

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Сулайманова Н.Э., Жакеева А.К., Раимбердиева А.Р., Мамбетова М.К.

Кыргызская государственная медицинская академия И. К. Ахунбаева,
кафедра детских инфекционных болезней,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ историй болезни 66 детей, больных ветряной оспой. Выявлены клинические особенности течения заболевания у детей раннего возраста.

Ключевые слова: ветряная оспа, сыпь, диагностика, лечение.

**ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДЫН СУУ ЧЕЧЕК ДАРТЫНЫН
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ЖАНА КЛИНИКАЛЫК
ӨЗГӨЧҮЛҮКТӨРҮ**

Сулайманова Н.Э., Жакеева А.К., Раимбердиева А.Р., Мамбетова М.К.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кортундуу: Бул илимий жумушта 66 баланын оорулуунун баракчасы изилденген. Суу чечек дартынын клиникалык жана эпидемиологиялык өзгөчлүктөрү такталды.

Ачкыч сөздөр: Суу чечек дарты, тактар, дартты аныктоо, дарылоо.

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF
CHICKENPOX IN CHILDREN**

Sulaimanova N.E., Gakeeva A.K., Raimberdieva A.R., Mambetova M.K.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of Children's Infectious Diseases,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: 66 history cases analyses of children have been conducted who were ill by chickenpox.

Key words: chickenpox or varicella, rash, diagnosis, treatment.

Впервые ветряная оспа была описана Г. Видиусом, итальянским врачом, в середине XVI столетия. Ветряная оспа – чрезвычайно контагиозное (восприимчивость составляет 100%) острое инфекционное заболевание, сопровождающее лихорадкой и характерными пузырьковыми высыпаниями на коже и слизистых оболочках. Возбудителем ветряной оспы является ДНК-содержащий вирус герпеса 3-го типа *Varicella-zoster*, обуславливающий развитие двух заболеваний: ветряной оспы при первом контакте с вирусом и опоясывающего лишая при реактивации вируса.

В настоящее время ветряная оспа является одной из самых распространенных инфекций в мире. По заболеваемости среди капельных

инфекций ветряной оспе принадлежит одно из первых мест. Наибольшая заболеваемость ветряной оспой отмечается среди детей раннего и дошкольного возраста (80,0%). Так, по данным России заболеваемость среди детей 1-2 года в 1999 г. составила 2015,3 на 100 тыс. детского населения, в 2008 г. – 3011,0. На высоком уровне ветряная оспа регистрируется также среди детей дошкольного возраста 3-6 лет: 1999 г. - 4657; 2008г. - 7650,7 на 100 тыс. детского населения. В последние годы в России наблюдается рост общей заболеваемости ветряной оспой, увеличилась более чем в 1,8 раза. Ежегодно регистрируется не менее 800 000 случаев заболевания ветряной оспой. По эпидемическим показателям (высокая заболеваемость детского населения, регистрация

летальных исходов) с 2009 года вакцинация против ветряной оспы была включена в Региональный календарь профилактических прививок и Региональный календарь прививок г. Москвы [1, 3].

Дети первых месяцев жизни практически не болеют ветряной оспой в связи с наличием пассивного иммунитета (антител к вирусу ветряной оспы, полученные трансплацентарно от матери). В случае отсутствия иммунитета у матери, ветряной оспой могут болеть новорожденные.

Неонатальная ветряная оспа поражает новорожденных при инфицировании матери вирусом на поздних сроках беременности, нередко с развитием тяжелых висцеральных форм болезни (появление высыпаний за 5 дней до и через 2 дня после родов). Летальность в этом случае составляет до 30,0%. Особенно высок риск развития тяжелых атипичных форм заболевания у детей с иммунодефицитным состоянием на фоне иммуносупрессивной терапии, у ВИЧ-инфицированных лиц.

Актуальность этой неуправляемой инфекции обусловлена также внутрибольничным распространением, тяжестью клинических проявлений и осложнений (энцефалит, синдром Гийена-Барре, неврит зрительного нерва, синдром Рейе и др.) [2].

Вышеуказанные данные требуют не только широкого внедрения в практику специфической иммунопрофилактики, особенно среди иммунокомпрометированных детей, но и поиска новых эффективных средств, которые могут быть использованы при лечении ветряной оспы.

Целью нашей работы явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей ветряной оспы у детей раннего возраста на современном этапе.

Материалы и методы

За период 2011 г. в специализированное отделение Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) было госпитализировано 106 детей в возрасте от 0-14 лет, больных ветряной оспой. Нами проведен ретроспективный анализ 66 (из 106 историй) историй детей раннего возраста (от 0-3-х лет), больных ветряной оспой.

Всем больным были проведены общеклинические, по показаниям допол-

нительные исследования.

Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и обсуждение

По данным Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) г. Бишкек, заболеваемость ветряной оспой среди госпитализированных детей в последние годы имеет неуклонный рост (Рис. №1).

