

Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЭПИДЕМИОЛОГИИ  
МИКРОБИОЛОГИИ, ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ «БЕШЕНСТВО»**

**ТАШКЕНТ 2025**

«СОГЛАСОВАНО»

Директор Республиканского  
специализированного научно-  
практического медицинского центра  
эпидемиологии микробиологии,  
инфекционных и паразитарных  
заболеваний



Б.М.Таджиев

2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ПО НОЗОЛОГИИ «БЕШЕНСТВО»**

ТАШКЕНТ 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ  
«БЕШЕНСТВО»**

**ТАШКЕНТ 2025**

## 1. Введение

Бешенство является зоонозным заболеванием, вызываемым РНК содержащими вирусами семейства *Rhabdoviridae*, рода *Lyssavirus* (16–19). Бешенство может передаваться через слюну заболевших животных при укусе, оцарапывании и ослюнении. После проникновения в центральную нервную систему человека, вирус вызывает острый, прогрессирующий энцефаломиелит, который всегда заканчивается смертельным исходом. Инкубационный период бешенства варьируется от одной недели до нескольких месяцев и даже до одного года, который зависит от локализации укуса, количества введенного вируса и состояния иммунной системы пациента. Клиническое течение болезни делится на несколько стадий: продромальную, энцефалитическую (гидрофобию), паралитическую и терминальную. Основной причиной летального исхода является полиорганная недостаточность на фоне поражения центральной нервной системы (MSD Manuals, 2023).

Настоящие национальные клинические протоколы МКБ-11 A82, A82.0, A82.1, A82.9 (Бешенство) разработаны для больных с диагнозом бешенство, предназначены для использования в ЛПУ (инфекционных стационарах различного уровня).

### Международная классификация болезней – МКБ-10/11 код (ы):

МКБ-10		МКБ-11	
Код	Название	Код	Название
A82	Бешенство	1C82	Бешенство
A82.0	Лесное бешенство	QC90.3	Контакт с больным или возможность заражения бешеным животным
A82.1	Городское бешенство	QC01.2	Необходимость иммунизации против бешенства
A82.9	Бешенство неуточненное		
Z20.3	Контакт с больным и возможность заражения бешенством		
Z24.2	Необходимость иммунизации против бешенства		
	<a href="https://mkb-11.com/index.php?pid=531">https://mkb-11.com/index.php?pid=531</a>		<a href="https://mkb-11.com/index.php?pid=531">https://mkb-11.com/index.php?pid=531</a>

**Дата разработки и пересмотра протокола:**

- 2025 год, дата пересмотра 2028 по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.
- Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний.

### **УЧАСТНИКИ В РАЗРАБОТКЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ И СТАНДАРТОВ:**

1	Таджиева Нигора Убайдуллаевна	Заместитель директора по научной работе, д.м.н.	РСНПМЦЭМИПЗ
2	Урунова Дилбар Махмудовна	Руководитель отдела, к.м.н.	РСНПМЦЭМИПЗ
3	Курбанова Гулноза Шукуровна	Главный врач Городской клинической инфекционной больницы №1	Городская клиническая инфекционная больница №1 г. Ташкента
4	Усманова Элмира Мамарафиковна	Доцент кафедры инфекционных болезней, к.м.н.	Андижанский государственный медицинский институт
5	Мирзакаримова Дилдора Баходировна	заведующая кафедрой инфекционных болезней, к.м.н.	Андижанский государственный медицинский институт
6	Искандарова Гулноза Тулкиновна	Зав. кафедрой эпидемиологии	Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
7	Ибадова Гулнара Алиевна	Профессор кафедрой инфекционных болезней, д.м.н.	Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
8	Холматова Камола Шавкатовна	Заместитель главного врача по лечебной работе	РСНПМЦЭМИПЗ
9	Бутабаев Якубжон Туклибаевич	Ассистент кафедры инфекционных болезней, врач гигиенист, эпидемиолог	Андижанский государственный медицинский институт

10	Каршиева Назира Зайнитдиновна	Главный специалист	Комитет санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья
11	Мирзаев Умир Хамрокулович	Главный специалист	Комитет санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья

### Список основных авторов:

1. **Таджиева Нигора Убайдуллаевна** - РСНПМЦЭМИПЗ, заместитель директора по научной работе, д.м.н., доцент
2. **Урунова Дилбар Махмудовна** – РСНПМЦЭМИПЗ, заведующая лабораторией, к.м.н.
3. **Усманова Элмира Мамарафиковна** - Андижанский государственный медицинский институт, кафедра инфекционных болезней, доцент, к.м.н.
4. **Холматова Камола Шавкатовна**- РСНПМЦЭМИПЗ, Заместитель главного врача по лечебной работе

### Рецензенты:

- Хасанова Гузель Миргасимовна** д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней Башкирского государственного медицинского университета
- Неъматов Аминжон Сабдарович** д.м.н. профессор кафедры Эпидемиологии Центра развития Профессиональной квалификации медицинских работников

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Сопещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, организаторов здравоохранения (директоров

филиалов РСНПМЦЭМИПЗ и заместителей), врачей региональных учреждений системы инфекционной службы в онлайн-формате 24 апреля 2025 г., протокол №2.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

**Выписка из протокола заседания Координационного совета при Минздраве (дата \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_)**

### ШКАЛА ОЦЕНКИ КЛАССОВ РЕКОМЕНДАЦИЙ

КЛАСС	ОПРЕДЕЛЕНИЕ	ПРОВЕДЕНИЕ
<b>I</b>	Конкретные методы лечения / тестирования / лечения / лечения доказаны или общеприняты, а потенциальные выгоды ясны и значительно выше потенциального риска.	Рекомендуется
<b>II</b>	Интенсивность данных и / или мышления различия или операция эффективности / рискованному балансу / балансу риска, которые противоречат преимуществам конкретного лечения / тестирования / лечения / вмешательства.	Согласно цели
<b>IIa</b>	Большинство данных / мнения показывают преимущества / эффективность.	
<b>IIb</b>	Данные / Не очень убеждены в преимуществах / эффективности данных / мнений.	С крайней осторожностью

### Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)

Уровни достоверности доказательств	
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением

	мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

### Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

Уровни достоверности доказательств	
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

### Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

Уровни убедительности рекомендаций	
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

## Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «БЕШЕНСТВО».....	4
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «БЕШЕНСТВО».....	26
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПО НОЗОЛОГИИ «БЕШЕНСТВО».....	31

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОП	врач общей практики
ИФА	иммуноферментный анализ
ИВЛ	искусственная вентиляция легких
ПЦР	полимеразная цепная реакция
ПЭП	постэкспозиционная профилактика
РН	реакция нейтрализации
РНГА	реакция непрямой гемагглютинации
РПГА	реакция пассивной гемагглютинации
РСК	реакция связывания комплемента
РТГА	реакция торможения гемагглютинации
ЭКГ	Электрокардиография
УДД	уровень доказательности данных

## 2. Основная часть

Актуальность проблемы бешенства обусловлено повсеместным распространением инфекции и 100% летальностью. На современном этапе происходит глобальный рост рабической инфекции во всем мире.

