

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

Заведующая кафедрой ДМН, профессор Мартынова Г. П.

РЕФЕРАТ
«Ветряная оспа»

Выполнила: ординатор 1 года
обучения по специальности
«Инфекционные болезни»
Слепнева Екатерина Владимировна

Красноярск 2022

<i>Оглавление</i>	<i>Номер страницы</i>
1.Актуальность	3
2.Определение	3
3.Структура заболеваемости	4
4.Этиология и патогенез	4
5. Классификация ветряной оспы	4
6.Клиническая картина	5
7.Осложнения ветряной оспы	8
8.Диагностика	8
9.Критерии оценки степени тяжести	8
10. Лабораторная диагностика	9
11. Лечение	10
12. Противозидемические мероприятия в очаге ветряной оспы	12
13. Профилактика	13
14. Список литературы	14

Актуальность

В настоящее время актуальность ветряной оспы обусловлена ее широкой распространенностью, высокими показателями заболеваемости, риском развития тяжелых форм и осложнений, приводящих к летальным исходам. Ветряная оспа остается одним из самых массовых заболеваний, и в течение последнего десятилетия на ее долю приходится 20–25% всех зарегистрированных случаев инфекционных болезней (без гриппа и ОРВИ). В рейтинговой оценке инфекционных болезней по величине экономического ущерба (без туберкулеза и ВИЧ-инфекции) она занимает третье место в связи с высоким уровнем заболеваемости.

В России в 2015 г. зарегистрировано 819 299 случаев ВО, показатель заболеваемости составил 560,82 на 100 тыс. населения. В 55 субъектах Российской Федерации показатели заболеваемости превышали среднефедеративный уровень, из них в пяти они составили от 903,4 до 1532,4 на 100 тыс. населения. При этом следует отметить, что 24,2% всех случаев ВО зарегистрировано в шести субъектах РФ: в Москве и Санкт-Петербурге, а также в Московской, Свердловской, Нижегородской и Челябинской областях.

К наиболее подверженным заболеванию категориям населения относятся дети, посещающие детские учреждения. Среди заболевших ВО в 2015 г. 94% пришлось на детское население, причем 55,7% случаев заболеваний зарегистрировано в возрастной группе от 3 до 6 лет.

При оценке иммуноструктуры населения к возбудителю ВО в Москве установлено наличие значительного числа серонегативных лиц среди взрослых детородного возраста (20–29 лет) – $11,29 \pm 5,52\%$, что свидетельствует о риске возникновения врожденных форм этой инфекции и объективно подтверждает наблюдаемую в последние годы тенденцию роста заболеваемости ветряной оспы среди взрослого населения. Кроме того, наметилась тенденция роста заболеваемости детей в возрасте до года. За 2005–2012 гг. их удельный вес среди заболевших увеличился от 0,85 до 1,65%, что косвенно свидетельствует о недостаточном уровне пассивно приобретенных материнских антител к вирусу ВО у новорожденных.

Определение

Ветряная оспа (*Varicella*) — острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом *Varicellae – Zoster* из семейства *Herpesviridae*, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся лихорадкой, умеренно выраженной интоксикацией и распространенной везикулезной сыпью.

Структура заболеваемости

Ветряная оспа относится к числу наиболее часто встречающихся заболеваний детского возраста и имеет повсеместное распространение. К 10-14 годам практически все дети приобретают иммунитет. Дети первых месяцев жизни болеют редко. В структуре по возрастной заболеваемости ветряной оспой самая высокая заболеваемость отмечается среди детей 3-6 лет, затем среди детей 1-2 лет и 7-14 лет. Наименьшие показатели заболеваемости среди детей в возрасте до 1 года.

Этиология и патогенез

Этиология

Возбудитель ветряной оспы — вирус Varicella-Zoster — относится к 3-му типу вирусов из семейства Herpesviridae, подсемейству α -вирусов 3 типа, содержит ДНК.

