

Ветряная оспа

Ветряная оспа – острая вирусная инфекция, проявляющаяся умеренной лихорадкой, появлением на коже, слизистых оболочках мелких пузырьков с прозрачным содержимым.

Семейство герпесвирусов

человека:

- вирус простого герпеса I типа;
- вирус простого герпеса II типа;
- вирус варицелла зостер III типа;
- вирус Эпштейна-Барр IV типа;
- цитомегаловирус V типа;
- вирус герпеса человека VI типа;
- вирус герпеса человека VII типа;
- вирус герпеса человека VIII типа.

Этиология:

Возбудитель болезни – вирус герпеса III типа, содержащий ДНК, по свойствам близок к ВПГ и неотличим от возбудителя опоясывающего герпеса, обозначен как вирус V/O – zoster.

Особенности специфического иммунитета.

Ветряная оспа – это проявление первичной инфекции в восприимчивом к вирусу организме.

Опоясывающий герпес представляет собой реактивацию патогенной инфекции в иммунном организме.

Вирус малоустойчив во внешней среде, непатогенен для животных. Поражает ядра клеток.

Эпидемиология:

Типичная инфекция детского
возраста. Практически все
население земли

переболевает до 10-14 лет.

**Единственный источник –
больной человек.**

Заразительность: за сутки до появления первых высыпаний и в течение 5 дней после появления последних везикул, особенно в момент начала высыпаний.

Источником инфекции могут быть и больные опоясывающим герпесом.

Возбудитель находится в содержимом везикул, но не обнаруживается в корочках.

Пути передачи: воздушно-капельный, возможно заражение на большом расстоянии, редко – контактный путь. Доказана трансплацентарная передача от матери плоду.

Дети первых 2-3 месяцев болеют редко. Однако при отсутствии иммунитета у матери могут заболеть и новорожденные.

Наибольшая **заболеваемость** осенью и зимой, летом она резко снижается.

Иммунитет:

После перенесенной инфекции — стойкий иммунитет. Повторные заболевания встречаются редко, не чаще, чем в 3% случаев.

Патогенез:

Входные ворота: слизистая оболочка ВДП – первичное размножение вируса. По лимфатическим путям поступает в кровь. С током крови попадает в эпителиальные клетки кожи и слизистых оболочек и фиксируется там.

Тропность к нервной ткани:
межпозвоночные ганглии, кора
головного мозга, подкорковая
область и особенно – кора
мозжечка. Очень редко возможно
поражение висцеральных
органов: печени, легких, ЖКТ.

Клиническая картина:

Инкубационный период:

11-21 день (в среднем 14 дней).

Начало острое, t° 37,5-38,5 $^{\circ}$ C, сыпь.

Первичный элемент: мелкое пятно

→ папула → через несколько часов

везикула 0,2-0,5 см в диаметре.

Везикула:

- округлая или овальная форма;
- расположена поверхностно;
- неинфильтрированное основание;
- окружена венчиком гиперемии;
- стенка напряжена;
- содержимое прозрачное;
- пузырьки однокамерные.

Пятно → папула → везикула →
корочка.

Локализация сыпи: на лице, волосистой части головы, туловище и конечностях. **На ладонях и подошвах сыпи не бывает.**