Бешенство – это острая вирусная инфекция, вызванная вирусом семейства **Rhabdoviridae**, которая неизбежно приводит к летальному исходу при отсутствии своевременного лечебно-профилактического лечения. Заболевание передается человеку через укусы, оцарапывании и ослюнении через слюну инфицированных диких животных, а также собак, кошек, летучих мышей и диких млекопитающих. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире регистрируется около 59 000 смертельных случаев от бешенства, большинство из которых приходится на развивающиеся страны ([WHO, 2023](#)).

Инкубационный период бешенства варьируется от одной недели до нескольких месяцев и даже до одного года, что зависит от локализации укуса, количества введенного вируса и состояния иммунной системы пациента. Клиническое течение болезни делится на несколько стадий: продромальную, энцефалитическую (гидрофобию), паралитическую и терминальную. Основной причиной летального исхода является полиорганная недостаточность на фоне поражения центральной нервной системы ([MSD Manuals, 2023](#)). [https://www.who.int/health-topics/rabies#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/rabies#tab=tab_1)

Современные подходы к диагностике включают лабораторное выявление вируса с помощью иммунофлуоресцентного анализа (ИФА), молекулярных методов (RT-PCR) и экспресс-тестов. Вакцинация и

иммунизация иммуноглобулином в первые часы после контакта с источником вируса играют ключевую роль в профилактике заболевания ([CDC, 2023](#)).

Целью данного протокола является предоставление рекомендаций для своевременного распознавания, диагностики, профилактики и оказания медицинской помощи при бешенстве на всех этапах медицинской помощи.

### **Определение:**

**Бешенство** (гидрофобия, лат. - *rabies*, греч. - *lyssa*) острая вирусная зоонозная инфекция, возникающая после попадания на поврежденную кожу и слизистые слюны инфицированных плотоядных животных. Заболевание сопровождается дегенерацией нейронов головного и спинного мозга с развитием своеобразного энцефалита.

Основными хозяевами источника инфекции в природе являются дикие животные (резервуарами являются летучие мыши), которые обеспечивают длительность циркуляции вируса, синантропные животные (живущие рядом с человеком, в его доме или в непосредственной близости) заражаются от диких животных, создавая антропоургические очаги и увеличивая угрозу передачи заболевания человеку.

Существуют две основные эпидемические формы заболевания: городское бешенство и лесное бешенство.

### **Эпидемиология заболевания:**

Бешенство представляет собой зоонозную инфекцию. Резервуарами бешенства считаются летучие мыши, которые обеспечивают длительность циркуляции вируса. Основным хозяином бешенства в природе служат дикие животные (шакалы, волки, лисицы). Синантропные животные заражаются от диких животных, создавая антропоургические очаги и увеличивая угрозу передачи заболевания человеку. Существуют две основные эпидемические формы заболевания: городское бешенство и лесное бешенство.

Основными резервуарами бешенства являются дикие псовые, преимущественно лисы, енотовидные собаки, песцы, волки, шакалы, корсаки. В последние годы зарегистрированы случаи бешенства у барсуков, хорьков, куниц, бобров, лосей, рысей, диких кошек, серых крыс, домовых мышей. Выявлены случаи заболевания у белков, хомяков, ондатр, нутрий, медведей. Доля домашних и сельскохозяйственных животных в качестве источника инфекции существенно ниже, у собак и кошек (до 33%), в меньшей степени (до 12,7%) – крупный и мелкий рогатый скот, лошади. Наибольшую опасность представляют бездомные животные, риск

инфицированности, которых рабическим вирусом существенно выше [11, 12, 13].

**Восприимчивость.** Источником инфекции для человека являются животные, находящиеся в инкубационном периоде заболевания, или с клинической картиной бешенства. Основным механизмом заражения человека – контактный. Вирус выделяется во внешнюю среду со слюной инфицированного животного. Человек заражается при укусе, оцарапывании или ослонении кожи и слизистых оболочек больным животным, (при наличии микротравм) (в том числе неповрежденных). Появление вируса в слюне может обнаруживаться еще до развития у животных клинических проявлений заболевания.

### **Классификация:**

[https://www.who.int/health-topics/rabies#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/rabies#tab=tab_1)

#### **I. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-ХI):**

A82 Бешенство

A82.0 Лесное бешенство

A82.1 Городское бешенство

A82.9 Бешенство неуточненное

#### **II. Клиническая классификация бешенство:**

по типу:

1. эпизоотия бешенства городского типа;

2. эпизоотия бешенства природного типа.

По клинической форме:

1. бульбарная;

2. менингоэнцефалитическая;

3. мозжечковая;

4. паралитическая.

Периоды болезни:

1. период предвестников;

2. период возбуждения;

3. период параличей.

### **3. Методы, приемы обследования, подходы к лечению и диагностические процессы.**

Диагностика бешенства носит комплексный характер и предусматривает оценку клинической картины заболевания совместно с данными эпидемиологического анамнеза. Результаты лабораторных исследований прижизненного значения не имеют. Важное значение при установлении диагноза имеет сбор эпидемиологического анамнеза. **Эпидемиологический анамнез:** контакт с потенциально

инфицированными животными: укусы, царапины или попадание слюны инфицированных животных (собаки, кошки, летучие мыши, лисы, шакалы) на поврежденную кожу или слизистые оболочки. Бродячие и домашние собаки являются источником более 99% случаев передачи бешенства человеку в эндемичных регионах ([WHO, 2023](#)).

### **Инкубационный период**

Инкубационный период от 7 суток до 1 года и более (чаще 30 – 90 суток).

### **Начальный период**

Заболевание начинается постепенно в течение 1-3 дней с периода предвестников (продромальный период): возможна лихорадка, чаще субфебрильная, повышенная чувствительность к слуховым и зрительным раздражителям, гиперестезия кожи. В области уже зарубцевавшейся раны иногда вновь появляются местные воспалительные явления, рубец становится красным и припухает. Наблюдают также повышение эмоциональной активности продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней. При укусах в лицо возникают обонятельные и зрительные галлюцинации. Больной замкнут, апатичен, отказывается от еды, плохо спит, сон у него сопровождается устрашающими сновидениями.

