առկա չէ	Որովայնի, կոնքի խոռոչի օրգանների գերձայնային հետազոտություն	-	0.4	Որովայնի, կոնքի խոռոչի, ախտաբանական փոփոխությունների, հեղուկի հայտնաբերում
21)	Առկա չէ	Ռենտգենաբանական հետազոտություն	1	1.5	Կրծքավանդակի օրգանների, քթի հարակից խոռոչների (սինուսների) ախտաբանական փոփոխությունների հայտնաբերում
22)	Առկա չէ	Համակարգչային շերտագրություն (ՀՇ) (կոնտրաստավորմամբ կամ առանց կոնտրաստավորման)	-	0.3	ԿՆՀ-ի, կրծքավանդակի օրգանների, քթի հարակից խոռոչների (սինուսների) ախտաբանական փոփոխությունների հայտնաբերում:
23)	Առկա չէ	Միջուկամագնիսային-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա (կոնտրաստավորմամբ կամ առանց կոնտրաստավորման)	-	0.3	ԿՆՀ-ի ախտաբանական փոփոխությունների հայտնաբերում
24)	Առկա չէ	Էլեկտրասրտագրություն	1	3	Ախտաբանական փոփոխությունների՝ ռիթմի խանգարումների կամ սրտամկանի սնուցման խանգարման նշանների հայտնաբերում:
25)	Առկա չէ	Էխսոստագրություն	0.05	0.2	Սրտի, փականների կառուցվածքային և ֆունկցիոնալ փոփոխությունների, ինչպես

					նաև սրտապարկում հեղուկի առկայության հայտնաբերում: Սիրտ մտնող և սրտից դուրս եկող խոշոր անոթների կառուցվածքային փոփոխությունների հայտնաբերում:
26)	Առկա չէ	Էլեկտրոէնցեֆալոգրաֆիա	-	0.05	Ախտաբանական փոփոխությունների հայտնաբերում:

6. Սույն հավելվածի Ձև 3-ում սահմանված՝

1) տրամադրվող քանակների համար նշվում է միջինացված ցուցանիշ, նկատի ունենալով տվյալ հետազոտության իրականացման հաճախականությունը: Հաճախականության հաշվարկման միավորը պետք է լինի 0-ից 1 միջակայքում և հաշվի առնի նմանատիպ 100 դեպքերում տվյալ հետազոտության իրականացման հաճախականությունը.

2) ուղեկցող հիվանդությունների և (կամ) բարդությունների առկայության կամ կասկածի դեպքում ըստ անհրաժեշտության կազմակերպվում է համապատասխան մասնագետի խորհրդատվություն և լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններ կամ պացիենտն ուղղորդվում է համապատասխան խորհրդատվության:

7. Օգտագործվող դեղերի ցանկը սահմանվում է ըստ Ձև 4-ի (անհրաժեշտության դեպքում նշել հիվանդության փուլերը).

Ձև 4

Հ/հ	Անվանում, դեղաչափ, դեղաձև, փաթեթավորում	Անվանում /չեներիկ/	Չ/Մ	Միջինացվ ած ցուցանիշ՝ տրամադր ման հաճախակ անություն	Միջին օրական չափաքանա կ	Բուժման կուրսի միջին չափաքան ակ	Օրերի քանակ
-----	---	-----------------------	-----	---	----------------------------------	---	----------------

