

Министерство образования и науки  
Республики Саха (Якутия)  
ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж»

Допущен(а) к защите  
Зам. директора по УР  
Иванова М.Н.



**НИКИТИНА УЙГУЛААНА СЕМЕНОВНА**

**Диагностика и профилактика ветряной оспы**

**у лиц молодого возраста**

Выпускная квалификационная работа

по специальности 31.02.01. «Лечебное дело»

Студент отделения «Лечебное дело»

Никитина У.С

Руководитель:

Охлопкова С.А.

Якутск – 2018

Оглавление	
Введение .....	3
Глава 1. Клинико-эпидемиологическая характеристика, профилактика ветряной оспы .....	5
1.1. Эпидемиология и клиническая картина ветряной оспы .....	5
1.2. Профилактические мероприятия в эпидемиологическом очаге .....	20
Глава 2. Роль фельдшера в диагностике и профилактике ветряной оспы у лиц молодого возраста.....	23
2.1. Анамнез заболеваемости в г.Якутске за период 2015 – 2017г.....	23
2.2. Тактика фельдшера в эпидемиологическом очаге ветряной оспы.....	26
Выводы: .....	37
Список использованных источников: .....	38
Приложение 1.....	39

## **Введение**

В современных условиях значимость ветряной оспы для общественного здоровья обусловлена ее широкой распространенностью, высокими показателями заболеваемости (до 775 на 100 тыс. населения), значительной вероятностью тяжелого клинического течения, осложнений, которые могут приводить в летальному исходу, а также заболевания беременных женщин и развития врожденных форм инфекции.

Ветряная оспа имеет общую этиологию и тесную патогенетическую связь с хронической формой инфекции, обусловленной вирусом *Varicella zoster* – опоясывающим лишаем. Риск развития опоясывающего лишая у переболевших ветряной оспой составляет 10-30%. Среди лиц в возрасте 60-80 лет частота заболевания опоясывающим лишаем варьирует от 5 до 10 на 1000 населения данного возраста. [1]

Несмотря на высокую заболеваемость, наличие летальных исходов, а также тяжелых осложнений ветряной оспы, система эпидемиологического надзора и контроля эпидемического процесса этой инфекции остается недостаточно разработанной.

В национальный календарь прививок с 2014 г. включена вакцинация детей против ветряной оспы, зарегистрированы и разрешены к использованию в России две живые аттенуированные вакцины зарубежного производства. На фоне снижения заболеваемости «управляемыми» инфекциями в структуре инфекционной патологии значимость ветряной оспы повышается. Показатели заболеваемости этой инфекцией в России составляют от 320 до 780 на 100 тыс. населения (по данным 1980-2012 гг.). абсолютное число заболеваний от 500 тыс. до 1150 тыс. случаев в год.

Наибольший вклад в формировании заболеваемости вносят дети в возрасте 3-6 лет, показатели которых превышает 7000 на 100 тыс. детей данного возраста. Наиболее тяжелым осложнением ветряной оспы у детей является энцефалит. Несмотря на то, что заболевание в подавляющем большинстве случаев характеризуется доброкачественным течением, высокая интенсивность эпидемического процесса ветряной оспы определяет возникновение значительных экономических потерь, связанных, прежде всего, с временной утратой трудоспособности родителей, ухаживающих за заболевшими детьми. Возникновение вспышек ветряной оспы затрудняет



работу детских и образовательных учреждений. На фоне высокой заболеваемости даже редкие в относительном выражении случаи осложнений и летальных исходов причиняют существенный вред.[2]

**Актуальность:** современный эпидемический процесс ветряной оспы характеризуется тенденцией «взросления» инфекции. Риск осложнений и летальных исходов ветряной оспы у взрослых в 10-20 раз выше, чем детей. Увеличивается вероятность заболевания беременных и, следовательно, риск внутриутробного заражения новорожденных. Однако, несмотря на высокую значимость ветряной оспы и необходимость внедрения вакцинопрофилактики, система эпидемиологического надзора за ветряной оспой остается недостаточно разработанной.

**Цель:** изучение диагностики и профилактики ветряной оспы у лиц молодого возраста.

**Задачи:**

- 1.Изучить клинические особенности течения и профилактики ветряной оспы у лиц молодого возраста;
- 2.Проанализировать статистические показатели заболевания в г.Якутске за 2015-2017 годы;
- 3.Определить роль фельдшера в очаге инфекции.

## **Глава 1. Клинико-эпидемиологическая характеристика, профилактика ветряной оспы**

### **1.1. Эпидемиология и клиническая картина ветряной оспы**

«Ветряная оспа» (B01.9 по МКБ-10) – острое антропонозное вирусное заболевание, вызываемое вирусом из семейства Herpesviridae, передающееся воздушно-капельным путем, сопровождающееся умеренной лихорадкой и симптомами интоксикации, поражением кожи и слизистых оболочек в виде макуло – папулёзно – везикулёзной сыпи. Характеризуется доброкачественным течением и длительной латентной персистенцией вируса в организме переболевшего человека.