Патогенез

Входными воротами являются слизистые оболочки верхних дыхательных путей. Здесь происходит репликация и первичное накопление вируса, откуда он по лимфатическим путям проникает в кровь и разносится по всему организму. Вирус ветряной оспы имеет тропизм к клеткам шиповидного слоя кожи и эпителию слизистых оболочек, фиксируется в них, вызывает дистрофические изменения с образованием характерных пузырьков (везикул), наполненных серозным содержимым. Типичные высыпания также отмечаются на слизистых оболочках полости рта, верхних дыхательных путей, редко — мочевыводящих путей и ЖКТ. У больных с генерализованными формами инфекции также поражаются внутренние органы. Кроме того, вирус обладает тропизмом к нервной ткани и вызывает поражения межпозвоночных спинальных ганглиев, ганглиев лицевого и тройничного нервов, где длительно сохраняется в латентном состоянии. В случае снижения иммунологической реактивности макроорганизма происходит реактивация инфекции: вирус по чувствительным нервам достигает кожи и вызывает развитие клинических проявлений в виде опоясывающего герпеса.

Классификация ветряной оспы

По типу:

1. Типичные.

2. Атипичные:

— рудиментарная;

— пустулезная;

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

По тяжести:

1. Легкая форма.
2. Среднетяжелая форма.
3. Тяжелая форма.

Критерии тяжести:

- выраженность синдрома интоксикации;
- выраженность местных изменений.

По течению (по характеру):

1. Гладкое.
2. Негладкое:
 - с осложнениями;
 - с наложением вторичной инфекции;
 - с обострением хронических заболеваний.

Классификация по МКБ X-го пересмотра

B01 Ветряная оспа (Varicella)

B01.0 Ветряная оспа с менингитом (G02.0*)

B01.1 Ветряная оспа с энцефалитом (G05.0*)

B01.2 Ветряная оспа с пневмонией (17.1*)

B01.8 Ветряная оспа с другими осложнениями

B01.9 Ветряная оспа без осложнений

Клиническая картина

Типичные формы ветряной оспы.

Инкубационный период продолжается от 11 до 21 сут. (чаще 14—17 сут.), у лиц, получавших накануне развития заболевания иммуноглобулин, плазму, кровь, инкубационный период удлиняется до 28 дней.

Продромальный период длится от нескольких часов до 1-2 суток (чаще отсутствует). Характеризуется слабо выраженным синдромом интоксикации, субфебрильной температурой тела, редко – синдромом экзантемы: мелкоточечной или мелкопятнистой сыпью (rash), которая обычно предшествует высыпанию типичных пузырьков и сохраняется в течение нескольких часов (не более 1 суток).

Чаще заболевание обычно начинается остро, с повышения температуры тела до 37,5—38,5 °С, умеренно выраженных проявлений интоксикации (головная боль, раздражительность, ухудшение сна). Температурная кривая при ветряной оспе имеет неправильный тип: каждый новый приступ высыпания сопровождается подъемом температуры. После окончания высыпания температура нормализуется. Общая продолжительность лихорадочного периода составляет от 2-5 дней, редко удлиняется до 10 дней.

Сыпь при ветряной оспе появляется одновременно на всех участках тела, включая волосистую часть головы. Сыпь на ладонях и подошвах встречается редко, в основном при тяжелых формах. В своем развитии ветряночная сыпь проходит следующие стадии: *пятно*, *папула*, *везикула* и *корочка*. Типичный элемент ветряночной сыпи – *везикула*, имеет округлую или овальную форму, размером до 0.5 см в диаметре с прозрачным содержимым. Везикулы располагаются на неинфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии; стенка везикул напряжена. Пузырьки однокамерные и спадаются при проколе. Высыпание сопровождается зудом кожи. Со 2-го дня периода высыпания поверхность везикулы становится вялой, морщинистой, центр ее начинает западать. В последующие дни образуются геморрагические корочки, которые постепенно (в течение 4-7 суток) подсыхают и отпадают; на их месте оставаться легкая пигментация, в некоторых случаях – единичные рубчики («визитная карточка ветряной оспы»).