1)	Նատրիումի քլորիդ, կալիումի քլորիդ, կալցիումի քլորիդ (կալցիումի քլորիդի դիհիդրատ) լուծույթ կաթիլաներարկման 8,6մգ/մլ+0,3մգ/մլ+0,33մգ/մլ; 100մլ, 200մլ, 250մլ, 500մլ, 1000մլ, 2000մլ, 3000մլ	Նատրիումի քլորիդ, կալիումի քլորիդ, կալցիումի քլորիդ (կալցիումի քլորիդի դիհիդրատ) լուծույթ կաթիլաներարկման 8,6մգ/մլ+0,3մգ/մլ+0,33մգ/մլ; 100մլ, 200մլ, 250մլ, 500մլ, 1000մլ, 2000մլ, 3000մլ	փաթեթ	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի (հաշվի առնելով կորուստները և էլեկտրոլիտների մակարդակը)	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի
2)	Նատրիումի քլորիդ լուծույթ կաթիլաներարկման 9մգ/մլ; 50մլ, 100մլ, 200մլ պլաստիկ փաթեթ, 250մլ, 400մլ պլաստիկ փաթեթ, 500մլ, 1000մլ, 2000մլ, 3000մլ	Նատրիումի քլորիդ լուծույթ կաթիլաներարկման 9մգ/մլ; 50մլ, 100մլ, 200մլ պլաստիկ փաթեթ, 250մլ, 400մլ պլաստիկ փաթեթ, 500մլ, 1000մլ, 2000մլ, 3000մլ	փաթեթ	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի (հաշվի առնելով կորուստները և էլեկտրոլիտների մակարդակը)	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի
3)	Պարացետամոլ 500մգ	Պարացետամոլ 500մգ	դեղահատեր	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի
4)	Պարացետամոլ 1000 մգ	Պարացետամոլ 1000 մգ	դեղահատեր	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի
5)	Մետամիզոլ (մետամիզոլ նատրիում) կաթիլներ ներքին ընդունման,	Մետամիզոլ (մետամիզոլ նատրիում) կաթիլներ ներքին ընդունման,	սրվակներ	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի

	լուծույթ 500մգ/մլ	լուծույթ 500մգ/մլ					
6)	Ցետիրիզին (ցետիրիզինի դիհիդրոքլորիդ) 10մգ	Ցետիրիզին (ցետիրիզինի դիհիդրոքլորիդ) 10մգ	դեղահատ եր	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի
7)	Հակասեպտիկ արտաքին օգտագործման համար-	Հակասեպտիկ արտաքին օգտագործման համար-	22իկ	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի
8)	Կալցիումի քլորիդ (կալցիումի քլորիդի դիհիդրատ) լուծույթ ներարկման 50,7մգ/մ	Կալցիումի քլորիդ (կալցիումի քլորիդի դիհիդրատ) լուծույթ ներարկման 50,7մգ/մ	ամպուլներ	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի
9)	Հակաբակտերիալ բուժում բարդությունների դեպքում՝ համապատասխան հարուցչի և դրա զգայունության	Հակաբակտերիալ բուժում բարդությունների դեպքում՝ համապատասխան բարդության, պատճառային գործոնի (հարուցչի) և դրա զգայունության (համաձայն համապատասխան գործելակարգի)	-	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի	Ըստ պահանջի
Հակավիրուսային բուժում							
10)	Ացիկլովիր 200մգ, 400մգ, 500մգ	Ացիկլովիր 200մգ, 400մգ, 500մգ	դեղահատ եր	800մգ օրը 5 անգամ per	-	-	5-7 օր ¹

¹ Բուժումը կարող է երկարացվել կեղևակալման ուշացման դեպքում

				os 5-7 օր			
11)	Ացիկլովիր դեղափոշի կաթիլաներարկման լուծույթի 250մգ	Ացիկլովիր դեղափոշի կաթիլաներարկման լուծույթի 250մգ	սրվակ	10-12մգ/կգ 8 ժամ մեկ (Ճարպակալ ման դեպքում դեղաչափը հաշվարկվու մ է ըստ Մարմնի Իդեալական Քաշի [Ideal Body Weight])	-	-	7-14 օր ²
12)	Վալացիկլովիր 500մգ	Վալացիկլովիր 500մգ	դեղահատ եր	1000մգ օրը 3 անագմ per os 5-7 օր	-	-	5-7 օր ³
13)	Ֆամցիկլովիր 125մգ,250մգ,500մգ	Ֆամցիկլովիր 125մգ,250մգ,500մգ	դեղահատ եր	500մգ օրը 3 անագմ per os 5-7 օր	-	-	5-7 օր ⁴

8. Սույն հավելվածի Ձև 4–ում սահմանված՝

1) նշանակված դեղի նկատմամբ անհատական անտանելիության դեպքում ավագ բուժաշխատողը իրավասու է նշանակել այլ դեղ.