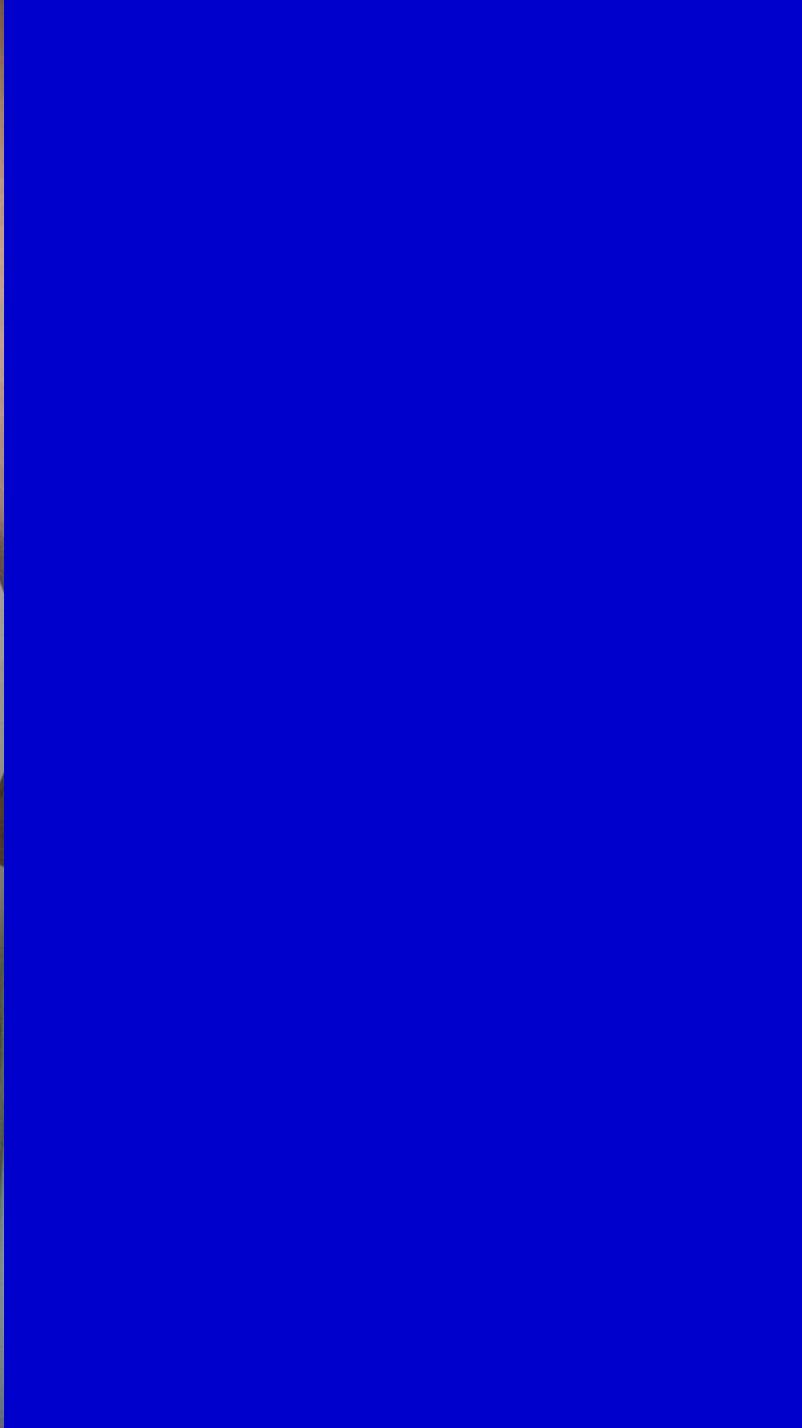
Нередко высыпания на слизистых оболочках полости рта, конъюнктивы, реже – слизистых оболочках гортани, половых органов. Элементы нежные, быстро вскрываются и превращаются в поверхностные эрозии, заживление через 3-5 дней.