Подсыпание сыпи происходит толчкообразно с интервалом 1-2-3 дня и продолжается на протяжении от 3 до 7-9 дней, иногда – до 11 дней. В результате периодического подсыпания ветряночные элементы находятся на разных стадиях развития, поэтому на всех участках кожи наблюдается полиморфизм сыпи. В последние дни высыпания элементы становятся более мелкими, рудиментарными и часто не доходят до стадии пузырьков.

У части больных высыпания локализуются также на слизистых оболочках рта, носа, глаза, гортани и половых органов. На слизистых оболочках пузырьки быстро мацерируются и превращаются в эрозии (афты), имеющие желто-серое дно, через несколько дней эрозии эпителизируются. Образование корочек на слизистых оболочках не происходит. Высыпание на слизистой полости рта сопровождается небольшой болезненностью при жевании и глотании. Появление ветряночных элементов на слизистой гортани сопровождается

развитием симптомов крупа (осиплость голоса, грубый «лающий» кашель, затрудненный вдох). Высыпание на роговице может привести к снижению зрения.

Характерен параллелизм между синдромами интоксикации и экзантемы: у больных с обильной сыпью резко выражены головная боль, вялость, недомогание, снижение аппетита.

В детском возрасте, как правило, ветряная оспа протекает в виде типичной легкой или среднетяжелой формы. Тяжелые формы заболевания развиваются у детей, получавших иммуносупрессивную терапию (глюкокортикостероиды, цитостатики) и у взрослых.

Атипичные формы ветряной оспы:

Рудиментарная форма: для нее характерны пятнисто-папулезные высыпания, не переходящие в стадию везикулы, либо наблюдаются мельчайшие плотные узелки размером до 2-3 мм, скорее похожие на потницу, чем на ветряночные пузырьки (эту форму называют *Varicellae milleariae* Томаса и Геноха); рудиментарная форма ветряной оспы развивается у детей, получавших накануне заболевания иммуноглобулин, плазму или кровь.

Пустулезная форма развивается у больных ветряной оспой при наложении вторичной бактериальной микрофлоры. При этом отмечается повторное повышение температуры тела, нарастание симптомов интоксикации, помутнение содержимого пузырьков. После исчезновения высыпаний остаются рубчики.

Буллезная форма: она характеризуется появлением, наряду с типичными ветряночными высыпаниями, дряблых пузырей (булл) большого диаметра (до 2-3 см.) с прозрачным содержимым.

Геморрагическая форма: проявляется наличием кровянистого содержимого в значительной части ветряночных везикул, в последующем на месте этих высыпаний образуются черные корочки; у части больных, помимо геморрагического пропитывания везикул, могут быть кровоизлияния в кожу и слизистые, носовые, желудочно-кишечные кровотечения, гематурия, кровоизлияния в мозг и во внутренние органы; эта форма ветряной оспы может развиваться при сопутствующих заболеваниях крови, в частности при лейкозах (у больных лейкозом на фоне ветряной оспы не редко происходит развитие геморрагического криза, приводящего к летальному исходу).

Гангренозная форма: она сопровождается появлением на коже, наряду с обычными ветряночными высыпаниями, 1-2 черных участков сухой гангрены, диаметром несколько сантиметров; в последующем струп отпадает и образуется глубокая круглая язва, достигающая до мышц; гангренозная форма

ветряной оспы развивается у истощенных детей, она протекает очень тяжело, дает большую летальность вследствие развития сепсиса.

Генерализованная или висцеральная форма: она характеризуется выраженной интоксикацией и поражением не только кожи и слизистых, но и внутренних органов; возникают множественные очаги некроза в печени, селезенке, легких, кишечнике, почках, поджелудочной железе, надпочечниках, в головном мозге и тимусе.

Осложнения ветряной оспы

Специфические осложнения связаны с непосредственным действием вируса ветряной оспы. К ним относятся: ветряночный круп, пневмонии, энцефалиты, миелиты, кератиты, геморрагические нефриты, миокардиты, синдром Рея.

