

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve

A varicella kezeléséről és megelőzéséről

(1. módosított változat)

Készítette: az Infektológiai Szakmai Kollégium

1. Alapvető megfontolások

1. A protokoll érvényességi területe: minden ellátási szint.
2. A protokoll feltétel nélkül bevezethető.
3. Definíció. A bárányhimlő nagy kontagiozitású vírusfertőzés, amely a klinikai kép alapján csaknem minden esetben kórismézhető. Az átvészeltség szerokonverzióval jár és ép immunitás esetén életre szóló védelemet jelent. A gyermekkori megbetegedések általában enyhe lefolyásúak. Adoleszcens kortól lényegesen gyakoribbak a szövődmények. Immunkompromittált egyénben kezeletlenül halálos kimenetelű lehet.
4. Panaszok és tünettan. Heveny fertőzések megbetegedés jellegzetes, viszkető hólyagos kiütéssel és többnyire lázzal.
5. A betegség leírása. A kórokozó a légutak nyálkahártyáját fertőzi meg, majd a nyirokrendszerbe kerülve hét nappal a fertőződés után primér virémiát okoz és a szövetekben replikálódik. Többnyire két héttel a fertőződés után, a szekunder virémia nyomán jelentkeznek a betegség tünetei papulákkal, majd a jól ismert hólyagokkal. Újabb erupciók megjelenésére öt-hét napig lehet számítani. A bőr és a garatnyálkahártya után a leggyakrabban érintett szervek a tüdők, a belek, a mononukleáris-makrofág rendszer, ritkábban az agy, a retina és az ízületek. A betegek többsége kisgyermek, ill. kisiskolás korú. 2007-ben hazánkban 48313 esetet jelentettek (incidencia: 480/100 ezer lakos). Ennél minden bizonnyal több eset fordult elő.
6. Kóreredet. Az alfa-herpeszvírusok alcsaládjába sorolt varicellovírus (korábbi elnevezése: varicella-zostervírus) okozza.
7. Epidemiológiai megfontolások.
 - 7.1. Átvészeltséget jelent: az anamnesztikus bárányhimlő vagy a specifikus IgG osztályú antitest kimutathatósága
 - 7.2. Szignifikáns expozíció: fertőző egyén azonos háztartásban, szoros kontaktus legalább öt percig, azonos légtérben tartózkodás legalább egy órán keresztül. A fertőzés forrása lehet: bárányhimlős beteg, disszeminált övsömörben szenvedő beteg, fedetlen testtájon zostert hordozó beteg, immunkompromittált övsömörös beteg (virémia!).
 - 7.3. Lappangási idő: 10-21-, az esetek döntő többségében 14-15 nap. Immun-szupprimált állapotban rövidebb, hiperimmunglobulin alkalmazása után hosszabb (28 nap) lehet.
 - 7.4. A fertőzőképesség: a kiütés előtt két nappal kezdődik és a teljes pörkösödésig (általában 4-5 napig) tart (IV. szintű evidencia).
 - 7.5. Elkülönítés: a kiütés megjelenésétől legalább 5 napig, ill. az erupciók pörkösödéséig indokolt.
 - 7.6. A szövődmények szempontjából magasabb kockázatú (nem immunszupprimált) populációk:
felnőtt: terhes, erős dohányos, súlyos idült tüdőbeteg
gyermek: súlyos idült tüdőbeteg, tartós salicylkezelésben részesülő, súlyos idült bőrbetegségben-, az intermedier anyagcsere zavarában szenvedő

II. Diagnózis (A klinikai kép ismeretén alapszik)

1. Az anamnézis az átvészeltség / szignifikáns expozíció megítélésével adhat segítséget a kórisme megállapításához.
2. A belszervi vizsgálat típusos kórkép esetében a kórisme megállapításához elegendő.
3. Egyéb vizsgálatok kezdeményezése csak szövődményes esetekben (ld. később) indokolt.
4. Differenciáldiagnózis. Kizárólag a kiütések morfológiája alapján olykor nehézséget okozhat az atypusos erupciók felismerése immunkompromittált betegben, továbbá egyéb infekciózus kórképektől (herpes simplex vírus, enterovírusok, Staphylococcus aureus okozta fertőzés), ill. nem fertőzőes, főleg allergiás patomechanizmusú betegségektől (gyógyszer-dermatózis, strofulus stb.) való elkülönítése. A klinikai kép alapján kétséges esetekben indokolt lehet a virológiai vizsgálat. A betegség első öt napján megkísérelhető a direkt víruskimutatás monoklonális fluoreszcens jelölésű monoklonális antitest segítségével a hólyagbennékből. A mintát torokváladék vételére alkalmas pálcával a hólyagalap széli részének erőteljes törlésével célszerű venni, hogy a morfológiai diagnózis megállapításához elegendő vírustartalmú sejt kerüljön a pálcára. Több, mint tíz napja zajló kórkép esetében a specifikus IgM kimutatása igazolja a kórismét.