Первые специфические признаки ветрянки у взрослых заключаются в виде появления экзантемы розеолезно-везикулезного характера, в то время как опоясывающий герпес проявляется сливной экзантемой, расположенной на измененном фоне. Отличительным признаком экзантемы при ветрянке у взрослых является то, что элементы сыпи не нарушают ростковый слой эпидермиса, что обуславливает бесследное ее исчезновение в реконвалесцентном периоде.

Зуд при ветрянке у взрослых, как правило, выражен достаточно интенсивно, поэтому пациенты расчесывают элементы сыпи, что провоцирует развитие внутрикожных атрофических рубцов.

При первичном попадании вируса в организм взрослого человека развиваются первые признаки ветрянки у взрослых, в то время как при активации вируса, находящегося в организме в латентном состоянии, создаются условия для развития клиники опоясывающего герпеса.

В качестве источника инфекции при ветрянке у взрослых может выступать исключительно человек, у которого отмечаются все клинические признаки заболевания в активном периоде. [3]

Этот период очень индивидуальный и составляет всю стадию клинических проявлений заболевания до периода отпадания корочек. Распространение вируса-возбудителя ветрянки у взрослых происходит с капельками зараженного аэрозоля, однако уровень заболеваемости данной патологией среди взрослого населения довольно низкий.

У части пациентов, которые перенесли активную форму заболевания в детском периоде, может развиваться повторная ветрянка у взрослых в ситуации, когда имеет место выраженный иммунодефицит какой-либо этиологии.

Повторная ветрянка у взрослых в большинстве ситуаций имеет осложненное течение, обусловленное активизацией бактериальной флоры с



развитием гнойных воспалений кожных покровов, пневмонии, энцефалита и даже энцефаломиелита, который может закончиться для пациента летальным исходом.

Кроме того, осложненные формы ветрянки у взрослых могут быть спровоцированы выраженной патогенностью самого вируса-возбудителя. Так, при ветряночном трахеите основные патогенные свойства вирус проявляет в слизистых оболочках дыхательных путей, поэтому первые симптомы ветрянки у взрослых в этой ситуации заключаются в появлении сухого грубого кашля, боли по ходу трахеи, а также одышки.

Ветряночная вирусная пневмония проявляется длительным непродуктивным кашлем, который не приносит пациенту выраженного беспокойства. У части пациентов может наблюдаться выраженный интоксикационный синдром при ветряночной пневмонии, проявляющийся интенсивной лихорадкой, надрывным кашлем с отхождением мокроты, содержащей посторонние примеси.

Осложненные формы ветрянки у взрослых требуют незамедлительной госпитализации пациента в стационар инфекционного профиля с целью проведения активной противовирусной терапии.

Развитие клинической симптоматики ветрянки у взрослых и детей становится возможным только после попадания в их организм специфического вируса-возбудителя *Varicella Zoster*, который может провоцировать формирование не только ветрянки, но и опоясывающего герпеса. Возбудитель ветрянки у взрослых не отличается повышенной устойчивостью к воздействию различных факторов окружающей среды. Так, при воздействии на зараженный биологический материал повышенной температуры, повышенной влажности и прямых солнечных лучей происходит практически мгновенная гибель возбудителя. [4]

И вместе с тем, развитие той или иной клинической формы ветрянки у взрослых становится возможной благодаря тому, что уровень восприимчивости людей к вирусу-возбудителю составляет 100%. Единственным возможным способом передачи вируса ветрянки среди взрослой категории людей, впрочем, как и среди детей, является воздушно-капельный, что становится возможным при кашле, разговоре и чихании. Следует учитывать, что развитие ветрянки у взрослой беременной женщины может стать причиной внутриутробного заражения плода, что является показанием для преждевременного прерывания беременности ввиду возможного развития грубых аномалий развития у будущего ребенка.

Проникновение вируса-возбудителя при ветрянке у взрослых происходит через эпителий слизистых оболочек дыхательных путей с



дальнейшим развитием вирусемии и попадания в кожные покровы, где активизируются основные патоморфологические изменения в виде ограниченного расширения капилляров, серозного отека и отслоения эпидермиса (различные клинические стадии ветрянки у взрослых). Повышенная температура при ветрянке у взрослых развивается в результате активной репликации вирусов и формирования интенсивного аллергического ответа. У части пациента после окончания активного клинического периода заболевания с наступлением реконвалесцентного периода может формироваться длительная персистенция вируса в организме, что в дальнейшем становится благоприятным фоном для развития клиники опоясывающего лишая.