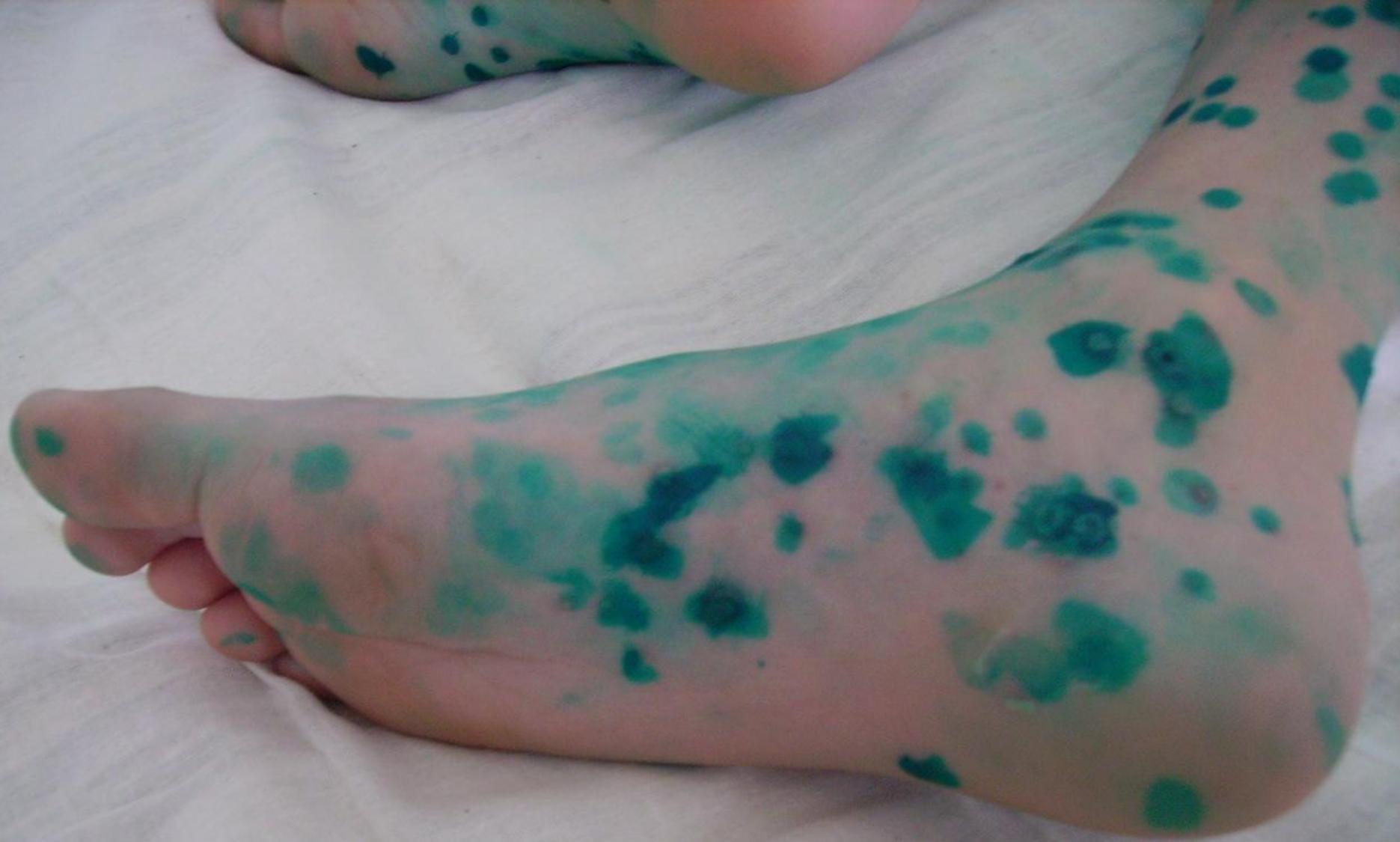
Высыпания возникают не одновременно, как бы толчкообразно, с промежутками в 1-2 дня. Вследствие этого на коже можно видеть элементы на разных стадиях развития: макулы, папулы, пузырьки, корочки – так называемый **«ложный полиморфизм»** сыпи.