III. Kezelés

A/ Nem gyógyszeres kezelés

1. Immunkompetens beteg típusos bárányhimlővel az alapellátás keretei között kezelendő.
2. A hospitalizáció javallatai:
 - súlyosabb bőr-lágyrészfertőzés
 - toxikus állapot
 - mellkasi panasz / tünet
 - idegrendszeri panasz / tünet
 - atipusos kiütések
 - vérzés
 - hasi vagy mellkasi fájdalom
 - elhúzódó / megújuló láz 6 nap után
 - újabb erupciók jelentkezése 6 napon túl
 - magas kockázatú egyén esetében megfontolandó
3. A betegség bejelentendő.
4. Betegápolás
A viszketést enyhítheti a bőrt hűsítő zuhanyozás, hintőporok alkalmazása. Gyermekkorban célszerű a körmöket rövidre vágni. Fontos a megfelelő folyadékbevitel biztosítása.

B/ Gyógyszeres kezelés

1. Oki terápia: acyclovir (ACV)

Posztexpozíciós állapotban megelőzésre, továbbá lokális alkalmazása nem javasolható. Nem bizonyított, hogy a szövődmények megelőzésére alkalmas. Az allergiától eltekintve az ACV kezelésnek ellenjavallata nincsen. Jelentős gyógyszerkölcsönhatással nem kell számolni. A vesefunkció beszűkülése esetén csökkentendő a dózis. Egyéb antivirális szer nem jön szóba a bárányhimlő kezelésében. Gyógyszer rezisztenciával csak AIDS betegnél kell számolni. (Terhesség alatti varicella antivirális kezelésre a 4. pontban van ajánlás.)

1.1. Az intravénás kezelés javallatai

- progresszív varicella / immunszupprimált egyén atipusos kiütéssel járó betegsége / generalizálódott zostere
- újszülött perinatális betegsége (ha az anyai varicella a születés előtt 5 napon belül, ill. azt követően 2 napon belül manifesztálódott) (Megjegyzés: a terhes anya övsömöre nem érinti a magzatot; III. szintű evidencia)
- vírus-mediálta szövődmények (pneumonitis, meningoencephalitis)

Adagolás: 3 hónaposnál fiatalabb csecsemőknek és felnőtteknek 10(-15) mg/ttkg/dosi, 3 hónap és 12 év között 500 mg/m²/dosi 8 óránként infúzióban. A terápia tartama 5-10 nap (súlyos kórképben, ill. elhúzódó javulás esetén, pl. encephalitisben hosszabb).

1.2. Az orális kezelés javallatai

Az iniciális per os terápiának csak a kiütés megjelenését követően 24-36 órán belül elkezdve van értelme! Immunkompetens felnőtt szövődménymentes bárányhimlője esetén a kórlefolyást lerövidíti (Ib szintű evidencia).

- 13 évesnél idősebbek tipusos varicellája (opcionális; családban akvirált megbetegedés esetében indokolt)
- immunkompetens, de rizikócsoporthoz tartozó egyén tipusos varicellája
- immunszupprimált betegek tipusos varicellája (folyamatos megfigyelés mellett)
- a parenteralisan megkezdett terápia folytatása

Adagolás:

- 13 év fölött 5 x 800 mg naponta öt-hét napig
- 3 hó – 12 év: 4 x 20 mg/ttkg naponta öt-hét napig (max. 800 mg/dosi)
- alternatíva: 3 hó – 2 év: 4 x 200 mg naponta öt-hét napig
- 2-5 év: 4 x 400 mg naponta öt-hét napig
- 6-12 év: 4 x 800 mg naponta öt-hét napig

Három hónaposnál fiatalabb csecsemő orális kezelésére vonatkozóan nincs elegendő tapasztalat. Immunkompromittált betegek kezelését a megfelelő ellenanyag szint kialakulásáig folytatni kell. Kétévesnél idősebb immunkompromittált gyermeknél a disszemináció megelőzésére a felnőtt adag alkalmazható.