Неспецифические осложнения обусловлены наложением вторичной бактериальной флоры, в основном пиогенных стрептококков и золотистых стафилококков. Чаще возникают флегмона, абсцесс, импетиго, буллезная стрептодермия, рожа, лимфаденит. Высыпания на слизистой оболочке полости рта могут осложниться стоматитом, а на слизистой глаза – гнойным конъюнктивитом и кератитом. Обычно эти осложнения встречаются у ослабленных детей при нарушении гигиенического содержания кожи и слизистых оболочек. В редких случаях возможно развитие отита, пневмонии, сепсиса.

Диагностика

Опорно – диагностические признаки ветряной оспы

- контакт с больным ветряной оспой или опоясывающим герпесом
- острое начало болезни
- синдром интоксикации
- неправильный тип температурной кривой
- везикулезная сыпь на коже и слизистых оболочках ложный полиморфизм сыпи

Критерии оценки степени тяжести по клиническим признакам

Легкая форма — температура тела повышается до 37,5—38,5 °С в течение 2—3 сут., симптомы интоксикации отсутствуют или выражены незначительно. Высыпания необильные, продолжаются 2—3 дня, исчезают бесследно.

Среднетяжелая форма — температура тела повышается до 38,6—39,5 °С в течение 3—5 сут., симптомы интоксикации выражены умеренно. Высыпания обильные, в том числе и на слизистых оболочках, продолжаются 5—7 сут.,

после их исчезновения может оставаться кратковременная пигментация. Возможно развитие осложнения в виде гнойных поражений кожи в результате инфицирования бактериальной флорой элементов сыпи.

Тяжелая форма — температура тела выше 39,6 °С в течение 7—10 сут., возможно развитие судорожного синдрома и менингоэнцефалических реакций. Высыпания обильные, крупные, «застывшие» в одной стадии развития, отмечаются как на коже (в том числе на ладонях и подошвах), так и на слизистых оболочках (в том числе верхних дыхательных путей и мочевого тракта). Длительность высыпаний — 7—8 дней, после исчезновения сыпи, наряду с пигментацией, могут оставаться поверхностные рубчики.

Характерно развитие осложнений и обострения хронических заболеваний пациента.

Лабораторная диагностика

1.Экспресс – методы: микроскопический — выявление телец Арагана (скопления вируса) в окрашенных по Морозову мазках жидкости везикул при обычной или электронной микроскопии; иммунофлюоресцентный метод — обнаружение антигенов вируса в мазках — отпечатках из содержимого везикул.

2.Серологический метод: РСК. Диагностическим признаком является нарастание титра специфических антител в 4 раза и более.

2.Вирусологический метод: выделение вируса на эмбриональных культурах клеток человека.

3.Молекулярный метод — ПЦР, используется для обнаружения ДНК вируса Varicellae — Zoster в крови и в соскобе с основания ветряночного элемента в сомнительных случаях

4.Метод иммуноферментного анализ — определение в крови специфических антител класса Ig M и Ig G к антигену вируса Varicellae — Zoster (используется для диагностики атипичных форм заболевания)..

5.Гематологический метод: лейкопения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ.

6.Рентгенография органов грудной клетки (делается при подозрении на осложнение со стороны органов дыхания).

6.Поражение центральной нервной системы является показанием для проведения спинномозговой пункции (при ветряночном энцефалите ликвор остается прозрачным, отмечается небольшой плеоцитоз лимфоцитарного характера, количество хлоридов и сахара не меняется, в ряде случаев воспалительные изменения в ликворе отсутствуют).

Лечение

Лечение больных ветряной оспой может проводиться в домашних условиях или в стационаре.