Детальный анализ возрастной структуры детей, заболевших ветряной оспой и госпитализированных в РКИБ свидетельствует, что основную группу составляли дети от 0-5 лет, посещающие детские дошкольные учреждения и дети грудного возраста.

Возрастная структура больных ветряной оспой, поступивших в стационар в 2011 г. распределилась следующим образом: 0-1 года – 40 (37,7%), 1-3 лет – 26 (24,5%), 4-7 лет – 18 (17,0%), 8-14 лет – 22 (20,8%), что свидетельствует о преобладании (62,2%) детей раннего возраста (Рис.2). Эти данные совпадают с исследованиями других авторов.

Среди заболевших детей раннего возраста, соотношение городских 34 (51,5%) и сельских 32 (48,5%) жителей было практически одинаковым. Число заболевших мальчиков 36 (54,5%) преобладало, по сравнению с девочками 30 (45,4%).

Помесячное распределение заболеваемости ветряной оспой выявило сезонные эпидемические подъемы. Максимальные показатели (45,5%) заболеваемости регистрировались в декабре-январе (Рис.3).

При изучении историй болезни выявлено, что большинство 46 (69,7%) детей раннего возраста, больных ветряной оспой поступили в стационар на 3-5 день от начала болезни (на 1-й день- 4, на 2-й день-8, на 3-й день-24, на 4-й – 12, 5-й- 10 и 6-7 дни - 8 больных).

В основном больные были направлены в стационар врачами ЦСМ 29 (43,9%) случаев, из-за фебрильных судорог. Из других стационаров в РКИБ были переведены 4 (6,0%) детей с ветряной оспой. Каждый третий больной ветряной оспой 26 (39,5%) самостоятельно обратился за медицинской помощью в инфекционный стационар.

Из анамнеза жизни госпитализированных детей раннего возраста удалось установить,

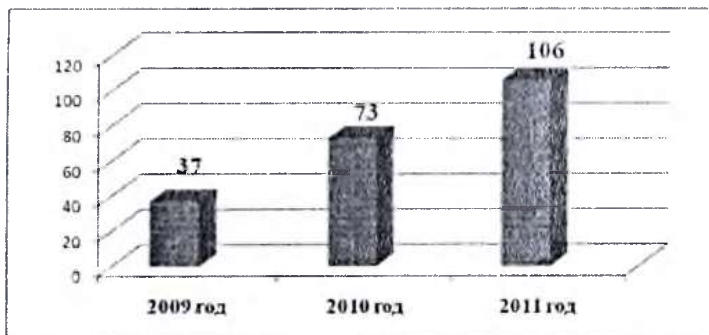


Рис. 1. Динамика заболеваемости ветряной оспой детей, по данным РКНБ

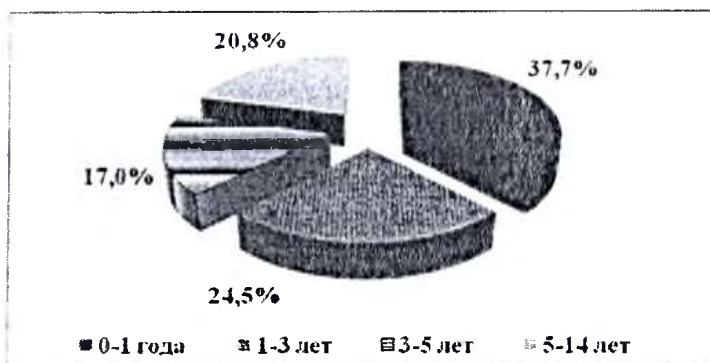


Рис.2. Возрастная структура детей, больных ветряной оспой (2011 г.), по данным РКНБ

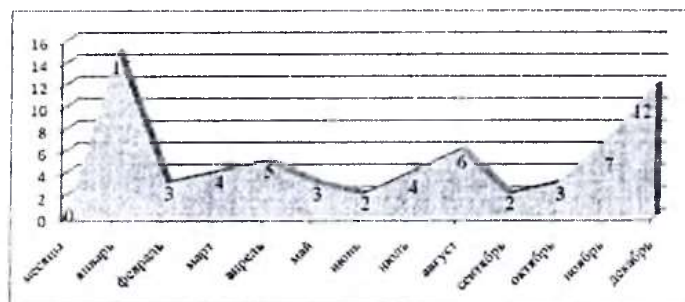


Рис.3. Сезонность заболеваемости ветряной оспы

что это были (95,4%) доношенные дети, неблагоприятный акушерский анамнез имели в 30,3% случаев, осложненные роды в 12,1%.