2. Tüneti kezelés a szövődmények megelőzése érdekében.

Lázcillapításra ne salicyltartalmú készítményt használjunk! A bőr öntisztulását akadályozó, arról nehezen eltávolítható rázókeverék (Susp. Zinci aquosa) kerülendő. Megkísérelhető antihistamin hatású szer szisztémás - nem lokális!- használata, bár erre vonatkozóan nincsenek az irodalomban evidencia szintek megállapításához klinikai vizsgálatok.

IV.-V. Rehabilitáció, Gondozás

Szövődmények, prevenció és prophylaxis

1. Szövődmények; komplikált varicella

Komplikált bárányhimlős beteg ellátásához infektológiai konzílium szükséges.

- Bakteriális felülfertőzés

A 6. nap után, ill. újabb erupciók megjelenése nélkül észlelt láz avagy láztalan állapotot követő újabb láz esetén bakteriális szövődményt kell feltételezni. A bakteriális szuperinfekció többnyire az erupciók fertőződését jelenti (impetigo, cellulitis) és *S. pyogenes*, ill. *S. aureus* idézi elő. Invazív *Streptococcus* betegség (véráram-fertőzés, toxicus shock syndroma) lehet a következménye. A mikrobiológiai diagnózishoz hemokultúra vizsgálat, ill. a felülfertőzés területéből vett minta (hólyagbennék, szövetnedv stb.) bakteriológiai vizsgálata szükséges. A felülfertőzést penicillinnel, *S. aureus* kóroki szerepe esetén antistaphylococcalis szerrel kell kezelni. A gyermekkori *Streptococcus Toxicus Shock Syndroma* első kockázati tényezője a bárányhimlő.

- Pneumonitis

Egészséges adoloscensek és felnőttek esetében leggyakoribb szövődmény a pneumonitis. A kiütések megjelenését 1-3 nappal követően légúti panaszok utalnak a tüdő érintettségére. A diagnózist mellkasröntgen felvétel igazolja.

- Neuroinfekció (cerebelláris ataxia, meningitis, meningoencephalitis)
- Hematológiai rendellenességek (thrombocytopenia, leukopenia)

A neurológiai és hematológiai komplikációk kórházi szakellátást igényelnek.

– Progresszív varicella

A folyamat a parenchymás szerveket is érinti és erre az erupciók atipusos volta utalhat. Kezeletlenül többnyire fatális.

– Reye syndroma

A salicylkészítmények és a Reye syndroma összefüggése miatt ezen szerek alkalmazása varicella esetében tilos. Csillapíthatatlan hányás - esetleg tudatzavarral társulva- föl kell vesse a betegség gyanúját.

2. Prevenció

A bárányhimlő megelőzésének hatékony eszköze az aktív immunizáció, élő, attenuált kórokozó tartalmú védőoltással. Az immunizáció globális járványügyi hatását, a bárányhimlő megbetegedés előfordulásának 85%-os csökkenését, igen magas 98-99%-os átoltottságnál észlelhetjük. Több mint 10 éves tapasztalat alapján az egyén leghatékonyabb védelmét – fertőzést hosszútávon kivédő humorális ellenanyagszintet, T sejttes immunválaszt és boosterelhető immunmemóriát -, minden életkorban 2 oltás után érhetjük el.

Javallat:

- Fogékonyak alapimmunizálása: 2 oltás minimum 4-6 hét különbséggel *
- Korábban oltottak felzárkózó oltása**

*Alapimmunizálást javasolt 15 hónapos korban, az MMR oltással egy időben, és 18 hónaposan, az esedékes DPaT-IPV-HIB oltással egy időben elvégezni.

** Alapimmunizált egyént, - amennyiben oltás után áttöréses fertőzése nem volt - bármely időpontban (legkorábban 4-6 héttel az első oltás után), de legkésőbb egy újabb közösségbe kerülés előtt, második oltásban kell részesíteni.

Második oltás csökkenti az egyetlen adag után kialakuló elégtelen védettség előfordulását, és mind a humorális, mind a T sejttes immunválaszt a természetes immunválasznak megfelelő szintűre erősíti, ezáltal jelentősen csökkenti az oltás után előforduló áttöréses fertőzés létrejöttét.

3. Posztexpozíciós profilaxis (fogékony egyén szignifikáns expozíciója esetén)

3/A Hyperimmunglobulin (Varicella-Zoster-Immunglobulin, VZIG)

Javallat:

- immunszupprimált egyén
- terhes
- újszülött
- súlyos alapbetegségben szenvedő (opcionális)

Adagja: 0,2-1 (5-25 NE) ml/ttkg

A VZIG-et 72 órán belül célszerű beadni. Tíz napon belül alkalmazva is mérsékli a kórkép súlyosságát. Átvészeltség esetén, ill. a betegség jelentkezésekor a VZIG alkalmazása már fölösleges.

