

Ветряная оспа

острое вирусное заболевание с воздушно-капельным путём передачи.

Обычно характеризуется лихорадочным состоянием, папуловезикулезной сыпью с доброкачественным течением.

Вызывается вирусом семейства *Herpesviridae* — варицелла-зостер (*Varicella Zoster*). Вирус варицелла-зостер является причиной двух клинически несходных заболеваний: ветряной оспы, возникающей преимущественно в детском возрасте, и опоясывающего герпеса (опоясывающий лишай), клинические проявления которого наблюдаются, как правило, у людей зрелого возраста.

Ветряная оспа проявляется в виде генерализованной розеолезно-везикулезной сыпи; опоясывающий герпес — высыпаниями сливного характера на одном или нескольких расположенных рядом дерматомах. Сыпь при ветрянке не затрагивает росткового слоя эпидермиса и поэтому заживает бесследно, однако если сыпь расчесывать (повреждать ростковый слой), то на месте везикулы остается атрофический рубец.

Если ветряная оспа является первичной инфекцией вируса варицелла-зостер, то опоясывающий герпес, в подавляющем большинстве случаев, — это результат активизации латентного вируса варицелла-зостер.

Эпидемиология

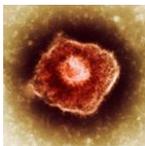
Источник инфекции — больной человек, представляющий эпидемическую опасность с конца инкубационного периода и до отпадения корочек.

Возбудитель распространяется воздушно-капельным путём. Заболевают в основном дети в возрасте от 6 месяцев до 7 лет. Взрослые болеют ветряной оспой редко, поскольку обычно переносят её ещё в детском возрасте.

У лиц с тяжелым иммунодефицитом различной этиологии (в редком случае при ВИЧ-инфекции и у пациентов после пересадки органов; часто при акклиматизации, снижении иммунитета, вызванном сильным стрессом) возможно повторное заражение.

Этиология

Возбудителем ветряной оспы является *Varicella Zoster*. Вирус ветряной оспы нестоек во внешней среде — он быстро погибает при воздействии солнечного света, нагревании, ультрафиолетовом облучении. Вне организма, на открытом воздухе выживаемость вируса примерно 10 минут. Возбудитель ветряной оспы относится к вирусам группы герпеса третьего типа.



Восприимчивость к ветряной оспе составляет 70 %. Заразными больные ветряной оспой становятся за 20—24 ч до появления **сыпи** и остаются ими до 4 дней.

Патогенез

Вирус проникает в организм через **слизистые оболочки верхних дыхательных путей** и внедряется в **эпителиальные клетки** слизистой оболочки. Затем вирус проникает в **кровь** и фиксируется в коже, вызывая в её поверхностном слое патологический процесс: ограниченное расширение капилляров (пятно), серозный **отёк (папула)**, отслоение **эпидермиса (везикула)**.

Из-за размножения вируса и аллергического ответа организма возникают **лихорадка** и другие общие неспецифические проявления инфекции.

После болезни возникает стойкий **иммунитет**.

Возбудитель может **персистировать** в организме; в результате различных провоцирующих факторов он активизируется и вызывает локальные кожные высыпания — **опоясывающий лишай**.

Клиника

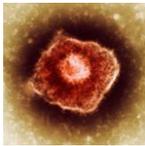
В течении ветряной оспы выделяют следующие периоды: **инкубационный, продромальный период**, периоды высыпания и образования корочек.

- **Инкубационный период** для больных в возрасте от 30 лет составляет 11—21 день, до 30 лет 13—17 дней (в среднем 14).
- **Продромальный период** наступает в течение 1—2 суток до начала высыпания (в некоторых случаях продромальный период отсутствует и заболевание манифестирует появлением сыпи).

Продромальные явления у детей могут быть не выражены. У взрослых продромальные явления проявляются чаще и протекают тяжелее (головная боль, пояснично-крестцовые боли, лихорадка).

- Период высыпания у большинства детей протекает без особых нарушений общего состояния, лихорадочное состояние совпадает с периодом массового появления сыпи, высыпания появляются толчкообразно, поэтому лихорадка может носить волнообразный характер.

У взрослых высыпание часто бывает массивным, сопровождается повышением температуры тела, общетоксическими явлениями, сильным зудом.



Образовавшаяся сыпь имеет вид розовых пятен величиной 2—4 мм, которые в течение нескольких часов превращаются в папулы, часть которых, в свою очередь, становится везикулами. Везикулы однокамерные, окружены венчиком **гиперемии**. Через 1—3 дня они подсыхают, образуя поверхностные корочки темно-красного или коричневого цвета, которые отпадают на 2—3-й неделе. Поскольку высыпания появляются повторно, сыпь имеет полиморфный характер, то есть на ограниченном участке можно увидеть одновременно пятна, папулы, везикулы и корочки.

Одновременно с кожными высыпаниями, на слизистых оболочках появляется **энантема**. Это пузырьки, которые быстро **мацерируются**, превращаясь в язвочку с желтовато-серым дном, окружённую красным ободком. Чаще энантема ограничивается 1—3 элементами. Заживает энантема в течение 1—2 дней.

Лихорадочный период длится 2—5 дней, иногда — до 8—10 дней (если высыпания очень обильные и продолжительные). Высыпания могут продолжаться как от 2 до 5 дней, так и до 7-9 дней.