Начало острого энцефалита проявляется приступами психомоторного возбуждения. Вскоре присоединяются изменение сознания, галлюцинации, агрессивность, буйство, бредовые идеи, мышечные спазмы, судороги. Больной пытается убежать, укусить, нападает с кулаками. На этом фоне возникает приступ болезни («пароксизм бешенства»), сопровождающийся судорогами мышц глотки, гортани, диафрагмы, возможно нарушение дыхания и глотания. Характерны психомоторное возбуждение, гиперсаливация, рвота, что приводит к обезвоживанию. Приступы длятся несколько секунд или минут, в дальнейшем частота их нарастает, провоцируют их попытка пить (гидрофобия), дуновение воздуха (аэрофобия), яркий свет (фотофобия) или громкий звук (акустикофобия). Эти явления нарастают в своей интенсивности так, что одно напоминание о воде или звук льющейся жидкости вызывает спазмы мышц глотки и гортани. Дыхание становится шумным в виде коротких судорожных вдохов, на высоте приступа возможна остановка дыхания. Между приступами сознание, как правило, проясняется. К симптомам энцефалита скоро присоединяются признаки нарушения стволовых функций. Поражение черепно-мозговых нервов ведёт к диплопии, парезу лицевых мышц, невриту зрительного нерва, нарушению глотания. Слюнотечение в сочетании с дисфагией приводит к появлению изо рта пены, что очень характерно для больных бешенством. Наблюдается тахикардия, гипертермия.

Следующая стадия болезни — паралитическая. Через 2-3 дня прекращаются судороги и возбуждение, проясняется сознание. На фоне мнимого улучшения состояния развиваются параличи мышц конечностей,

языка, лица. Смерть наступает от паралича дыхательного или сосудодвигательного центра. Возможны различные варианты течения болезни: отсутствие продромального периода или развитие «тихого» бешенства — характерно развитие восходящих параличей, напоминающих синдром Гийена–Барре. Именно «тихое бешенство» превалирует в клинической картине бешенства в течение последних двух десятилетий в РФ. Исход заболевания - смерть больного. В отсутствие интенсивной терапии (ИВЛ) через 4 суток после появления первых симптомов умирает половина больных, через 20 суток - все заболевшие. Если проводится ИВЛ, возможно развитие поздних осложнений: синдром гиперсекреции антидиуретического гормона, несахарный диабет, нестабильность гемодинамики, аритмии, РДС взрослых, желудочно-кишечные кровотечения, тромбоцитопения и др.

### Диагностические критерии

[https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/;](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/)

<http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270>

### Клинические критерии диагностики бешенство

Признак	Характеристика	УДД
Повышение температуры тела	Характерна субфебрильная лихорадка в начале заболевания и фебрильная в разгаре	<b>В</b>
Поражение центральной нервной системы	Приступы гидрофобии, аэрофобии, возбуждения, судорог, галлюцинации, Энцефалопатия	<b>В</b>
Поражение черепно-мозговых нервов	Диплопия, парез лицевых мышц, неврит зрительного нерва, нарушение глотания	<b>В</b>

### Клиническое течение болезни, объективные и физикальные обследования пациентов:

- повышение температуры тела от субфебрильной до гиперпиретической 40°C и выше;
- экзофтальм, расширение зрачков
- двигательное возбуждение с галлюцинациями повышенное потоотделение;
- гидрофобия, аэрофобия, акустикophobia, фотофобия;
- «пароксизм бешенства» (под влиянием какого-либо раздражителя больной вздрагивает; руки вытягиваются вперед)

- и дрожат; голова и туловище откидываются назад; появляется одышка инспираторного типа);
- обильное слюноотделение: слюна жидкая, обильная, больной сплёвывает ее или она стекает по подбородку;
  - признаки обезвоживания: заострение черт лица, уменьшение массы тела, количества мочи;
  - лицо больного выражает ужас и страдания, взгляд устремлен в одну точку;
  - тахикардия;
  - психические расстройства;
  - развитие параличей конечностей (восходящий паралич);
  - поражения черепно-мозговых нервов (диплопия, паралич лицевого нерва, неврит зрительного нерва);
  - нарушение функции тазовых органов (приапизм, спонтанная эякуляция);
  - периодические приступы болезненных спазмов (судорог) всех мышц;
  - периодические приступы психомоторного возбуждения, агрессии;
  - слуховые и зрительные галлюцинации, бред, чувство страха, беспокойство носит агрессивный характер, может перейти в состояние буйства;
  - отсутствие нарушения сознания.

### 3. Процессы методов исследования, медицинских методов лечения и диагностики

#### Критерии оценки периодов заболевания по клиническим признакам

Признак	Характеристика признака
Анамнез и жалобы	Наличие в анамнезе в течение последнего месяца до заболевания укуса или ослонения диким, бродячим или домашним животным, контакта с диким или домашним животным. Следует учитывать, что инкубационный период бешенства определяется локализацией и тяжестью нанесенных повреждений и составляет от нескольких дней до 6 месяцев и более. Наиболее короткая инкубация наблюдается при укусе лица, головы, шеи, затем верхних конечностей и максимально длинная – при укусе в нижние конечности.
Продромальный период	Начало заболевания постепенное в течение 1-3 дней с периода предвестников: бессонница, раздражительность, повышение температуры, чувство

	нехватки воздуха.
Период разгара	Патогномоничные признаки разгара болезни: невозможность пить воду (гидрофобия), аэрофобия, развитие приступов психомоторного возбуждения, слюнотечение, бред и галлюцинации.
Паралитическая стадия	Развитие паралитической стадии болезни через 2-3 дня после периода возбуждения.

### Критерии лабораторного подтверждения диагноза:

[https://edu.nmrc.ru/wp-content/uploads/2019/12/kr\\_beshenstvo\\_1\\_.pdf?ysclid=lshqb0y2u0240689941](https://edu.nmrc.ru/wp-content/uploads/2019/12/kr_beshenstvo_1_.pdf?ysclid=lshqb0y2u0240689941)

### Прижизненные методы диагностики:

Метод	Показания	УДД
<b>Общий анализ крови</b>	С диагностической и дифференциально диагностической целью.	С
<b>Вирусологическое исследование слюны, слезной или спинномозговой жидкости</b>	Выделение вируса из слюны, слезной или спинномозговой жидкости путем интрацеребрального заражения мышечных сосунков)	А
<b>ПЦР (СМЖ, ткань, слюна)</b>	Определение РНК вируса бешенства	А
<b>Иммунохроматографический метод (ткань, сыворотка, СМЖ)</b>	Обнаружение антигена и антител к вирусу бешенства в сыворотке, крови и СМЖ, ткани мозга, ткани	А
<b>РИФ (отпечатки с роговицы или биоптаты кожи).</b>	Обнаружение антигена и антител к вирусу бешенства из отпечатков с роговицы или биоптатах кожи, ткань мозга)	В
<b>Иммунофлуоресцентный анализ (IFA) кожного биоптата</b>	(обнаружение антигена вируса в нервных окончаниях кожи) Материал: кожный биоптат с волосными фолликулами из области задней поверхности шеи  Обнаружение антигена и антител к вирусу бешенства в сыворотке, крови и СМЖ, ткани мозга, ткани	С