Лечение в амбулаторных условиях

При лечении больного ветряной оспой на дому назначается:

- постельный режим на период лихорадки
- гигиенические мероприятия: купание ребенка в ванне с травами или под душем с нейтральными гелями или детским мылом, чистая одежда, чистое постельное белье, полоскание полости рта после приема пищи
- витаминизированная, механически щадящая диета
- обильное питье
- антигистаминные препараты на период высыпания и зуда
- местное лечение: туширование элементов сыпи 1% раствором бриллиантовой зелени или 2-5% раствором перманганата калия 2 раза в день
- при наличии элементов на слизистой полости рта назначают промывание 2% раствором бикарбоната натрия или 0,02% водным раствором фурацилина, обработку высыпаний водными растворами анилиновых красителей, рассасывание таблеток имудона. Хороший эффект отмечают при местном применении виферона (гель, мазь)
- при поражении слизистых оболочек конъюнктив применяют промывания водным раствором фурацилина (1:5000), закапывание 30% раствора альбуцида и глазную мазь «Зовиракс»
- при поражении слизистых оболочек половых органов показаны местные ванночки с 0,02% раствором перманганата калия с последующей обработкой пораженных участков кремом «Зовиракс».

Этиотропная терапия

Этиотропная терапия проводится преимущественно при тяжелых формах ветряной оспы, при легких и среднетяжелых - по показаниям. Детям до 12 лет без сопутствующей патологии при неосложненном течении ветряной оспы препараты этиотропной терапии не показаны. Противовирусные средства рекомендуют применять внутрь в первые сутки после появления ветряночных элементов следующим категориям больных ветряной оспой: детям старше 1 года с хроническими заболеваниями кожи и легких, получающим короткий курс ингаляционных кортикостероидов и длительные курсы салицилатов; больным с иммунодефицитными состояниями на фоне хронических

аутоиммунных и онкогематологических заболеваний независимо от возраста; всем детям старше 12 лет из-за высокого риска развития неврологических осложнений. Этиотропная терапия при ветряной оспе показана также новорожденным и недоношенным детям, при поражении нервной системы (менингоэнцефалит), развитии ветряночной пневмонии, а также при микст – инфекциям.

Применяют ацикловир (зовиракс, виroleкс), у подростков и взрослых – валацикловир (валтрекс).

Ацикловир назначают внутрь в разовой дозе детям до 2 лет 100 мг, старше 2 лет – 200 мг 5 раз в сутки курсом 5 дней.

Виroleкс внутрь используют в разовой дозе детям до 2 лет 200 мг, 2-6 лет – 400 мг, старше 6 лет – 800 мг 4 раза в сутки курсом 5 дней. Валтрекс назначают внутрь по 1,0 г 3 раза в день в течение 7 дней.

Лечение тяжелой формы в стационаре

При лечении больного тяжелой формой ветряной оспы в стационаре назначается:

- постельный режим на период интоксикации, его продолжительность также зависит от характера осложнений
- диета витаминизированная, механически щадящая
- противовирусные препараты (ацикловир, внутривенно в дозе 30 мг/кг в сутки в 3 введения на 5-7 дней или виroleкс внутривенно 15 мг/кг в сутки в 3 приема курсом 7-10 дней)
- иммуноглобулин обычный для внутривенного введения на период высыпания или специфический иммуноглобулин против ветряной оспы - опоясывающего лишая внутримышечно
- препараты интерферона (виферон в свечах) или его индукторы (циклоферон в таблетках или в/м из расчета 6-10 мг/кг или неовир внутримышечно или изопринозин – иммуностимулирующий препарат с противовирусной активностью назначают внутрь в дозе 50 мг/кг в сутки в 3-4 приема курсом 5-7 дней)
- антибактериальная терапия может рассматриваться как патогенетическое лечение в случаях, когда у больного появляются симптомы развивающейся бактериальной инфекции (цефалоспорины III-IV поколения, макролиды, фторхинолоны у детей старше 12 лет). В зависимости от выраженности клинических проявлений антибиотики следует назначать в среднетерапевтических или высоких дозах длительностью в 7-10 дней

- патогенетическое лечение (дезинтоксикация путем внутривенных капельных инфузий с использованием контрикала, аскорбиновой кислоты, дегидратирующих препаратов)
- местное лечение (обработка кожи эритромициновым или левомецетиновым спиртом, содержание больного в гигиенических условиях)
- при развитии осложнений ветряной оспы проводится их соответствующее лечение
- симптоматическая терапия включает использование жаропонижающих средств.