3/B Oltás (aktív immunizálás)

72 órán - legfőljebb öt napon - belül ellenjavallat hiányában az élő, attenuált virust tartalmazó vakcinával védettség érhető el. Amennyiben az oltott személy egy oltás után a fertőzést nem aquirálta, 4-6 héttel az első dózis után, 2. oltás szükséges. Az immunizáció után 7-10 nappal (maximum 21 nappal) varicellára emlékeztető kiütés jelentkezhet, ez az oltási betegség tünete. Amennyiben ez immunszupprimált egyénben fordul elő, az illetőt antivirális kezelésben kell részesíteni. Az oltás után 1 héten belül észlelt kiütés "vad vírus", azaz VZV fertőzés következménye.

4. Profilaxis és antivirális kezelés az egyes fogékony betegpopulációkban

Immunkompetens, nem terhes egyén (egyhónaposnál idősebbek)*

– Posztexpozíciós prophylaxis: a VZIG alkalmazása fölösleges. Az egyévesnél idősebbek posztexpozíciós vakcinációja elfogadott.

– Terápia:

24-36 órán belül

- rizikócsoportha nem tartozó egyén: antivirális kezelést nem igényel (11 év fölött opcionális-, családi kontaktus esetén javasolt az ACV terápia.)
- rizikócsoportha tartozó egyén: orális ACV kezelés

48 órán túl az orális terápia nem jön szóba.

Terhes*

A terhesség előrehaladtával nő a pneumonitis kockázata. A terhes báránymiója az első trimeszterben a fetális varicella szindrómát okozhatja. Ez a varicellás terhes anyák magzatainak kevesebb, mint 2 %-ában fordul elő. A terhesség megszakítása az első trimeszterben varicella fertőzés miatt nem indokolt. A kórisme a magzat ultrahangvizsgálatával állapítható meg (III szintű evidencia). A magzatvíz vírus DNS irányú vizsgálata fölösleges. A magzati elhalás kockázatát a terhes varicellája nem növeli (IIb szintű evidencia).

– Posztexpozíciós profilaxis: VZIG a terhesség bármelyik szakaszában (III szintű evidencia). A foetalis varicella szindróma kialakulására vonatkozó effektusa nem ismert. Az aktív immunizáció tilos.

– Terápia

Az ACV embriopatogén hatására semmiféle adat nem utal. Azonban a 20. terhességi hét előtt csak a terhes megfelelő tájékoztatását követően szabad alkalmazni (IV szintű evidencia). Erős dohányos terhesnek, továbbá annak, akin igen sok (>100) kiütés jelentkezik, fokozottan javasolható.

A 20. terhességi hét után a/ 24-36 órán belül: per os ACV egy hétig

b/ 48 órán túl: ACV iv.

Újszülött*

A. A születés előtt 5 napon belül, ill. azt követően 2 napon belül jelentkező anyai megbetegedés esetén nagy a kockázata az újszülött progresszív varicellájának (III szintű evidencia). Kielégítő anyai IgG szintre biztosan csak az anya betegségének ötödik napjától lehet számítani. A báránymiót gyermekágyas szoptatását nincs értelme megtiltani.

– magas kockázatú újszülött ("–5. - +2. nap"): VZIG profilaxis szükséges; megbetegedés esetén ACV iv.

– nem magas kockázatú újszülött: súlyosabb kórlefolyás esetén az ACV terápia egyedi elbírálást igényel

B. Egyhetes koráig minden fogékony anya (releváns kórlelmény/pozitív szerostátusz hiányában) újszülöttje szignifikáns expozíció esetén VZIG profilaxisban kell részesülnön.

C. Újszülött osztályon: a fogékony anyák újszülöttjei, továbbá minden éretlen újszülött (<30. terhességi hét és/vagy <1 kg születési súly) VZIG profilaxisban kell részesülnön szignifikáns expozíció esetén.

D. Súlyos alapbetegségben szenvedő, speciális ellátást igénylő csecsemők szignifikáns expozíció esetén specifikus ellenanyag hiányában VZIG profilaxisban kell részesülnenek.