	(имеет ограниченную диагностическую ценность, так как антитела появляются на поздних стадиях заболевания)	
<b>Изотермическая амплификация (RPA)</b>	Материал: слюна, кожная биопсия  для быстрого подтверждение наличия вирусной РНК Иммунохроматографический анализ (ICA) (для быстрого обнаружения антигенов вируса бешенства в образцах головного мозга животных Этот метод применяется в ветеринарии	<b>В</b>

#### Методы диагностики после смерти:

<b>Метод</b>	<b>Показания</b>	<b>УДД</b>
<b>Гистологический метод</b>	Обнаружение телец Бабеш-Негри в мазках, срезах клетках аммонового рога, гиппокампа, пирамидальных клеток коры большого мозга или клеток Пуркинью мозжечка.	<b>А</b>
<b>Биологическая проба</b>	(Заражение новорожденных мышей или сирийских хомяков вирусом из слюны больных, взвеси мозговой ткани или подчелюстных желез интрацеребрально): гибель животных через 6-7 дней после заражения позволяет предположить наличие вируса бешенства.	<b>А</b>
<b>Прямая иммунофлуоресценция (DFA)</b>	Материал: образцы мозговой ткани (ствол мозга, мозжечок, гиппокамп) “золотой стандарт” посмертной диагностики по рекомендации ВОЗ	<b>А</b>
<b>RT-PCR мозговой ткани</b>	Материал: образцы мозговой ткани	<b>В</b>

--	--	--

- клинический анализ крови выполняются с диагностической и дифференциально диагностической целью. Характерны: лейкопения или лимфоцитарный лейкоцитоз, анэозинофилия, в поздних стадиях – повышение гематокрита, тромбоцитопения:

- рекомендуется определение антигена вируса бешенства при помощи РИФ или РНИФ с использованием антител, меченных флюорохромом в исследуемом материале: прижизненный тест – отпечатки роговицы, биоптат кожи затылка; постмортальный тест – мазки-отпечатки различных отделов головного мозга левой и правой стороны (аммонов рог, кора полушарий, мозжечок и продолговатый мозг). Можно также исследовать спинной мозг, подчелюстные слюнные железы. Метод является дополнительным и применяется в диагностически сложных случаях [8].

- рекомендуется для постмортальной диагностики использование гистологического метода - микроскопическое выявление морфологических структур возбудителя в виде телец Бабеша-Негри при оценке цитологической картины и морфологии клеток в очаге воспаления (мазки-отпечатки головного мозга) при окраске препаратов по одному из методов (по Селлерсу, Муромцеву, Манну, Ленцу и др.). Метод является основным. Положительным результатом считают наличие телец Бабеша-Негри - четко очерченных овальных или продолговатых гранулированных образований рубиново-красного цвета с базофильной внутренней структурой, расположенных в цитоплазме нейронов или в околкеклеточном пространстве. На исследование берут тот же материал, что и на РИФ. Относится к экспресс-методам, ответ может быть получен через 1-2 часа после доставки материала. Метод специфичен для бешенства, но менее чувствителен, чем РИФ и РНИФ. В ткани мозга собак тельца находят в 90-95% случаев, а у людей, умерших от бешенства - в 70%. Отсутствие телец Бабеша-Негри не исключает диагноза бешенства.

- рекомендуется определение специфических антител к вирусу бешенства в сыворотке и спинномозговой жидкости с помощью серологических методов исследования: посредством РН, РСК и РИФ, радиоиммунного и иммуноферментного анализа. Метод является дополнительным и применяется в случаях отсутствия вакцинопрофилактики до начала клиники.

- рекомендуется проведение молекулярно-генетического исследований без накопления возбудителя (качественный тест) с выявлением РНК *Neurorhynchus rabid* в исследуемом материале (биоптат мозга). Метод является дополнительным и применяется в диагностически сложных случаях. Проводится с диагностической целью постмортально [8, 12].

- рекомендуется использование биологического и культурального методов - путём заражения исследуемым материалом (слюна больных людей и животных, ткань мозга, слюнных желез от трупов) лабораторных

животных (сосунки белых мышей, сирийские хомячки) или индикаторных клеток. Метод является дополнительным и проводится при получении отрицательных результатов предыдущими методами и в сомнительных случаях. [8, 9, 11]

### Физикальное обследование

[https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=39122286&pos=6;-108#pos=6;-108](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=39122286&pos=6;-108#pos=6;-108)

### Методы инструментальной диагностики

Метод	Показания	УДД
Электрокардиография		D
Рентгенография органов грудной клетки	Пациентам с признаками пневмонии (при поражении органов дыхания).	D

### Показания для консультации специалистов

УДД	Специалист	Показания для консультации	Роль специалиста	Ссылка
A	Невролог	Развитие неврологических симптомов (гидрофобия, судороги, параличи, нарушение сознания).	Дифференциальная диагностика неврологических заболеваний, подтверждение поражения ЦНС.	<a href="#">MSD Manuals</a>
A	Хирург	Наличие раны после укуса, требующей хирургической обработки.	Первичная обработка раны, профилактика вторичной инфекции.	<a href="#">MSD Manuals</a>

## Диагностический алгоритм

1. Наличие в анамнезе в течение последнего месяца до заболевания укуса, оцарапывания или ослюнения бродячим, диким или домашним животным, контакта с диким или домашним животным.
2. Постепенное начало заболевания в течении 2-3 суток.