² Ներերակային բուժումը իրականացվում է մինչև նոր էլեմենտների առաջացման դադարելը, այնուհետև կարելի է շարունակել օտալ տարբերակով մինչև բոլոր էլեմենտների կեղևակալելը:

³ Բուժումը կարող է երկարացվել կեղևակալման ուշացման դեպքում

⁴ Բուժումը կարող է երկարացվել կեղևակալման ուշացման դեպքում

2) տրամադրվող քանակների համար նշվում է միջինացված ցուցանիշ, նկատի ունենալով տվյալ դեղի օգտագործման հաճախականությունը: Հաճախականության հաշվարկման միավորը պետք է լինի 0-ից 1 միջակայքում և հաշվի առնի նմանատիպ 100 դեպքերում տվյալ դեղի օգտագործման հաճախականությունը,

3) ուղեկցող հիվանդությունների և (կամ) բարդությունների առկայության կամ կասկածի դեպքում ըստ անհրաժեշտության նշանակվում է համապատասխան դեղորայքային բուժում:

Ձև 5

**Բուժական այլ միջոցառումներ
(անհրաժեշտության դեպքում նշել հիվանդության փուլերը)**

Հ/հ	Բժշկական ծառայության տեսակը	Տրամադրման քանակը	
		ԱԲ	Բ
1)	Երակային կաթետերի տեղադրում	2.5	4.5
2)	Ողնուղեղային պունկցիա	-	0.1

9. Ջրծաղիկի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվությունը ներկայացված է սույն հավելվածի Ձև 6-ում.

Ձև 6

Ջրծաղիկի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվություն
1) ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ Ջրծաղիկը սուր վիրուսային անթրոպոնոզ վարակիչ հիվանդություն է՝ հարուցիչի աերոզոլային փոխանցման մեխանիզմով, որը բնութագրվում է տենդով, պոլիմորֆ մակուլոպապուլո-վեզիկուլյար ցանով, և մարդու օրգանիզմում վիրուսի ցմահ պերսիստենցիայով: Ջերմության բարձրացում և թուլություն կարող է դիտվել 1-2 օր, մինչև ցանի առաջացումը: Ցանն առաջանում է ալիքներով և ուղեկցվում է ջերմության բարձրացմամբ: Ցանը տեղակայվում է դեմքի, գլխամաշկի, մարմնի և վերջույթների վրա: Ափերի և ներքանների վրա այն առաջանում է միայն առատ ցանի դեպքում: Ցանն ի սկզբանե ունի մակուլոպապուլոզ բնույթ, որը

վերաձվում է վեզիկուլների: Վեզիկուլները չորանում են 2-3 օր հետո, իսկ դրանց տեղում գոյանում են կեղևներ, որոնք թափվում են 2-3 շաբաթ անց: Ցան նկատվում է նաև աչքերի կոնյունկտիվայի, բերանի և ըմպանի լորձաթաղանթի, երբեմն՝ կոկորդի և սեռական օրգանների շրջանում: Հիվանդության 1-ին շաբաթվա վերջում, վեզիկուլների չորացման հետ միաժամանակ, մարմնի ջերմաստիճանը կարգավորվում է և պացիենտի ինքնազգացողությունը բարելավվում է: Այս շրջանում շատ պացիենտների անհանգստացնում է մաշկի քորը: Իմունոսուպրեսիայով պացիենտների մոտ ցանային էլեմենտները սովորաբար լինում են քանակով ավելի շատ, էլեմենտները հաճախ ունենում են հեմոռագիկ հիմք և ավելի երկար ժամանակ է պահանջվում ապաքինման համար, քան իմունկոմպետենտ պացիենտների դեպքում: Իմունային անբավարարությամբ պացիենտները ունեն վիսցերալ բարդությունների ավելի բարձր ռիսկ, դիտվում է դեպքերի 30-50%-ում և մահացու ելք՝ 15% դեպքերում հակավիրուսային թերապիայի բացակայության պայմաններում: Ջրծաղիկի հաճախ հանդիպող բարդություններն են՝ մաշկի, փափուկ հյուսվածքների բակտերիալ վարակները և թոքաբորբը:

Ծանր բարդություններ պայմանավորված վիրուսով՝ ցերեբելար ատաքսիա, էնցեֆալիտ, վիրուսային թոքաբորբ, հեմոռագիկ վիճակներ: Այլ ծանր բարդությունները պայմանավորված բակտերիալ վարակներով ներառում են՝ սեպտիցեմիա, տոքսիկ շոկի համախտանիշ, նեկրոտիզացնող ֆասցիիտ, օստեոմիելիտ, բակտերիալ թոքաբորբ, սեպտիկ արթրիտ: Ջրծաղիկի այլ բարդություններից են միոկարդիտը, եղջերաթաղանթի վնասվածքները, նեֆրիտը, արթրիտը, արյունահոսող դիաթեզները, սուր գլոմերուլոնեֆրիտը և հեպատիտը:

Ծանր ընթացքով հիվանդության ռիսկի խմբերն են. 1) իմունոսուպրեսիայով պացիենտները, առանց ջրծաղիկի վերաբերյալ իմունիտետի՝ լեյկեմիայով կամ լիմֆոմայով պացիենտների, իմուն համակարգը ճնշող դեղորայք ստացող պացիենտները (բարձր-դեղաչափով համակարգային ստերոիդներ կամ քիմիաթերապևտիկ պրեպարատներ), բջջային իմուն դեֆիցիտներով կամ այլ իմուն համակարգի խնդիրներով պացիենտները, 2) նորածիններ, ում մայրերը ունեցել են ջրծաղիկ ծննդաբերելուց 5 օր առաջ կամ 2 օր հետո, 3) անհաս երեխաներ ովքեր շփում են ունեցել ջրծաղիկով կամ գոտևորող որքինով պացիենտների հետ, հատկապես՝ հոսպիտալացված անհաս երեխաներ, որոնք ծնվել են ≥ 28 շաբաթում և ում մայրերը չունեն ջրծաղիկի նկատմամբ իմունիտետի ապացույց, հոսպիտալացված անհաս երեխաներ, որոնք ծնվել են <28 շաբաթում, կամ $\leq 1,000$ գրամ քաշով, անկախ մոր ջրծաղիկի նկատմամբ իմուն ստատուսից, 4) հղի կանայք, ովքեր չունեն ջրծաղիկի նկատմամբ իմունիտետ:

2) ԳԱՆԳԱՏՆԵՐ

Հիվանդությանը բնորոշ է սուր սկիզբ, ջերմության բարձրացում $38,0-38,5^{\circ}\text{C}$, 2-5 օր տևողությամբ. Ցանը պոլիմորֆ է, սկզբում մակույլար-պապուլյար բնույթի է, այնուհետև՝ վեզիկուլյար, ի հայտ է գալիս տենդի առաջին օրը: Ցանը հաճախ ուղեկցվում է քորով: Նոր էլեմենտները ի հայտ են գալիս ջերմության բարձրացման հետ: Ջրծաղիկի ամենահաճախ հանդիպող բարդությունը մաշկի երկրորդային բակտերիալ սուպերինֆեկցիան է, որը սովորաբար պայմանավորված է *Streptococcus pyogenes* կամ *Staphylococcus aureus*-ով, ներառյալ մետիցիլին-կայուն շտամները: Սուպերինֆեկցիան արդյունք է քորի հետևանքով մաշկի վնասման: Սուր

ցերեբելար ատաքսիայի և մենինգեալ բորբոքման համախտանիշը հիմնականում դրսևորվում է ցանի առաջացումից մոտ 21 օր հետո և հազվադեպ կարող է զարգանալ մինչև ցանի զարգանալը: Ասեպտիկ մենինգիտ, էնցեֆալիտ, տրանսվերզ միելիտ, և Գիյեն-Բարեի համախտանիշ նույնպես կարող է առաջանալ: Ջրծաղիկային թոքաբորբը ամենալուրջ բարդություններից է, որը զարգանում է ավելի հաճախ մեծահասակների մոտ (դեպքերի մինչև 20%), քան երեխաների մոտ և հատկապես ծանր է ընթանում հղի կանանց մոտ: Ջրծաղիկային թոքաբորբը սովորաբար զարգանում է հիվանդության սկզբից 3-5 օր անց և արտահայտվում է հաճախաշնչությամբ, հազով, և ջերմության բարձրացմամբ: Ցիանոզ, կրծքավանդակի ցավ և հեմոպտիզիս նույնպես կարող է դիտվել: Պատվաստված անձանց մոտ ջրծաղիկը սովորաբար մեղմ է ընթանում: Պացիենտները սովորաբար աֆեբրիլ են կամ ունեն սուբֆեբրիլ ջերմություն և զարգացնում են 50-ից պակաս ցանային էլեմենտներ: Նրանք սովորաբար ունենում են ավելի կարճատև հիվանդություն՝ համեմատած չպատվաստվածների: Ցանն ավելի հաճախ մակուլոպապուլյար է, այլ ոչ թե վեզիկուլյար: Այնուամենայնիվ, մեկ դոզայով պատվաստված մարդկանց 25%-ից 30%-ը, ովքեր վարակվում են ջրծաղիկով, կունենան չպատվաստվածներին բնորոշ կլինիկական ընթացք:

3) ԱՆԱՄՆԵԶ

Ջրծաղիկը օդակաթիլային վարակ է: Ջրծաղիկի ինկուբացիոն շրջանը տատանվում է 10-ից 21 օր, բայց սովորաբար տևում է 14-17 օր ջրծաղիկով կամ գոտևորող որքինով պացիենտի հետ շփումից հետո: VZV ունի բարձր կոնտագիոզություն: Վիրուսը կարող է փոխանցվել մարդուց մարդու անմիջական շփման, ջրծաղիկի կամ գոտևորող որքինի ժամանակ վեզիկուլների վնասման հետևանքով արտազատվող հեղուկի, հնարավոր է նաև շնչառական ուղիներից սեկրետի միջոցով: Վիրուսը կարող է տարածվել մինչև 20 մ. հեռավորության վրա (միջանցքներով դեպի բնակարանի հարակից սենյակներ և նույնիսկ մի հարկից մյուսը): Հնարավոր է վիրուսի փոխանցման ուղղահայաց մեխանիզմ մորից պտղին:

Ջրծաղիկով պացիենտները վարակիչ են վեզիկուլյար ցանի առաջացումից մոտավորապես 48 ժամ առաջ, ինկուբացիոն շրջանի վերջի օրից, վեզիկուլների ձևավորման շրջանում (որը սովորաբար տևում է 4-5 օր) և մինչև բոլոր ցանային էլեմենտների կեղևավորումը:

Պատվաստված անհատների մոտ կարող են դիտվել ցանային էլեմենտներ, որոնք չեն կեղևակալվում: Այս պացիենտները վարակիչ են համարվում վերջին ցանային էլեմենտից հետո 24 ժամվա ընթացքում: Ջրծաղիկին բնորոշ է սեզոնայնություն՝ ավելի հաճախ դիտվում է ձմռան և գարնան ամիսներին:

Ջրծաղիկի նկատմամբ իմունիտետի առկայության գնահատում. Ջրծաղիկի նկատմամբ իմունիտետի առկայության ապացույցները ներառում են հետևյալներից որևէ մեկը. տարիքին համապատասխան ջրծաղիկի պատվաստման փաստաթղթեր կամ իմունիտետի լաբորատոր ապացույցներ կամ հիվանդության լաբորատոր հաստատում (Կոմերցիալ թեստերը կարող են օգտագործվել հիվանդության հետևանքով իմունիտետը գնահատելու համար, սակայն դրանք զգայուն չեն պատվաստանյութի հետևանքով

առաջացած իմունիտետը հայտնաբերելու համար (այսինքն՝ դրանք կարող են կեղծ բացասական արդյունքներ տալ)) կամ ջրծաղիկի կամ հերպեսի զոստերի ախտորոշումը կամ ջրծաղիկի կամ հերպեսի զոստերի պատմության հաստատումը բուժաշխատողի կողմից:

4) ԲՈՒԺՈՒՄ

Ջրծաղիկով պացիենտների մոտ սովորաբար դիտվում է ջերմության բարձրացում, վեզիկուլյար ցան, քոր, և այս ախտանիշները կառավարելու համար անհրաժեշտ է աջակցող (supportive treatment) բուժում: Հակահիստամինային պրեպարատները էֆեկտիվ են քորի համար: Բարդությունների կանխարգելման նպատակով անհրաժեշտ է հետևել հիգիենային, ներառյալ ամենօրյա լոգանք:

Խորհուրդ է տրվում խուսափել ասպիրինից, ասպիրին-պարունակող դեղորայքից և իբուպրոֆենից: Խորհուրդ է տրվում ջերմությունը կառավարել ացետամինոֆենով:

Իմունոկոմպետենտ պացիենտներին (նորմալ գործող իմունային համակարգ՝ իմունային անբավարարության բացակայում) հակավիրուսային բուժում իրականացվում է VZV-պայմանավորված բարդությունների դեպքում (թոքաբորբ, էնցեֆալիտ, կերատիտ և այլն) և ջրծաղիկով հիվանդ մարդկանց համար, ովքեր գտնվում են ծանր հիվանդության ռիսկի տակ (օրինակ՝ մաշկի կամ թոքերի քրոնիկ հիվանդությամբ մարդիկ, երկարատև սալիցիլատով թերապիա ստացող մարդիկ, կորտիկոստերոիդներ ստացող պացիենտների, թուլացած իմունային համակարգ ունեցող մարդիկ):

Ըստ ԱՄՆ Սննդամթերքի և դեղերի վարչության (FDA) կողմից առաջարկված հղիության ընթացքում դեղերի ռիսկի դասակարգման աղիկովիրը B կատեգորիայի դեղամիջոց է: Որոշ փորձագետներ խորհուրդ են տալիս բերանացի աղիկովիր կամ վալացիկլովիր ջրծաղիկով հղի կանանց, հատկապես երկրորդ և երրորդ եռամսյակների ընթացքում: Ներերակային աղիկովիրը խորհուրդ է տրվում հղի պացիենտների, ովքեր ունեն լուրջ, վիրուս-միջնորդված բարդություններ, ինչպիսին է թոքաբորբը:

Որոշ մասնագետներ կարող են նախընտրել օգտագործել բերանացի աղիկովիր կամ վալացիկլովիր՝ ընտանիքի ներսում երկրորդային դեպքերի համար:

Առավելագույն օգուտ ստանալու համար աղիկովիրով կամ վալացիկլովիրով թերապիա պետք է տրվի ջրծաղիկային ցանի սկսվելուց հետո առաջին 24 ժամվա ընթացքում:

Աղիկովիրի ներերակային թերապիան խորհուրդ է տրվում ծանր հիվանդության դեպքում (օրինակ՝ դիսեմինացված VZV, ինչպիսիք են թոքաբորբը, էնցեֆալիտը, թրոմբոցիտոպենիան, ծանր հեպատիտը) և իմունային անբավարարությամբ պացիենտների ջրծաղիկի դեպքում (ներառյալ այն պացիենտները, ովքեր բուժվում են բարձր դոզաներով կորտիկոստերոիդներով ավելի քան 14 օր):

Աղիկովիրի և անալոգների կոնցենտրացիան կախված է երիկամների ֆունկցիայից, ուստի երիկամային անբավարարության դեպքում անհրաժեշտ է դոզայի ճշգրտում: Աղիկովիրի ներերակային ձևը կարող է առաջացնել տեղային ռեակցիաներ (ֆլեբիտ) և

երիկամների դարձելի սուր վնասվածք: Երիկամների սուր վնասվածքի ռիսկի գործոնները ներառում են ջրազրկումը, երիկամների նվազած ֆունկցիայով պացիենտների շրջանում չկարգավորված դոզավորումը և չափազանց արագ ինֆուզիան (օրինակ՝ <1 ժամ):

Ացիկլովիրը նշանակվում է 800 մգ օրը 5 անգամ, Վալացիկլովիրը՝ 1 գ օրը 3 անգամ: Ֆամացիկլովիր նույնպես կարելի է նշանակել: Իմունոկոմպետենտ պացիենտներին խորհուրդ է տրվում բուժել 5-7 օր, սակայն եթե առկա է ցանային էլեմենտների կեղևակալման ուշացում, ապա բուժումը կարող է ավելի երկարատև լինել:

Իմունոսուպրեսիայով պացիենտները ունեն գեներալիզացված ընթացքի ավելի բարձր ռիսկ, ինչպես նաև ծանր ընթացքի և մահացության ավելի բարձր մակարդակ՝ համեմատած իմունային կոմպետենտ պացիենտներին: Իմունոսուպրեսիայով պացիենտների մեծամասնությանը խորհուրդ է տրվում բուժումն իրականացնել ներերակային ացիկլովիրով, սակայն պետք է հաշվի առնել պացիենտի տարիքը, հիվանդության ծանրությունը և լաբորատոր տվյալները: Միջինում բուժումը տևում է 7 օր, սակայն թերապիան շարունակվում է այնքան ժամանակ, քանի դեռ նոր ցանային էլեմենտներ չեն առաջանում: Պացիենտները կարող են այնուհետև անցնել per os տարբերակի, մինչև բոլոր ցանային էլեմենտների կեղևակալումը:

Ֆամացիկլովիրը հասանելի է մեծահասակների մոտ VZV վարակների բուժման համար, սակայն երեխաների համար դրա արդյունավետությունն ու անվտանգությունը հաստատված չեն: Ացիկլովիրի նկատմամբ կայուն VZV շտամներով առաջացած վարակների դեպքում, որոնք սովորաբար հանդիպում են իմունային անբավարար համակարգ ունեցող անձանց մոտ, Foscarnet-ը պետք է օգտագործվի VZV վարակի բուժման համար, սակայն խորհուրդ է տրվում խորհրդակցել վարակաբանի հետ:

5) ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՊԱՅԻՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄ

Ամենահաճախ հանդիպող բարդությունը մաշկի երկրորդային բակտերիալ վարակն է, որը սովորաբար առաջանում է *Streptococcus pyogenes* կամ *Staphylococcus aureus*-ի կողմից, ներառյալ շտամները, որոնք մետիցիլինի-կայուն են:

Մաշկային երկրորդային բակտերիալ վարակները պետք է բուժել հակաբակտերիալ դեղերով, ըստ համապատասխան գործելակարգի հաշվի առնելով հարուցիչի զգայունությունը հակաբակտերիալ պրեպարատների նկատմամբ:

Թոքաբորբը հաճախ զարգանում է մեծահասակների շրջանում: Բակտերիալ կամ այլ ծագման թոքաբորբի կասկածի դեպքում հետազոտություններն և բուժումն իրականացվում են ըստ համապատասխան գործելակարգերի:

ԿՆՀ-ի VZV ախտահարումով պացիենտներին խորհուրդ է տրվում նշանակել IV/ներերակային ացիկլովիր (10-20 մգ/կգ յուրաքանչյուն 8 ժամը մեկ անգամ) մինիմում 7-14 օր կոմբինացված ստերոիդների հետ (օր.՝ պրեդնիզոն 60-80 մգ/օրը) 3-5 օր: Այլ պատճառի (ներառյալ բակտերիալ) ԿՆՀ ախտահարման կասկածի դեպքում պացիենտները պետք է հետազոտվեն և բուժվեն ըստ համապատասխան գործելակարգի:

Սիմպտոմատիկ բուժումը ներառում է անալգետիկներ, ջերմիջեցնողներ և անտիէմետիկներ: Ջրաէլեկտրոլիտային բալանսը պետք է գտնվի հսկողության տակ: Ցնցումները պետք է բուժել անտիկոնվուսանտներով:

ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳԻ ՄՇԱԿՄԱՆ ԱՂԲՅՈՒՐԸ

1. «ՍԻԴԻՍԻ ՉԻՔԵՆՓՈՔ», Ջրծաղկի լաբորատոր հետազոտություն, հասանելի/CDC Chickenpox, Laboratory Testing for VZV, Available at: <https://www2w.cdc.gov/chickenpox/lab-testing/lab-tests.html> Accessed on 23.04.2024
2. <https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/index.html>
3. <https://www.cdc.gov/chickenpox/about/prevention-treatment.html>
4. Ինֆեկցիոն հիվանդություններ: Ազգային ռենարկ՝ Ն.Դ. Յուշյուկի և Յու. Յա. Վենգերովայի խմբագրությամբ. 3-րդ հրատարակություն լրամշակված և փոփոխված, Մոսկվա. ԳԷՕՏԱՌ-Մեդիա 2021թ. (Սերիա «Ազգային ձեռնարկներ»), DOI: 10.33029/97046122-8-INB-2021-1-1104. - ISBN 978-5-9704-6122-8./Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - (Серия "Национальные руководства"). - DOI: 10.33029/97046122-8-INB-2021-1-1104. - ISBN 978-5-9704-6122-8.
5. Լոսկալզո Ջ. Ա. Ֆաուչի, Դ. Կասպեր, Ս. Հաուզեր, Դ. Լոնգո, Ջ. Ջեյմսոն, 2022թ. Ներքին բժշկության Հարրիսոնի սկզբունքները՝ 21-րդ հրատարակություն, ՄակԳրոու Հիլ, 133 Էնցեֆալիտներ/Loscalzo J, & Fauci A, & Kasper D, & Hauser S, & Longo D, & Jameson J(Eds.), (2022). Harrison's Principles of Internal Medicine, 21e. McGraw Hill. 137 Encephalitis
6. Լոսկալզո Ջ. Ա. Ֆաուչի, Դ. Կասպեր, Ս. Հաուզեր, Դ. Լոնգո, Ջ. Ջեյմսոն, 2022թ. Ներքին բժշկության Հարրիսոնի սկզբունքները՝ 21-րդ հրատարակություն, ՄակԳրոու Հիլ, 138 Սուր մենինգիտներ/Loscalzo J, & Fauci A, & Kasper D, & Hauser S, & Longo D, & Jameson J(Eds.), (2022). Harrison's Principles of Internal Medicine, 21e. McGraw Hill. 138 Acute Meningitis
7. Լոսկալզո Ջ. Ա. Ֆաուչի, Դ. Կասպեր, Ս. Հաուզեր, Դ. Լոնգո, Ջ. Ջեյմսոն, 2022թ. Ներքին բժշկության Հարրիսոնի սկզբունքները՝ 21-րդ հրատարակություն, ՄակԳրոու Հիլ, 147 Ստաֆիլակոկային ինֆեկցիաներ/Loscalzo J, & Fauci A, & Kasper D, & Hauser S, & Longo D, & Jameson J(Eds.), (2022). Harrison's Principles of Internal Medicine, 21e. McGraw Hill. 147 Staphylococcal infections
8. Լոսկալզո Ջ. Ա. Ֆաուչի, Դ. Կասպեր, Ս. Հաուզեր, Դ. Լոնգո, Ջ. Ջեյմսոն, 2022թ. Ներքին բժշկության Հարրիսոնի սկզբունքները՝ 21-րդ հրատարակություն, Մակ Գրոու Հիլ, 147 Ստրեպտոկոկային ինֆեկցիաներ/Loscalzo J, & Fauci A,

- & Kasper D, & Hauser S, & Longo D, & Jameson J (Eds.), (2022). Harrison's Principles of Internal Medicine, 21e. McGraw Hill, 147 Streptococcal infections
9. Լոսկալզո Զ. Ա. Ֆաուչի, Դ. Կասպեր, Ս. Հաուզեր, Դ. Լոնգո, Զ. Ջեյմսոն, 2022թ. Ներքին բժշկության Հարրիսոնի սկզբունքները՝ 21-րդ հրատարակություն, ՄակԳրոու Հիլլ, 129 Մաշկի ինֆեկցիոն ախտահարումներ, Մկաններ և նուրբ հյուսվածքներ/Loscalzo J, & Fauci A, & Kasper D, & Hauser S, & Longo D, & Jameson J(Eds.), (2022). Harrison's Principles of Internal Medicine, 21e. McGraw Hill. 129 Infections of the Skin, Muscles, and Soft Tissues
 10. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2013 թվականի դեկտեմբերի 17-ի N 81-Ն հրաման
 11. UpToDate® www.uptodate.com © 2023 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved. Official reprint from UpToDate® Clinical features of varicella-zoster virus infection: Chickenpox (Accessed 29 December 2023)
 12. UpToDate www.uptodate.com © 2023 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved. Treatment of varicella (chickenpox) infection (Accessed 29 December 2023)
 13. Բրեդլի ՎԳ, Բրեդլիի նյարդաբանությունը կլինիկական պրակտիկայում/Bradley WG. *Bradley's Neurology in Clinical Practice*.
 14. <https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/index.html>
 15. <https://www.ecdc.europa.eu/en/varicella-chickenpox>