Immunszupprimált egyén*

Ide tartoznak a veleszületett vagy szerzett immunhiány-betegségben szenvedők és az immunszuppresszív kezelés alatt álló betegek (Kivéve az izolált antitest hiány szindrómát, mely esetben a varicella normális lefolyású). Az egy hónapon belül alkalmazott szisztémás kortikoszteroid terápia (2 mg/ttkg-ot meghaladó adagban) immunkopromittált állapotot jelent varicella vonatkozásában. Nem jelent viszont veszélyt az inhalációs szteroidok használata és a másodnaponta alkalmazott szteroidkezelés.

– Posztexpozíciós profilaxis:

kötelező; ilyen helyzetben a VZIG-nek nincs ellenjavallata. Celluláris immundefektus az oltást ellenjavallja. Humorális immundefektusban elfogadott az aktív immunizálás. A három hónapon belül alkalmazott citosztatikus kezelés és az egy hónapon belül naponta, fenti adagban adott szteroidterápia esetén nem szabad aktíve immunizálni. Tünetmentes HIV fertőzött vagy fertőzésük CDC szerinti A1 vagy N1 stádiumában lévő gyermekek megkaphatják az oltást, ha CD4+ limfocita szubpopulációjuk száma a korcsoportuknak megfelelő érték 25 %-át eléri.

– Terápia:

atipusos erupciókkal járó / progresszív kórkép: ACV iv.

normális kórlefolyás: 24-36 órán belül kórházi megfigyelés mellett az orális ACV kezelés megkísérelhető

Kórházban megbetegedett egyének (fogékony) kontaktjai*

Alapbetegségüktől függően VZIG, ill. oltás egyaránt választható.

*Virus-mediálta szövődmény esetén intravénás ACV kezelés kötelező.

VI. Irodalomjegyzék

1. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases: Recommendations for the Use of Live Attenuated Varicella Vaccine. *Pediatrics* 1995;95; 791-796.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases: Varicella Vaccine Update. *Pediatrics* Vol.105. No 1. January 2000.
3. British National Formulary Vol49, March 2005. Published by the British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
4. HPA (2003) Guidelines on the management of communicable disease in schools and nurseries: chickenpox. Health Protection Agency. www.hpa.org.uk [Accessed: 27-9-2004].
5. HPA (2004a) Chickenpox - varicella zoster. Health Protection Agency. www.hpa.org.uk [Accessed: 27-9-2004].
6. HPA (2004b) Immunoglobulin handbook: indications and dosage for normal and specific immunoglobulin preparations issued by the HPA. Health Protection Agency. www.hpa.org.uk [Accessed: 27-9-2004].
7. Klassen, T.P., Belseck, E.M., Wiebe, N., and Hartling, L. (2004) Acyclovir for treating varicella in otherwise healthy children and adolescents (Cochrane Review). *The Cochrane Library* (Issue 2). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
8. K. L. Margo, A. F. Shaughnessy,; Antiviral Drugs in Healthy Children. *Am Fam Phys* Vol 57/No5 (March 1, 1998)
9. Morgan-Capner, P. and Crowcroft, N. (2000) Guidance on the management of, and exposure to, rash illness in pregnancy (including consideration of relevant antibody screening programmes in pregnancy). Report of a PHLS Working Group. Health Protection Agency. www.hpa.org.uk [Accessed: 27-9-2004].
10. Nathwani, D., Maclean, A., Conway, S., and Carrington, D. (1998) Varicella infections in pregnancy and the newborn: a review prepared for the UK Advisory Group on chickenpox on behalf of the British Society for the Study of Infection. *Journal of Infection* 36(Suppl 14), 59-71.
11. Nelson Textbook of Pediatrics. –17th ed. Edited by Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Saunders, Elsevier Science.
12. RCOG (2001) Chickenpox in pregnancy. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. www.rcog.org.uk [Accessed: 27-9-2004].
13. Varicella vaccination: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2001;164(13):1888-9.
14. PRODIGY Guidance – www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Chickenpox Cohen & Powderly: *Infectious Diseases*, 2nd ed., 2004 Mosby
15. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book. Course Textbook. Updated 8th Edition 2nd Printing (January 2005)*
16. B. Watson .Humoral and Cell-Mediated Immune Responses in Children and Adults after 1 and 2 Doses of Varicella Vaccine. *JID* 2008;197 (Suppl 2) S143
17. B.Kuter,H.Matthews,H.Shinefield. Ten year follow-up of healthy children who received one or two injections of varicella vaccine. *Pediatr Infect Dis J*, 2004;23:132–37
18. S.S. Chaves, P.Gargiullo, J. X. Zhang, Loss of Vaccine-Induced Immunity to Varicella over Time *N Engl J Med* 356;11 www.nejm.org march 15, 2007
19. A. Arvin, A. Gershon: Control of Varicella: Why Is a Two-Dose Schedule Necessary? *Pediatr Infect Dis J*. June 2006Vol:25, No;6. 475-76.
20. A. Arvin: Humoral and Cellular Immunity to Varicella-Zoster Virus: An Overview *JID* 2008: 197 (Suppl). S58-60
21. B. Kuter, F. Schodel F. Second varicella vaccine dose *Pediatr Infect Dis J* febr 2007. Vol:26,No;2. 193-4.
22. B.Watson:Humoral and Cell-Mediated Immune Responses in Children and Adults after 1 and 2 Doses of Varicella Vaccine *JID*2008:197 (Suppl 2) S 143-146.
23. American Academy of Pediatrics .Committee on Infectious Diseases .Clinical report Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care Prevention of Varicella: Recommendations for Use of Varicella Vaccines in Children, Including a Recommendation for a Routine Two-Dose Varicella Immunization Schedule www.aap.org/recommendations
24. Prevention of Varicella Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) June 22, 2007 / 56(RR04);1-40