Необходимо провести

### Физикальное обследование:

Любой пациент с одним или несколькими клиническими признаками:

- энцефалит
- миелит
- затрудненное глотание
- гидрофобия
- беспокойство
- возбужденное состояние
- парестезия

### Общий анализ крови (при бешенстве):

- Общий анализ крови:  
лейкоцитоз,  
нейтрофилез  
ускорение СОЭ

### Эпиданамнез:

- соответствует предположительному случаю плюс наличие контакта (укус, оцарапывание, ослюнение) с подозрительным на бешенство животным (собаки, кошки, лисы,

### Дифференциальный диагноз:

- Отравление атропином
- Столбняк
- Лиссофобия

Диагноз подтвержден

- определение антигена вируса бешенства в клинических образцах с помощью прямой флюоресценции антител (ткань мозга посмертно);
- определение антигена вируса бешенства в клинических образцах с помощью прямой флюоресценции антител в образцах кожи (нервные клетки вокруг волосяных фолликулов) из затылочной части шеи (прижизненное исследование);
- определение специфических антител к вирусу бешенства в реакции непрямой флюоресценции или реакции полной вирус нейтрализации в

### Дифференциально-диагностические особенности бешенство

УДД	Заболевание	Клинические признаки для дифференциации	Дополнительные исследования	Ссылка
А	Вирусный энцефалит	Лихорадка, головная боль, судороги, нарушение сознания.	Анализ ликвора (повышенные уровни белка, плеоцитоз), RT-PCR для определения других вирусов (например, герпесвируса).	<a href="#">MSD Manuals</a>
А	Столбняк	Спазмы жевательной мускулатуры (тризм), ригидность мышц, отсутствие гидрофобии.	Микробиологическое исследование раны, тест на антитела к токсину <i>Clostridium tetani</i> .	<a href="#">ВОЗ</a>
С	Отравление атропином	Симптомы зависят от токсина: паралич, судороги, психоз.	Анализ крови и мочи на наличие токсинов, токсикологический скрининг.	<a href="#">MSD Manuals</a>
	Лиссофобия	Страх заболеть психическими заболеваниями	Консультация психиатра	

#### 4. Тактика лечения на амбулаторном уровне:

- Немедикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне: **не проводится.**
- Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне: **не проводится.**
- Хирургическое вмешательство: **не проводится.**

Дальнейшее введение:

- Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне: **не проводится.**

### 5.5. Показания для госпитализации с учетом видов оказания медицинской помощи:

Вид оказываемой помощи	Показания к госпитализации	Ответственные специалисты	Ссылка
Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП)	- Подозрение на бешенства (укусы, контакт с подозрительным животным).	Врачи общей практики, терапевты, педиатры, фельдшеры	<a href="#">ВОЗ</a>
Скорая медицинская помощь (СМП)	- Острые клинические проявления: гидрофобия, аэрофобия, судороги, нарушение сознания.	Врачи скорой помощи, инфекционисты	<a href="#">CDC</a>
	- Прогрессирующие симптомы паралича или признаки дыхательной недостаточности.	Реаниматологи	<a href="#">ВОЗ</a>
Специализированная и высокотехнологичная помощь	- клинические признаки бешенства (неврологические и системные проявления).	Инфекционисты, неврологи, реаниматологи	<a href="#">MSD Manuals</a>

### 6. Тактика лечения на стационарном уровне.

Тактика немедикаментозного лечения бешенства на стационарном уровне:

УДД	Этап лечения	Действия	Ссылка
С	Режим	соблюдение охранительного режима: индивидуальный пост; уход, призванный максимально защитить больного от внешних раздражителей, тихая, теплая палата и др. затемнение палаты, устранение внешних раздражителей (света, шума, воды)	<a href="#">ВОЗ</a>
С	Зондовое питание		
С	Трахеостомия	предупреждение асфиксии из-за ларингоспазма, уменьшение риск аспирационных осложнений,	

		облегчение проведения искусственной вентиляции легких	
С	<b>Катетеризация центральной вены, мочевого пузыря</b>		<a href="#">ВОЗ</a>

**Перечень основных лекарственных средств для лечения бешенства на стационарном уровне (с 100% вероятностью применения)**

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Нейролептики:	Аминазин,	в/м, в/в	В
Транквилизаторы:	Диазепам,	в/в	В
Сибазон		(в/м, в/в)	С
Натрия оксибутират		( в/в)	С
Барбитураты	Фенобарбитал,	(в/м, в/в)	В
Дезинтоксикационные средства (кристаллоидные растворы)	раствор натрия хлорида 0,9% - 400 мл раствора декстрозы 5%-400,0	в/в	В
Коллоидные растворы	меглюмина натрия сукцинат 400,0	в/в	В
Кардиотонические средства	Допамин концентрат для приготовления раствора для инфузий 0,5%,	в/в	В
Диуретики	фуросемид раствор для инъекций 20 мг/2мл; маннитол раствор для	в/в	В

	внутривенного введения 10, 20%.		
--	------------------------------------	--	--

**Перечень основных лекарственных средств для лечения бешенства на стационарном уровне (с менее 100% вероятностью применения)**

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Антибиотики	Цефтриаксон 1,0-2 каждые 12 часов	в/в	C
При бульбарных нарушениях (с расстройством глотания и дыхания)	ИВЛ		C

**Включение в клинический протокол незарегистрированных в Республике Узбекистан лекарственных средств не является основанием для возмещения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.**

Другие виды лечения

Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне: **не проводится.**

Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне: **не проводится.**

Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи: **не проводится.**

Хирургическое вмешательство: **не проводится.**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ  
«БЕШЕНСТВО»**

## ТАШКЕНТ – 2025

### 1. Введение

Актуальность проблемы бешенства обусловлено повсеместным распространением инфекции и 100% летальностью. На современном этапе происходит глобальный рост рабической инфекции, как во всем мире. По данным Всемирной Организации Здравоохранения бешенство ежегодно уносит жизни 55 000 человек - в среднем, 1 человек каждые 10 минут. В Узбекистане заболеваемость людей бешенством регистрируется ежегодно.

Медицинские вмешательства при бешенстве направлены на синдромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, устранение психомоторного возбуждения и других проявлений заболевания.

1) цель проведения процедуры или вмешательства:

А	- оказание паллиативной помощи больному
---	---

2) противопоказания к процедуре или вмешательству: - нет;

3) показания к процедуре или вмешательству:

А	<ul style="list-style-type: none"><li>- хирургические показания (множественные рваные раны, укусы в лицо, шею, кисти и пальцы рук);</li><li>- отягощённый терапевтический анамнез;</li><li>- с инфицированными после укусов ранами (кроме кисти);</li><li>- с инфицированными после укусов ранами кисти;</li><li>- с отягощённым аллергологическим анамнезом,</li><li>- лица с необычными поствакцинальными реакциями и осложнениями на антирабические препараты и повторно прививаемые;</li><li>- с отягощённым неврологическим анамнезом;</li><li>- с отягощённым психоневрологическим анамнезом;</li><li>- беременные женщины, пострадавшие от укусов животных;</li><li>- новорождённые, пострадавшие от укусов животных;</li><li>- больные гидрофобией и пострадавшие от укусов инфицированных животных.</li></ul>
---	--

4) требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство:

- специалист с высшим медицинским образованием (инфекционист, анестезиолог реаниматологи);

- знания санитарно-эпидемиологических правил и норм забора, хранения и доставки в лабораторию биологического материала;

5) перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству:

