

Вітряна віспа

Вітряна віспа (просторічне — вітрянка, англ. chickenpox, лат. varicella, грец. Ανεμοβλογιά) — контагіозне вірусне захворювання з групи герпесвірусних інфекцій, яке характеризується переважним ураженням дітей, помірною загальною інтоксикацією, поліморфною екзантемою з переважанням везикул.

Після клінічного видужання вірус тривало персистує у нейронах у вигляді латентної інфекції, при активізації якої розвивається оперізуючий герпес.

Етіологія

Збудник вітряної віспи та оперізувального герпесу (varicella-zoster virus/VZV, ГВЛ-3) належить до роду Varicellovirus, підсімейства Alphaherpesvirinae, сімейства Herpesviridae. Це нестійкий поза організмом людини, швидко інактивується дезінфекційними засобами, при висиханні та температурі понад 60°C, але добре зберігається при низькій температурі. Поза організмом, на відкритому повітрі вірус гине приблизно за 10 хвилин. Капсид оточений рядом слабо пов'язаних білків, відомих під загальною назвою оболонки. Багато з цих білків відіграють важливу роль в ініціюванні процесу розмноження вірусу в зараженій клітині. Оболонка, в свою чергу покрита ліпідним шаром, який покритий глікопротеїнами, які зумовлюють зовнішній вигляд віріону.

Епідеміологія

Джерело і резервуар інфекції

Джерелом інфекції при вітряній віспі є хворий, який стає небезпечним для оточуючих з кінця інкубаційного періоду (за 6-7 годин до появи висипу) і аж до 5-ої доби з моменту появи останніх елементів висипу. Особливо небезпечними джерелами інфекції є хворі із наявністю везикул на слизових ротової порожнини, тому що в них швидко лопаються пухирці і виділяються великі дози вірусу з слиною. Додатковим джерелом може бути хворий на оперізувальний герпес, але він виділяє значно менше вірусів. Зрідка від людей можуть заражатися вищі примати та від них інфекція може передаватися й людям.

Механізм і шляхи передачі

Механізм передачі збудника при вітряній віспі — повітряно-крапельний. Незважаючи на слабку стійкість вірусів у докільлі, доведено можливість їх поширення з повітря за межі кімнати, де перебуває хворий, через відчинені двері, систему вентиляції тощо. Таким чином зараження може поширюватись на весь будинок. Не виключена можливість вертикальної передачі збудників вітряної віспи від матері до плоду, що може спричинити вади розвитку, але це трапляється дуже рідко.

Сприйнятливий контингент

Вітряна віспа — типова дитяча інфекція. Новонароджені перших 2-х місяців життя мають пасивний материнський імунітет, пізніше вони стають сприйнятливими. Тому максимальне число захворілих припадає на вікову групу 2-4 років. Дошкільнята становлять близько 80% захворілих. У старших вікових групах через формування імунного прошарку захворюваність значно зменшується. Для вітряної віспи характерна осінньо-зимова сезонність, що пояснюється тіснішим контактуванням дітей при відвідуванні дитячих навчальних закладів. Захворюваність найчастіше спорадична. Трапляються спалахи вітряної віспи, зокрема у дитячих дошкільних закладах і лікарнях. Після перенесеної інфекції залишається тривалий імунітет. Повторні захворювання вітряною віспою трапляються рідко.

Патогенез

Первинна інфекція проявляється у вигляді вітряної віспи, при цьому вхідними воротами інфекції є слизові оболонки верхніх дихальних шляхів, де проходить реплікація та первинне накопичення вірусу. Потім по лімфатичних шляхах вірус проникає в кров. Вірусемія доведена виділенням вірусу з крові, а також екзантемою, генералізованою по всьому тілу. Після стихання гострих проявів первинної інфекції вірус латентно зберігається в організмі.

Клінічний перебіг

Інкубаційний період при вітряній віспі триває від 11-21 дня, найчастіше — 14 днів.

Продромальні явища у дітей або відсутні або зводяться до незначних симптомів загальної інтоксикації (нездужання, втрата апетиту, субфебрильна температура тіла тощо). У дорослих часто відмічаються сильніші і триваліші прояви загальноінтоксикаційного синдрому. На фоні цього на шкірі з'являються висипання, що локалізуються на обличчі, волосистій частині голови, тулубі та кінцівках. При інтенсивному висипу елементи можна іноді знайти на долонях та підшвах. Елементи висипу, пройшовши через стадії плями та дрібної папули, швидко перетворюється на характерні для вітряної віспи елементи — везикули. Деякі плями зникають, папули розсмоктуються, не доходячи до стадії везикули. Везикули при вітряній віспі мають круглу або овальну форму та різну величину, розміщуються на неінфільтрованій основі, їхня стінка напружена, блискуча, вміст прозорий. Навколо везикули є вузька смужка гіперемії. При проколі везикула спорожнюється завдяки своїй однокамерності. Розриву везикул сприяє свербіння, що часто супроводжує висипання. Поодинокі везикули мають пупоподібні вдавлення. Везикули швидко підсихають (при цьому їх вміст мутніє через випадіння фібрину) й через 1-3 дні утворюються бурі кірочки, які відпадають за 1-3 тижні. Висип при вітряній віспі з'являється протягом кількох днів поштовхами, тому для вітряної віспи характерною є поліморфність