Каждый третий ребенок 21 (31,9%) имел отягощенный преморбидный фон: анемия I-II ст. – 18 (27,3%), ГИЭ – 12 (18,1%), ЭКД – 6 (9,1%), нарушение питания 3 (4,5%) (гипотрофия, паратрофия), ВПС+ДЦП – 1 (1,5%), пупочная грыжа 1 (1,5%). Спектр перенесенных заболеваний был различным: ОРИ (48,5%), ОКИ (18,1%), пневмония (6,0%), фурункулез (1,5%).

Структура предварительных диагнозов свидетельствует о своевременной диагностике ветряной оспы (81,8%). Среди прочих (18,2%) диагнозов встречались ОРВИ, аллергический дерматит, энтеровирусная инфекция, ОКИ.

При выявлении источника инфекции 28 (42,4%) детей смогли указать источник инфекции. Относительно высокий процент выявления источника заражения (по сравнению с другими капельными инфекциями) отражает факт распространения этой «летучей» инфекции в социально неблагополучной среде: в стационарах, закрытых детских учреждениях, в многодетных семьях, общежитиях.

У всех больных клинический диагноз был выставлен на основании характерных клинических проявлений. Общеинфекционные симптомы проявлялись повышением температуры тела, головными болями, слабостью или беспокойством, снижением аппетита, рвотой и судорогами. Повышение температуры тела в пределах 37,5-38,5°C отмечалось у 39 (59,1%) больных, до высоких цифр (38,6-40,0

°С) - 27 (40,9%). Длительность температуры составила $3,9 \pm 1,2$ дней.

Сыпь сопровождалась повышением температуры и зудом кожи, высыпала в течение 2-4-х дней «толчкообразно», однако у 5-ти детей грудного возраста сыпь продолжала подсыпать от 6 до 7 дней. Из анамнеза этих больных выявлено, что эти дети имели отягощенный преморбидный фон (анемия, гипотрофия, ДЦП+ВПС), сопутствующие заболевания (пневмония, лимфаденит), что вероятно, обусловлено снижением реактивности организма, иммунодепрессией.

Элементы сыпи у детей раннего возраста, больных ветряной оспой сначала появлялись на животе, груди, плечах, бедрах, а затем на волосистой части головы, на лице и слизистых оболочках. У всех детей отмечали «полиморфизм» сыпи, с различными элементами сыпи (пятно-папула-везикула-корочка). На ладонях и подошвах сыпь, как правило, должна отсутствовать, но у 4 (6,1%) детей первых месяцев жизни везикулы были на ладонях и подошвах, что вероятно, может свидетельствовать о тяжести заболевания и сниженном иммунитете. Пузырьки подсыхали и превращались в корочки, которые сохранялись в основном от 6-9 дней в 52 (78,7%) случаях, реже от 4-6 дней - (21,3%). Сохранение корочек свидетельствует о заразности больного ребенка.

Заболевание протекало как в среднетяжелой форме 45 (68,1%) случаев, так и в тяжелой форме - 21 (31,9%). Критериями тяжести считалась выраженность лихорадки, интоксикация, обилие сыпи, развитие осложнений.

Негативную роль на течение болезни оказывала микст-инфекция: ОРИ с обструкцией верхних дыхательных путей - в 7 (10,6%) случаях, гнойно-воспалительные заболевания в 6 (9,1%) случаях, острые кишечные инфекции, не уточненной этиологии в 3 (4,5%).

Спектр наиболее часто встречающихся осложнений (31,9%) был представлен гнойно-септическими заболеваниями (стрептодермия, фурункулез, флегмона, абсцесс, рожа), реже пневмония - 9,1%. У этих больных в

периферическом анализе крови отмечался выраженный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.

Проводимая терапия у всех больных ветряной оспой включала симптоматическую терапию, инфузионная терапия проводилась с целью дезинтоксикации при тяжелой форме, местно использовали анилиновые красители (раствор бриллиантовой зелени, флукарцил). Больные по показаниям получали антибактериальную терапию: пенициллины (53,1%), цефалоспорины (46,9%), в течение 5-8 дней.

Пребывание больных на койке в среднем составило $4,3 \pm 1,2$ дня. Исход болезни у всех больных был благоприятным, выписаны с улучшением.

Выводы:

1. В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости ветряной оспой среди детей, особенно раннего возраста (62,2%).
2. Тяжелые формы (31,9%) ветряной оспы с осложнениями диагностированы у каждого третьего ребенка, имеющего отягощенный преморбидный фон.
3. Необходим поиск радикальных и современных профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и тяжести болезни.

Литература:

1. Тимченко В.Н., Сергеева С.А. и др. Лечение и профилактика ветряной оспы у детей в современных условиях // Методические рекомендации. - СПб. - 2008. - 32 с.
2. Мозанкова Л.Н. Ветряная оспа у детей: особенности течения и лечения // Consilium medicum: приложение Педиатрия. - 2006. - №1. - С. 27-30.
3. Интенсивность ветряной оспы и опоясывающего лишая // <http://medicalplanet.su/257.html>.