- клинико-эпидемиологические данные

- лабораторные исследования

А	<ul style="list-style-type: none"><li>- Вирусологическое исследование;</li><li>- ПЦР</li><li>- ИФА</li><li>- РИФ</li><li>- Гистологический метод</li><li>- Биологическая проба</li></ul>
---	--

**Общий анализ крови:** <http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf>

С	- общий анализ крови: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ
---	--

**Общий анализ крови:**

С	изменения не характерны
---	-------------------------

**Биохимический анализ крови:**

С	повышение содержания глюкозы, мочевины, креатинина, нарушения электролитного состава крови (за счет обезвоживания)
---	--

**Инструментальные исследования:**

**Рентгенография органов грудной клетки:**

С	ЭКГ;
С	наличие признаков пневмонии (при поражении органов дыхания);

[https://edu.nmrc.ru/wp-content/uploads/2019/12/kr\\_beshenstvo\\_1\\_.pdf?ysclid=lshqb0y2u0240689941](https://edu.nmrc.ru/wp-content/uploads/2019/12/kr_beshenstvo_1_.pdf?ysclid=lshqb0y2u0240689941)

## **2. Способ применения медикаментозного лечения данной нозологии**

**Противосудорожная и седативная терапия:**

Нейролептики: аминазин 100 мг\сут;

Транквилизаторы: диазепам 40100 мг\сут.

Барбитураты: фенобарбитал 50 мг через каждые 3-6 часов или тиопентал натрия до 2 г\сут в 3-4 приема.

Дезинтоксикационная и регидратационная терапия: парентеральное введение изотонических (0,9% раствор хлорида натрия 400,0; 5% раствора декстрозы 400,0) и коллоидных (меллюмина натрия сукцинат, 400,0) растворов в соотношении 3-4:1 в общем объеме 800-1200 мл в течение 1-3 дней.

Кардиотонические средства: допамин концентрат для приготовления раствора для инфузий 0,5%,

#### **Дегидратационная терапия:**

Диуретики: фуросемид раствор для инъекций 20 мг/2мл; маннитол раствор для внутривенного введения 10, 20%.

**ИВЛ:** при бульбарных нарушениях (с расстройством глотания и дыхания).

#### **Перечень дополнительных медикаментов:**

При осложнениях (пневмония):

Антибактериальная терапия в зависимости от возбудителя.

### **Обоснование и формулировка диагноза**

При формулировке диагноза бешенство записывают сам диагноз и его обоснование.

При обосновании диагноза следует указать данные:

- эпидемиологические (укус или ослушение больными животными или животными с неизвестным состоянием здоровья (собаки, кошки, лисы, волки, летучие мыши, лошади и др.).

-клинические (лихорадка, гидрофобия, аэрофобия, акустикофобия, фотофобия, «пароксизм бешенства», обильное слюноотделение, повышенное потоотделение, признаки обезвоживания, двигательное возбуждение с галлюцинациями, психические расстройства, развитие параличей конечностей (восходящий паралич), поражения черепно-мозговых нервов, нарушение функции тазовых органов, периодические приступы болезненных спазмов (судорог) всех мышц, периодические приступы психомоторного возбуждения, агрессии, слуховые и зрительные галлюцинации, бред, чувство страха, беспокойство носит агрессивный характер, может перейти в состояние буйства, отсутствие нарушения сознания).

- лабораторные определение антигена вируса бешенства в клинических образцах с помощью прямой флюоресценции антител (ткань мозга посмертно);

- определение антигена вируса бешенства в клинических образцах с помощью прямой флюоресценции антител в образцах кожи (нервные клетки вокруг волосяных фолликулов) из затылочной части шеи (прижизненное исследование);

- определение специфических антител к вирусу бешенства в реакции непрямой флюоресценции или реакции полной вирус нейтрализации в разведении 1:5 из СМЖ или сыворотке невакцинированного человека;
- определение РНК вируса бешенства в реакции обратной транскриптазополимеразной реакции в слюне, СМЖ или ткани;
- определение антигена вируса бешенства в культуре ткани или мышцах после введения в них ткани мозга, СМЖ, или слюны больного.

При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается

отдельной строкой:

- Осложнение:

- Сопутствующее заболевание:

Примеры диагноза:

Бешенство, бульбарная форма, стадия возбуждения.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ  
НОЗОЛОГИИ «БЕШЕНСТВО»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## 1. Основная часть

### Введение:

Бешенство - водобоязнь (гидрофобия), принадлежит к одной из самых древних болезней животных и человека. Теоретические и практические проблемы рабиологии сохраняют свою актуальность и в настоящее время, что связано с ростом эпизоотий бешенства в мире. В соответствии с данными международного эпизоотического бюро (МЭБ) и ВОЗ за последнее десятилетие в мире регистрируется примерно 600 тысяч случаев бешенства у животных, или около 60 тысяч случаев в год, свыше 17 тысяч случаев заболеваний людей, или около 1700 в год. В среднем в год на 1000 случаев заболеваний животных приходится около 28 случаев бешенства у людей. Диагностика заболевания затруднена без учета эпидемиологического анамнеза, при наличии различных клинических форм. Лечение бешенства до сих пор практически безуспешное. Поэтому важно предупредить заболевание, тем более что профилактические меры бешенства разработаны и достаточно эффективны.

### 2. Методы и способы профилактики:

Цель профилактики:

В	Профилактические (противоэпидемические) мероприятия: <ul style="list-style-type: none"><li>- своевременное выявление больных бешенством;</li><li>- осуществление своевременной лабораторной диагностики бешенства;</li><li>- усиление эпидемического надзора за соблюдением санитарных и противоэпидемических правил в стационарах при оказании лечебной помощи больным с бешенством и выполнении лабораторных исследований;</li><li>- формирование у населения навыков поведения с целью предотвращения угрозы заражения бешенством.</li></ul>
А	Основной комплекс профилактических мероприятий должен быть направлен на первичную иммунизацию групп риска (ветеринары, лесники, охотники, собаководы, работники бойни, таксидермисты, сотрудники лабораторий, работающих с уличным вирусом бешенства) проводится антирабической вакциной в соответствии с инструкцией прилагаемой к вакцине.
А	Лечебно-профилактическая иммунизация проводится при контакте и укусах, оцарапывании и ослушении людей больными бешенством, подозрительными на бешенство или неизвестными животными, противопоказаний к лечебно-профилактической иммунизации не имеется.

**А**

Постэкспозиционная (ПЭП) профилактика бешенства включает скорейшую местную обработку раны; введение антирабической вакцины против бешенства, при наличии показаний введение антирабического иммуноглобулина.