висипань — на певній ділянці шкіри можна знайти елементи, що перебувають на різних стадіях розвитку. У деяких хворих одночасно з висипом на шкірі з'являються елементи висипу на слизових оболонках порожнини рота, носоглотки, гортані, статевих органах та в інших місцях. Це енантема, характерним елементом якої як і на шкірі є везикула. Енантема може випереджати висипання на шкірі. Везикул на слизових оболонках зазвичай мало. Вони не стійкі, швидко лопаються та утворюють поверхневі ерозії, які через кілька днів епітелізуються.

Перебіг за ступенем тяжкості

*За легкого перебігу температура тіла підвищується до 37,5-38°C, симптоми інтоксикації практично відсутні, висипання не рясні.

*За середньотяжкого перебігу температура тіла підвищується до 39°C, симптоми інтоксикації виражені помірно, висипання рясні, в тому числі і на слизових оболонках.

*За тяжкого перебігу спостерігаються висока температура тіла (39,5-40°C), висипання дуже рясні, великі, застигли в одній стадії розвитку. На висоті захворювання при цьому можливий нейротоксикоз із судомним синдромом і проявами набряку-набухання головного мозку (ННГМ). Одночасно з підсиханням елементів висипу при вітряній віспі знижується температура тіла і поліпшується загальний стан хворого.

Особливі форми перебігу

При появі ускладнюючих факторів розвиваються форми вітряної віспи з тими чи іншими проявами:

*Для менінгіту характерний серозний ліквор з помірним цитозом та відносно швидким зворотнім розвитком.

*Енцефаліт перебігає з виразними вогнищевими симптомами ураження ЦНС, парезами, виразним ННГМ.

*Пневмонія при вітряній віспі у маленьких дітей часто носить безпосередньо вірусний характер, у певній кількості випадків у дорослих приєднується бактеріальна флора.

У ослаблених дітей раннього віку, особливо на тлі інших інфекційних захворювань, у дорослих людей з імунодефіцитами хвороба може набути злоякісного характеру. При цьому спостерігаються такі висипання:

*пустульозні, коли везикули перетворюються на пустули, і хвороба нагадує натуральну віспу;

*бульозні, коли з'являться великі пухирці (діаметром до 2-3 см) із серозним та каламутним вмістом;

*геморагічні з кров'янистим вмістом пухирців та петехіями на шкірі, з тромбоцитопенічною пурпурою;

*гангренозні, які характеризуються змертвінням шкіри навколо везикул і утворенням трофічних виразок.

Ці прояви захворювання погіршують прогноз.

Генералізована або вісцеральна вітряна віспа частіше зустрічається в новонароджених, в тих, хто отримує глюкокортикостероїди. Хвороба проявляється гіпертермією, тяжкою інтоксикацією та ураженням внутрішніх органів: печінки, легень, нирок тощо. Перебіг хвороби дуже тяжкий і досить часто з летальним кінцем.

Атипова або рудиментарна вітряна віспа зазвичай зустрічається в осіб, яким в період інкубації ввели імуноглобулін або плазму. Вона характеризується появою розеолезно-папулезного висипу з окремими недорозвиненими, ледь помітними пухирцями, температура тіла нормальна. Загальний стан не порушується.

Лікування

Хворих з легким неускладненим перебігом вітряної віспи лікують переважно в домашніх умовах. Висип тушують кріпким розчином перманганату (марганцевокислого) калію — розчин має бути «бурякового» забарвлення. Вважають, що таким чином кисень, що вивільняється з марганцевокислого калію, згубно діє на вірус, попереджає приєднання вторинної інфекції, зменшує свербіння. При невеликій кількості елементів на шкірі може застосовуватися розчин діамантовий зелений. Застосування цієї анілінової речовини при великій кількості висипань на тлі тяжкого перебігу не рекомендується через можливість спричинення гострого отруєння за рахунок підвищеного всмоктування через пошкоджену шкіру. Тушування висипу дає можливість спостерігати подальші можливі підсипання та, таким чином, виявити той день хвороби, коли вже підсипань не відбувається. Останнього часу тушування висипу у країнах розвинутої медицини вважають недоцільним. При задовільному загальному стані можна використовувати хвойні ванни для заспокоєння свербіння. Призначають також антигістамінні засоби, мазі з карбонатом цинку. Вогнища на слизових оболонках змочують розчинами лейкоцитарного інтерферону, пізніше змащують обліпиховою та шипшиновою олією. При виразній інтоксикації проводять детоксикаційну терапію. У імуноскомпрометованих хворих з ризиком тяжкого перебігу і приєднання ускладнень використовують ацикловір.