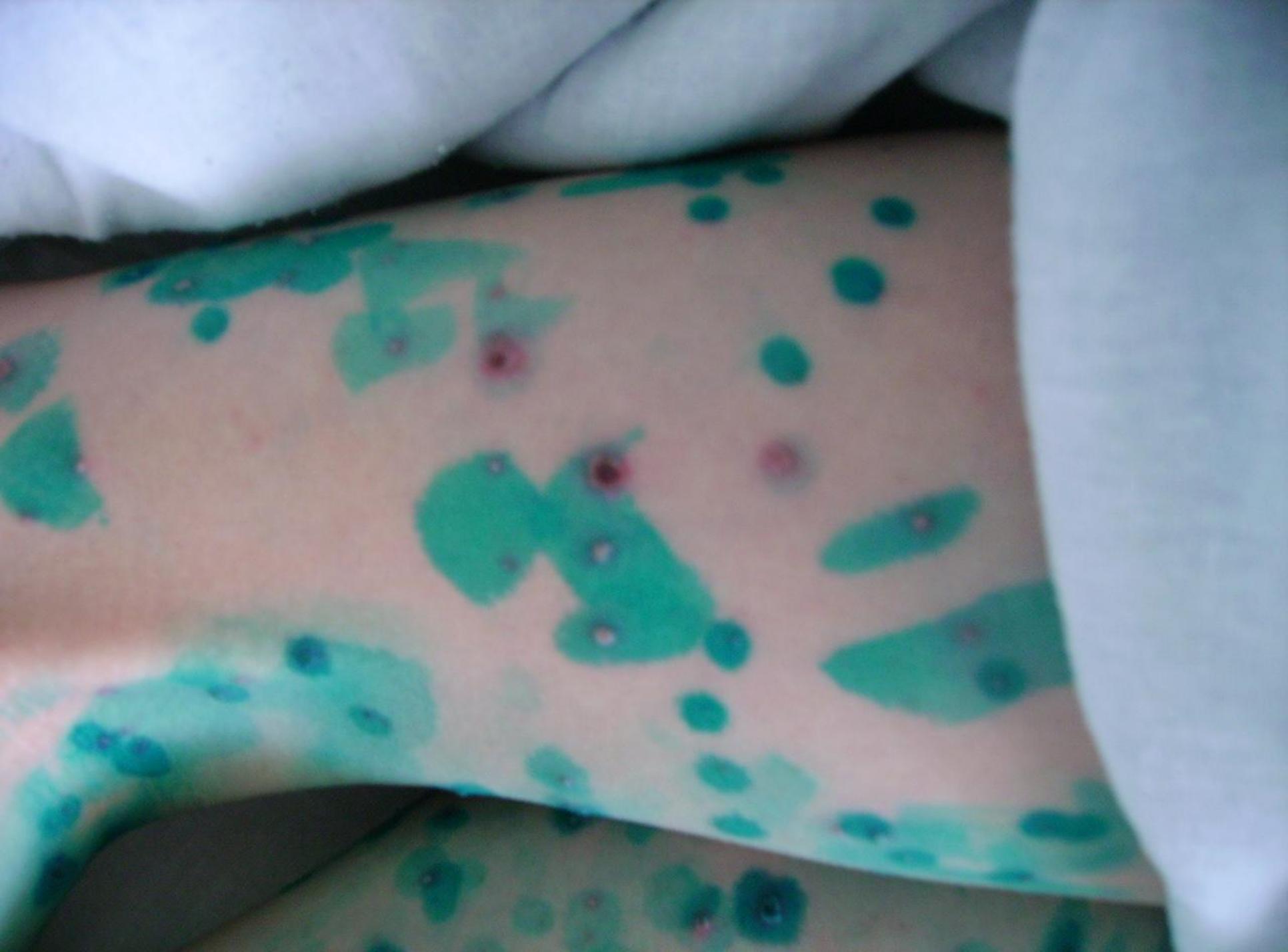




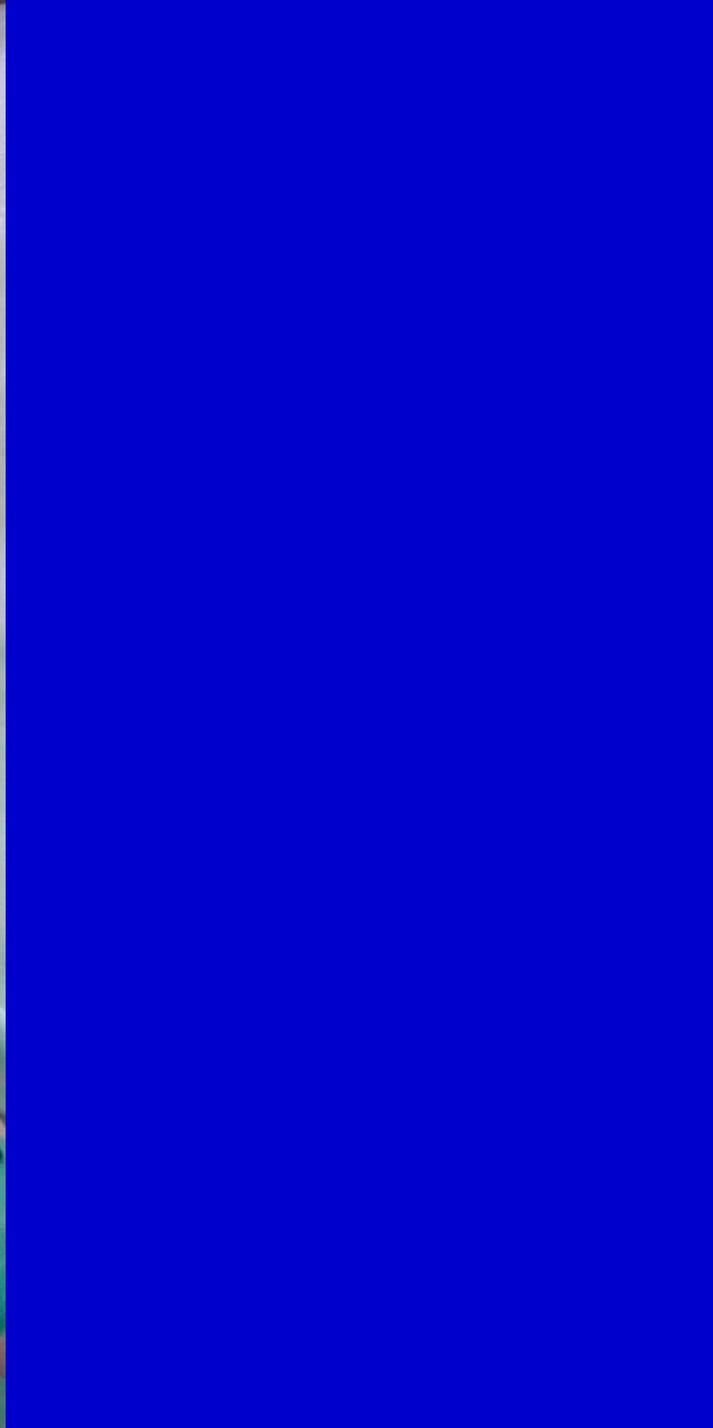
















Классификация:

- типичная
- атипичная.

Типичная – легкая, средняя, тяжелая.

Легкая: t° не более $38,5^{\circ}\text{C}$. Симптомы интоксикации незначительные, высыпания необильные.

Средней степени тяжести: t° до 39°C .

Симптомы интоксикации выражены умеренно. Высыпания обильные, могут быть и на слизистых оболочках.

Тяжелая: t° 39,5-40 $^{\circ}$ C в течение 7-10 дней. Высыпания крупные, застывшие на одной стадии развития. На высоте заболевания может быть нейротоксикоз с судорожным синдромом

Атипичная:

- рудиментарная;
- геморрагическая;
- гангренозная;
- генерализованная (висцеральная).

Рудиментарная – у детей с остаточным специфическим иммунитетом или получивших в период инкубации иммуноглобулин, плазму.

Появляются розеолезно-папулезные высыпания, с единичными, едва заметными пузырьками.

Температура в норме, общее состояние не нарушено.