**Диспансеризация больных с бешенством не проводится, проводится диспанскриция лиц, получивших полный курс прививок против бешенства.** <https://studfile.net/preview/7901396/page:2/>

**2.2. Методы и процедуры реабилитации не проводится.**  
<https://studfile.net/preview/7901396/page:2/>

***Критерии для определения этапа и объема профилактических процедур:***

**Местная обработка раны:** обильно промыть рану струей воды немедленное и тщательное промывание струей воды и 20% мыльным раствором раны, царапины, ссадины, места ослюнения в течение 2-3 минут, затем обработать 70° спиртом, повидон-йодом.

Края раны, нанесённые животными в течение первых трёх дней не иссекают ин зашивают, исключая повреждения, которые требуют специальных хирургических вмешательств по жизненным показаниям.

Наложение швов показано исключительно в следующих случаях:

- при обширных ранах-несколько наводящих кожных швов после предварительной обработки раны;
- по косметическим показаниям (наложение кожных швов на раны лица);
- в целях остановки наружного кровотечения (сшивание кровоточащих сосудов).

### **3. Рекомендуемая постэкспозиционная профилактика заболевания бешенством.**

Категории воздействия	Тип воздействия / контакта с домашним или диким животным подозреваемым или больным бешенством, или животным недоступным для	Постэкспозиционные меры, рекомендованные ВОЗ

	тестирования.	
I (нет воздействия)	Прикосновение к животному или его кормление, облизывание животным неповрежденной кожи. Контакт неповрежденной кожи с выделениями больных бешенством животным или человеком.	Не проводятся, если эти данные достоверны и подтверждены.
II	Сдавливание при укусе открытых мест кожи, небольшие царапины или ссадины без кровотечений	Немедленная вакцинация (в соответствии с инструкцией, прилагаемой к вакцине) и местная обработка раны. Лечебно-профилактическая иммунизация останавливается если животное остается здоровым в течение наблюдения (10 дней) при отрицательных лабораторных тестах на бешенство. Если животное убито проведение прививок продолжается.
III	Единственный или множественные трансдермальные (чрезкожные) укусы** или царапины, облизывание поврежденной кожи; загрязнение слизистых оболочек слюной при	Немедленная вакцинация (в соответствии с инструкцией, прилагаемой к вакцине) и введение антирабического иммуноглобулина (0 день)*, местная

	облизывании. Контакты с летучими мышами.	обработка раны Профилактика останавливается если животное остается здоровым в течение наблюдения (10 дней) или убито и установлены отрицательные лабораторные тесты на бешенство
--	--	--

\* Пассивную профилактику бешенства у людей обеспечивает введение человеческого (HRIG) или лошадиного (ERIG) иммуноглобулина в место укуса как можно скорее после воздействия, с целью нейтрализовать вирус, а за ним следует вводить вакцину в другое место (дельтовидная мышца плеча или переднелатеральная поверхность бедра у детей до 5-х лет), чтобы вызвать активный иммунитет.

Антирабический иммуноглобулин вводится всем лицам категории III, имевшим контакт с источником инфекции, а также всем лицам с иммунодефицитом категории II, имевшим такой контакт.

HRIG следует использовать в разовой дозе 20 МЕ / кг. или ERIG в разовой дозе 40 МЕ/ кг.

Перед введением ERIG гетерологического антирабического иммуноглобулина необходимо проверить индивидуальную чувствительность пострадавшего к лошадиному белку (накожную).

При введении гомогенного антирабического иммуноглобулина индивидуальная чувствительность пострадавшего не проверяется.

Беременность и ранний детский возраст не является противопоказанием для пассивной постэкспозиционной профилактики [18].

Укусы, особенно головы, шеи, лица, рук и половых органов, должны быть отнесены к III категории воздействия из-за богатой иннервации в этих областях.

Для лиц, ранее проходивших полный курс доконтактной (предэкспозиционной) вакцинации или постконтактной (постэкспозиционной) профилактики, кратность введения и доза вакцины определяется в соответствии с инструкцией, прилагаемой к вакцине.

Те же самые правила относятся и к лицам, ранее привитым от бешенства, у которых титры ВНА (вирус нейтрализующие антитела) не менее 0,5 МЕ/мл. [19, 20].

**Профилактика и контроль внутрибольничного инфицирования:**  
изоляция в боксе пациентов с предположительным, вероятным или подтвержденным случаем заболевания и усиление мер внутрибольничного контроля [22];

- обеззараживание выделений больного (слюна, слезы), постели, одежды, инвентаря, использованных больным, одноразового медицинского инструментария в соответствии с утвержденными нормативно-правовыми документами;

- использование средств индивидуальной защиты персоналом, контактирующим с больным (халаты, маски, перчатки, очки или защитный экран) [21];

- в случае укусов больными бешенством медицинского персонала или ухаживающих за ними, или попадания слюны или слез больного бешенством на открытую рану или слизистые, то такие контактные лица должны получать постэкспозиционную профилактику [21].

#### **4. Этапы и объемы реабилитации:**

Специальных программ реабилитации для больных с бешенством нет.

#### **5. Диагностические мероприятия с указанием уровня медицинской профилактики и/или реабилитации:**

<b>В</b>	Выявление больных бешенством рекомендовано проводить специалистам лечебно-профилактических учреждений при оказании всех видов медицинской помощи в случае обращении населения за медицинской помощью по поводу нападения и укуса животными или ослюнения поврежденных кожных покровов или наружных слизистых оболочек.
----------	--

<b>В</b>	Рекомендовано направлять лиц, подвергшихся риску заражения, на консультацию врача-травматолога-ортопеда или врача-хирурга, который определяет объем оказания медицинской помощи и лечения, включая постэкспозиционную профилактику.
----------	---

<b>В</b>	Медицинским работникам, выявившим лиц, подозрительных на инфицирование вирусом бешенства, рекомендовано собрать эпидемиологический анамнез, установить (с указанием места и времени) все сведения о животном, напавшем на человека и незамедлительно сообщить эти сведения в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и ветеринарный надзор.
----------	--

<b>В</b>	<p>Лечебно-профилактическую иммунизацию рекомендовано проводить всем лицам, подвергшимся риску заражения бешенством.</p> <p>- При проведении комбинированного лечения сначала рекомендуется введение АИГ и, не более чем через 30 мин, после него введение антирабической вакцины. Гетерологичный (лошадиный) иммуноглобулин антирабический назначается в дозе 40 МЕ на 1 кг массы тела. Объем вводимого гетерологичного иммуноглобулина антирабического не должен превышать 20 мл. Гомологичный (человеческий) иммуноглобулин антирабический назначается в дозе 40 МЕ на 1 кг массы тела. Как можно большую часть рекомендованной дозы АИГ следует инфильтрировать в ткани вокруг раны и в глубине раны. Неиспользованная часть дозы препарата вводится глубоко внутримышечно в место, отличное от введения антирабической вакцины.</p> <p>- Рекомендовано введение вакцины внутримышечно в дельтовидную мышцу плеча, детям до 5 лет – в верхнюю часть переднебоковой поверхности бедра. Содержимое ампулы с вакциной растворяют в 1 мл воды для инъекций в течение не более 5 мин, хранение растворенной вакцины более 5 мин не допускается</p>
----------	---

**6. Тактика медицинской профилактики или реабилитации с указанием уровня:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755048/>

Схема лечебно-профилактических прививок антирабической вакциной и антирабическим иммуноглобулином.