Обычно ветряная оспа протекает доброкачественно, но при развитии буллёзной, геморрагической или гангренозной формы заболевания возможны такие осложнения, как **энцефалит**, **миокардит**, **пиодермии**, **лимфадениты**. Заболевание приводит к смерти в 1 случае из 60 000

Лечение

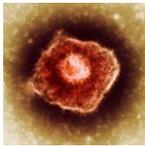
Не существует методов, которые позволили бы полностью избавить организм от данного вируса.

Лечение проводится как в **амбулаторных** условиях (легкая форма), так и в условиях **стационара** (при наличии осложнений).

Принцип лечения предполагает одновременное решение следующих задач: предупреждение развития патологических процессов и осложнений, предупреждение формирования остаточных явлений и инвалидности.

При выборе методики лечения учитываются следующие факторы: клиническая картина, степень проявления симптомов, наличие осложнений, возраст, другие имеющиеся заболевания у больного.

Комплексное лечение наиболее эффективное и включает в себя: режим, диету, медикаментозное лечение, а также методы немедикаментозного лечения (**аэрация** помещения, гигиенические мероприятия, физическое снижение температуры) Постельный режим следует соблюдать в течение всего лихорадочного периода.



Местное лечение в местах поражения предусматривает обработку кожи и слизистых оболочек дезинфицирующим раствором для профилактики бактериальных заражений ([раствор Кастеллани](#), генциановый фиолетовый, [метиленовый синий](#), [раствор марганцово-кислого калия](#)). [Бриллиантовый зеленый](#) не является обязательным лечением. Для подсушивания [везикул](#) используют синтетические [танины](#), для смягчения и заживления кожи — наружные средства с [аллантином](#), [декспантенолом](#)

Вирус ветряной оспы склонен к персистенции, как и [вирус простого герпеса](#), и при ослаблении иммунитета (вследствие старения организма, химиотерапии злокачественных опухолей, и т. д.) может возникнуть рецидив в виде [опоясывающего лишая](#) (в то время как повторное заболевание собственно ветряной оспой встречается очень редко)

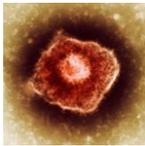
Профилактика и мероприятия в очаге

Методом специфической профилактики является [вакцинация](#).

Вакцина была разработана Митиаки Такахаси в 1974 году в Японии в лабораториях Фонда Бикен. Полученный вакцинный штамм был назван Ока (в честь мальчика, из везикул ветряночной сыпи которого был выделен вирус). Первая вакцина получила название «Окавакс». Впоследствии японские разработчики передали штамм Ока фармацевтическим компаниям Merck & Co и GlaxoSmithKline, которые модифицировали штамм и разработали ещё две вакцины: «Варивакс» и «Варилрикс».

В США вакцинация против ветряной оспы с использованием вакцины «Варивакс» проводится с 1995 г., вакцина включена в схему национального прививочного календаря. На территории Российской Федерации первой была зарегистрирована вакцина для профилактики ветряной оспы — «Варилрикс» (GlaxoSmithKline Biologicals S.A.) в 2008 г., а с 2009 г. вакцинация стала широко применяться в рамках региональных программ иммунизации. В ряде стран Европы (напр., в Великобритании), вакцинация рекомендуется только лицам, находящимся в [группе риска](#). В 2010 году в России зарегистрирована оригинальная японская вакцина «Окавакс».

Вакцина против ветряной оспы включена в национальный прививочный календарь Австралии, Австрии, рекомендации постоянного комитета по вакцинации Германии, прививочные календари большинства канадских провинций. В Великобритании нежелание вводить прививку против ветряной оспы в национальный календарь мотивируется опасениями, что это может повысить риск заболевания опоясывающим герпесом среди пожилых людей, для которых контакт с больными детьми является [бустером](#) иммунитета.



Вакцина формирует стойкий иммунитет на долгие годы. В исследовании, проводившимся в Японии, было доказано, что через 20 лет после вакцинации вакциной «Окавакс» провакцинированные имели практически стопроцентный иммунитет и ни у одного заболевание не развилось.

Прививка производится по следующей схеме:

- вакцина «Окавакс»: все лица младше 12 месяцев — 1 доза (0,5 мл) однократно
- вакцина «Варилрикс»: детям старше 12 месяцев до 13 лет — двукратно с интервалом введения 6-10 недель (1 доза = 0,5 мл); детям от 13 лет и взрослым — двукратно с интервалом введения 6-10 недель
- экстренная профилактика (любой из вакцин): 1 доза (0,5 мл) в течение первых 96 часов после контакта (предпочтительно в течение первых 72 часов).

В случае заболевания человек обычно изолируется на дому.

Госпитализируются пациенты, проживающие в общежитиях, в специализированных учреждениях или в многодетных семьях. Также госпитализации подлежат тяжёлые формы ветряной оспы, дети раннего возраста, при наличии осложнений или другого тяжёлого заболевания. Изоляция прекращается через 5 дней после последнего высыпания. Для детей, посещающих организованные детские коллективы, существует предусмотренный инструкцией порядок допуска в детские учреждения.

Дезинфекция ввиду нестойкости вируса не проводится, достаточно частого проветривания и влажной уборки помещения