Генерализованная (висцеральная) – у новорожденных, у детей старшего возраста, ослабленных тяжелым заболеванием и получающих иммунодепрессивные средства.

Гипертермия, тяжелая интоксикация, поражение внутренних органов: печени, легких, почек. Часто - летальный исход.

Геморрагическая: у ослабленных, с гемобластозами или геморрагическими диатезами, длительно получающих кортикостероиды или цитостатики. На 2-3 день содержимое пузырьков становится геморрагическим.

Прогноз неблагоприятный.

Гангренозная: в окружении геморрагических пузырьков — воспаление → некрозы → язвы.

Течение:

В типичных случаях – легкое.

На месте корочек долго остается пигментация, иногда – поверхностные рубчики.

Осложнения:

- специфические (непосредственное действие вируса);
- неспецифические – присоединение бактериальной флоры.

Специфические осложнения:

- ветряночный энцефалит;
- менингоэнцефалит;
- реже - миелит, нефрит, миокардит.

Ветряночный энцефалит:

чаще возникает в периоде образования корочек и не связан с тяжестью острой фазы. Через несколько дней нормальной температуры и удовлетворительного самочувствия появляются

общемозговые симптомы:

- вялость,
- головная боль,
- рвота,
- повышение t° .

Наиболее характерны **МОЗЖЕЧКОВЫЕ нарушения:**

- тремор;
- нистагм;
- атаксия.

Шаткая походка, ребенок падает при ходьбе, головокружение, дизартрия, невнятная речь, гипотония, нарушение координации движений.

Течение болезни благоприятное.

Поражение ЦНС возможно в первые дни на высоте заболевания:

- гипертермия;
- бурное развитие общемозговых симптомов;
- судороги и потеря сознания (в первые дни).

Течение благоприятное, связано с особой тяжестью ветряной оспы.

Другие осложнения ЦНС:

- паралич лицевого и зрительного нерва;
- гипоталамический синдром.

Бактериальные осложнения:

- флегмона;
- абсцесс;
- рожа;
- стрептодермия;
- лимфаденит;
- стоматит;
- ГНОЙНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ;
- кератит.

Ветряная оспа у новорожденных и детей раннего возраста:

I вариант:

- общеинфекционные проявления;
- t° субфебрильная или нормальная, вялость, беспокойство, учащение стула, рвота;
- сыпь появляется на 2-5 день, обильная, полиморфная, элементы застывают как бы на одной стадии развития;
- на высоте сыпи – токсикоз, судороги, геморрагические элементы, возможно висцеральные поражения;
- часто присоединяется вторичная инфекция (пиодермия, флегмона, абсцесс).

II вариант:

- протекает в легкой или рудиментарной форме (остаточный иммунитет от матери или введение иммуноглобулина, плазмы).

Врожденная ветряная оспа:

- инфекция у матери в последние дни беременности (до 11 дня жизни);
- чаще средне-тяжелые и тяжелые формы;
- нередко – генерализация;
- встречаются рудиментарные стертые формы.

Тяжесть в/о у новорожденных

определяется сроками инфицирования беременной:

- перед родами – заболевание у новорожденного на 5-10 день жизни, протекает тяжело, нередко – летально.
- за 5-10 дней до родов – клинические признаки болезни сразу после рождения, течение болезни легкое, летальных исходов нет, так как у матери успевают выработаться специфические антитела.

Диагностика:

1. клинические признаки;
2. ПЦР в везикулярной жидкости;
3. ИФА и РСК.

Дифференциальный диагноз:

- импетиго;
- строфулюс;
- генерализованные формы герпеса.

Прогноз:

- благоприятный.

Лечение:

- гигиеническое содержание ребенка;

- обработка элементов: 1% р-р

бриллиантового зеленого, 5%

циклоферона, 1-2% KMnO_4 .

Гнойные осложнения – а/б.

При тяжелых формах: противовирусный

препарат – ацикловир внутрь или в/в.

Имеются сообщения о противовирусном

действии анаферона детского.