<b>А</b>	При положительном результате лабораторной диагностики животного, обследованного на бешенство, начатый курс специфического антирабического лечения рекомендовано продолжать до завершения, при отрицательном результате - курс вакцинации прекращается
----------	---

<b>А</b>	При наличии у животного подозрительных на бешенство клинических проявлений курс антирабического лечения рекомендовано продолжать, несмотря на отрицательный результат лабораторной диагностики
----------	--

<b>А</b>	В случае, если животное, находившееся под наблюдением, не заболело (не погибло) в течение 10 дней с момента нанесения повреждений (ослушений) человеку, то курс антирабического лечения рекомендовано прекратить
----------	--

<b>А</b>	В случаях различных нарушений курса антирабических прививок (несоблюдение сроков вакцинации, нарушения последовательности введения препарата и пр.) рекомендовано проводить определение иммунного статуса прививающихся с целью дальнейшей корректировки проводимого специфического лечения
----------	---

<b>В</b>	Профилактическую иммунизацию рекомендовано проводить по схеме: - первичная иммунизация – по 1 мл 3 инъекции в 0-ой, 7-ой и 30-ый день; - первая ревакцинация через 1 год – однократно 1 мл - последующие ревакцинации каждые 3 года однократно 1 мл.
----------	---

**Показания для консультации специалистов:**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755048/>

<b>С 5</b>	консультация хирурга - при наличии повреждений, множественных рваных ран
------------	--

<b>С 5</b>	консультация невролога – при наличии неврологической симптоматики и отсутствии данных эпидемиологического анамнеза
------------	--

**7. Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий:**

<https://studfile.net/preview/7901396/page:2/>

- снижение случаев регистрации заболеваемости бешенством;

**Список использованной литературы:**

1. Информационный бюллетень ВОЗ №99, Сентябрь 2015 г.  
<https://www.who.int/ru/publications/journals/bulletin>.
2. Инфекционные болезни: национальное руководство/ Под ред. Н.Д.Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1056 с. – (Серия «Национальные руководства»). <https://jasulib.org/kg/wp-content/uploads/2022/04/1.Uyshuka-N.D-Infeksya-bol.pdf>
3. Клинические протоколы МЗ РК - 2015 (Казахстан)  
<https://studfile.net/preview/7901396/page:2/>
4. Клинические протокол по диагностике и лечению бешенство у взрослых, 2021 г. РФ  
(<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/>)
5. Клинические рекомендации «Бешенство (гидрофобия) у взрослых», 2019 г. РФ <https://disk.yandex.ru/i/LWAnYGsz3CY-AQ>

6. Protocol for Management of Human Rabies and Management of Exposures to Animals to Prevent Human Rabies. 2019 Decembe; [https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/rabies\\_protocol.pdf](https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/rabies_protocol.pdf)
7. National Guidelines on Rabies Prophylaxis. 2015. <http://clinicaestablishments.gov.in/WriteReadData/238.pdf>
8. Климова Е.А., Ющук Н.Д. Бешенство. В кн.: Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я., ред. Инфекционные болезни: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009: 888-96.
9. Зверев В. В., Медицинская микробиология, вирусология и иммунология, учебник, том 2 / Зверев В. В., Бойченко М. Н. 2016: 316- 21.
10. Онищенко Г.Г., Попова А.Ю., Ежлова Е.Б., Демина Ю.В., Пакскина Н.Д., Писцов М.Н., Рубцов В.В., Суровяткин А.В., Петров А.А., Казанцев А.В., Бережной А.М., Зверев А.Ю., Маношкин А.В., Кротков В.Т., Кутаев Д.А., Максимов В.А., Кузнецов С.Л., Вахнов Е.Ю., Тимофеев М.А., Мовсесянц А.А. и др. Эпидемиологическая обстановка и вопросы идентификации вируса бешенства среди людей на территории Российской Федерации в период 2002–2015 гг. Проблемы особо опасных инфекций. 2017; 3: 27-32.
11. Шабейкин А.А., Зайкова О.Н., Гулюкин А.М. Обзор эпизоотической ситуации по бешенству в Российской Федерации за период с 1991 по 2015 годы. Ветеринария Кубани. 2016; 4: 4-6.
12. Никифоров В.В., Авдеева М.Г. Бешенство. Актуальные вопросы. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2017. 22 (6): 295-305.
13. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 1 февраля 2012 г. N 13.
14. Ющук Н.Д., Климова Е.А., Кареткина Г.Н. Особенности клиники и эпидемиологии бешенства в Москве и Московской области. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2004; 6: 11-5.
15. Фазылов В.Х., Муртазина Г.Х., Урманчеева Ю.Р., Мингажева Р.И. Диагностика бешенства (клинический случай). Практическая медицина. 2014; 7: 121-3.
16. Гербенгаген А.В. Бешенство, актуальные аспекты для оториноларинголога. Российская оториноларингология. 2012; 5: 161-3.
17. Wertheim H.F.L., Nguyen T.Q., Nguyen K.A.T., de Jong M.D., Taylor W.R.J., Le T.V. et al. Furious rabies after an atypical exposure. PLoS Med. 2009; 6(3): e1000044. doi:10.1371/journal.pmed.1000044.
18. Plotkin S.A. Rabies. Clin. Infect. Dis. 2000; 30(1): 4–12.
19. Human death associated with bat rabies — California, 2003. MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. 2004; 53: 33-5.
20. Kan V.L., Joyce P., Benator D., Agnes K., Gill J., Irmiler M. et al. Risk assessment for healthcare workers after a sentinel case of rabies and review of the literature. Clin. Infect. Dis. 2015; 60(3): 341–8.

21. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/ru> (updated 11/11/2017)
22. Раичич С.Р., Картавая С.А., Зубарева К.Ю., Симонова Е.Г. Бешенство в Московской области. Инфекционные болезни. 2017. Т. 15. № S1. С. 230.
23. Инструкция по применению вакцины антирабической культуральной концентрированной очищенной, инактивированной сухой, лиофилизата для приготовления раствора для внутримышечного введения и антирабического иммуноглобулина. Утверждено главным государственным санитарным врачом РФ Г.Г. Онищенко 26.03.2009г. № 01-11/34-09

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.