Препаратами выбора являются ибупрофен, парацетамол. Ибупрофен (нурофен для детей в форме суспензии применяют у детей в возрастной группе от 3 мес. до 12 лет, нурофен в таблетках – 6 лет и старше) назначают в разовой дозе 5-10 мг/кг 3-4 раза в сутки. Парацетамол применяют по 15 мг/кг не более 4 раз в сутки с интервалом не менее 4 ч. Противопоказано использование ацетилсалициловой кислоты из-за опасности возникновения синдрома Рея – острого состояния, характеризующегося быстро прогрессирующей энцефалопатией (вследствие отека головного мозга) и развитием жировой инфильтрации печени с возможным летальным исходом).

- при развитии осложнений ветряной оспы проводится их соответствующее лечение
- глюкокортикостероиды при ветряной оспе назначаются только в случаях клинических проявлений менингоэнцефалита

Противоэпидемические мероприятия в очаге ветряной оспы

При выявлении больного ветряной оспы проводятся следующие мероприятия:

- изоляция больного от начала болезни до 5 дней с момента появления последних элементов сыпи
- экстренное извещение в ГСЭН
- на контактных детей до 7 летнего возраста, не болевших ветряной оспой, накладывают карантин на 21 день; при точно установленной дате контакта проводится разобщение контактного с коллективом с 11 по 21 день с момента контакта; карантин на контактных, больных лейкозом, а также на детей, получавших накануне контакта препараты крови, должен составлять 28 дней (у контактных следят за температурой и за появлением сыпи на коже).

Профилактика

На сегодня существуют средства специфической активной профилактики ветряной оспы – *живые аттенуированные вакцины: Варилрикс, Окавакс, Варивакс*. ВОЗ рекомендует проводить выборочную однократную вакцинацию против ветряной оспы: детям с лейкозом (через 1 год после начала ремиссии), детям с онкологическими заболеваниями, детям с тяжелыми хроническими заболеваниями – коллагенозы, хроническая почечная недостаточность, детям, которым планируется трансплантация органов.

Рекомендуемая схема вакцинации:

- дети от 12 месяцев до 13 лет: 1 доза вакцины (0,5 мл) подкожно однократно;
- лица от 13 лет и старше (включая контактных с группами высокого риска и заболевшими): по 1 дозе (0,5 мл) подкожно двукратно с интервалом между введениями 6-10 недель;
- экстренная профилактика: однократно 1 дозой вакцины (0,5 мл) в течение первых 96 часов после контакта (предпочтительно в течение первых 72 часов).

Список литературы

1. Рецензируемый журнал «Фарматека» для практикующих врачей

Ветряная оспа: актуальная проблема сегодняшнего дня

Л.А. Галкина, Е.Е. Целипанова

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва 2017г.

2. Диагностика инфекционных заболеваний у детей: учебное пособие/ сост. Я. А. Богвилене, И.А. Кутищева, И.А. Соловьева и др.; под ред. Г. П. Мартыновой. – Красноярск 2011г.

3. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным ветряной оспой ГБОУ ВПО СПбГПМУ МЗ РФ ФГБУ НИИДИ ФМБА России

Утверждено на заседании Профильной комиссии 9 октября 2015г

<https://diseases.medelement.com/disease/ветряная-оспа-у-детей/14724>

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

РЕЦЕНЗИЯ

Ассистент кафедры детских инфекционных болезней с курсом ПО

Иккес Любови Александровны

На реферат ординатора 1-го года обучения специальности «Инфекционные болезни»

Слепнева Екатерина Владимировна

по теме «Ветряная оспа»

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	полож.
2. Наличие орфографических ошибок	отриц.
3. Соответствие текста реферата по теме	полож.
4. Владение терминологией	полож.
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	полож.
6. Логичность доказательной базы	полож.
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	полож.
8. Круг использования известных научных источников	полож.
9. Умение сделать общий вывод	полож.
10. Актуальность	полож.

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарий рецензента:

Дата: 20.06.2022

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Л. Иккес
Е. Слепнева