Az irányelvet összeállítók kinyilvánítják, hogy semmilyen szponzor nem támogatta az irányelv kialakítását, munkájukat külső támogatástól függetlenül végezték.

A szakmai irányelv érvényessége: 2010. szeptember 30.

VII. Melléklet

1. Érintett társszakmák: elsősorban a gyermekgyógyászat, a belgyógyászat, a családorvoslás és a szülészeti-nőgyógyászat.
2. Internetes oldalak: aafp.org; neli.org.uk; guideline.gov; aap.org; rcog.org.uk; cdc.gov; ctfphc.org; cd.gov/nip; dh.gov.uk; hpa.org.uk; prodigy.nhs.uk

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve

Az oltások és műtétek egybeesése esetén szükséges teendőkről

(ajánlás házi orvosoknak, házi gyermekorvosoknak, járó- és fekvőbeteg szakellátásban részt vevő egyéb képzettségű szakorvosoknak)

Készítette: az Infektológiai Szakmai Kollégium és
a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium

Az irányelv célja

Útmutatás az életkor szerint kötelezően előírt védőoltások, továbbá a gyógyszerterápiai forgalomban hozzáférhető, választható védőoltások és altatással, vagy anélkül végzett műtéti beavatkozások egybeesése esetén követendő eljárásra.

Az irányelv megalapozása, kiadásának indoklása

A vakcinológia látványos fejlődésének jeleként évről évre bővül a védőoltással megelőzhető betegségek száma. Jelenleg Magyarországon a minden gyermek számára életkor szerint előírt és ajánlott védőoltásokon túl minden, az Európai Unióban törzskönyvezett vakcinához is hozzá lehet jutni, ezért gyakran kerülhet sor védőoltás beadása és valamilyen beavatkozás időbeli egybeesésére.

A 2000-ben kiadott irányelv revíziójára azért van szükség, mert az eltelt 7 év alatt felgyűlt tapasztalatok arra utalnak, hogy az irányelv túlbiztosít, azaz túl hosszú várakozási időtartamokat jelöl meg az oltások és az altatással vagy anélkül végzendő beavatkozások között, ami jelenlegi tudásunk szerint akadály lehet a beteg érdekében végzendő mindkét beavatkozásnak:

- hátrányt jelenthet védőoltások miatt szükséges beavatkozások halasztása
- ugyancsak hátrányt jelenthet, ha beavatkozás miatt nem kerül sor egyébként indokolt prevenció lépésre – ezzel a megelőzhető fertőzés elkerülésének esélyére.

Az irányelvet felhasználók köre:

- házi orvosok, házi gyermekorvosok, azaz a mindennapi munkájuk során leggyakrabban védőoltások beadását végző orvosok
- járó- és fekvőbeteg szakellátásban részt vevő egyéb képzettségű szakorvosok

Az irányelv kidolgozásában részt vett kollégiumok, társaságok, intézetek:

Infektológiai Szakmai Kollégium

Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium

Betegszervezetek véleményét – mivel ilyenek létezéséről ezzel a kérdéskörrel kapcsolatban, mely az egész lakosságot, és nem egyes betegcsoportokat érinti - nincs tudomásunk, nem kértük ki.

A szakmai irányelv érvényessége: 2010. szeptember 30.