Период инкубации вируса при ветрянке у взрослых протекает стадийно.

Начальный инкубационный период составляет несколько суток, в течение которых происходит непосредственное внедрение вируса в слизистую оболочку. Стадия активного инкубационного периода заключается в размножении вируса и увеличении его концентрации. В окончательном периоде инкубации вируса отмечается достижение критической концентрации вируса и его дальнейшее проникновение в общий кровоток с распространением на периферию. Заканчиваются эти патогенетические стадии ветрянки у взрослых появлением первичных элементов экзантемы. Реакцией иммунного аппарата человека, в организм которого внедрился вирус ветрянки, является активная выработка специфических антител, в результате чего у больного появляется температурная реакция и интоксикационный синдром.

Средняя продолжительность периода инкубации вируса при ветрянке у взрослых составляет 21 сутки, однако инфекционистами не исключается возможность развития более короткого инкубационного периода, что напрямую зависит от концентрации вируса, а также степени его патогенности.

Среди неиммунизированных лиц существует повышенный риск развития осложненной формы заболевания в виде гангренозной, геморрагической и буллезной формы.[5]

#### *Симптомы и признаки ветрянки у взрослых*

Как любая инфекционная патология, ветрянка у взрослых отличается стадийностью развития патоморфологических и клинических проявлений. Так, средняя продолжительность периода инкубации вируса при ветрянке у взрослых составляет 14 суток. После классического течения инкубационного периода у части взрослых пациентов отмечается развитие короткого

продромального периода, который заканчивается появлением патогномоничных элементов сыпи. Для взрослой категории населения характерно развитие тяжелых продромальных явлений в виде выраженной головной боли, пояснично-крестцовой боли и лихорадки.

Первые патогномоничные симптомы ветрянки у взрослых заключаются в появлении элементов сыпи, не сопровождающихся выраженным нарушением самочувствия пациента. Температура при ветрянке у взрослых может повышаться одновременно с появлением первых элементов сыпи и носит волнообразный характер. Изначально экзантема при ветрянке у взрослых носит диффузный характер. Для развития экзантемы при ветрянке также характерен толчкообразный характер, периодичность которого составляет одни сутки.

Так как все элементы сыпи при ветрянке появляются не одновременно, на одном и том же участке кожных покровов могут иметься различные элементы сыпи. Стадийность развития экзантемы заключается в появлении округлого гиперемизированного пятна диаметром до 1 см, которое в дальнейшем трансформируется в папулу, а после появления жидкого содержимого в центре – в везикулу, которая имеет различные формы, размеры и всегда жидкое содержимое. Продолжительность везикулярной сыпи при ветрянке у взрослых в среднем составляет двое суток, после чего наступает стадия регрессии экзантемы с развитием корочек на элементах сыпи.

В ситуации, когда у пациента в кожных покровах активизируется бактериальная флора, содержимое везикулы становится воспалительным и стадия регресса сыпи заканчивается формированием рубцовых изменений. Для взрослой категории населения характерно атипичное течение экзантемного периода ветрянки, при котором нарушается классическая стадийность развития элементов сыпи или вовсе отсутствуют патогномоничные для данной патологии элементы сыпи.

Характерным проявлением ветрянки у взрослых, которое появляется одновременно с экзантемой является энантема, заживление которой наступает спустя трое суток после появления.

Продолжительность лихорадочного периода ветрянки у взрослых составляет до одной недели. Для взрослой категории населения характерно развитие тяжелых осложненных форм ветрянки с появлением признаков воспалительного поражения различных органов в виде энцефалита, миокардита, пиодермии, лимфаденита. Крайне тяжело у взрослых протекает вирусная ветряночная пневмония, которая проявляет резистентность к стандартным схемам лечения и может закончиться летальным исходом. [6]



Развитие буллезной формы ветрянки у взрослых чаще всего связано с какой-либо тяжелой соматической патологией. Клиническими особенностями данной формы ветрянки у взрослых является появление крупных дряблых пузырей на кожных покровах, которые длительно заживает и сопровождается образованием язв.

При появлении у человека везикул, содержащих геморрагическую жидкость, следует устанавливать диагноз «геморрагическая ветрянка». Данная клиническая форма заболевания сопровождается склонностью к развитию носовых кровотечений, а также гематурии.

Гангренозная форма ветрянки у взрослых отличается крайне тяжелым течением ввиду присоединения бактериального компонента и склонностью к развитию общего септического состояния. [7]

Отдельного внимания заслуживает такая патология как ветрянка, возникающая в период беременности, так как она может оказывать негативное влияние на состояние здоровья не только мамы, но и ребенка. У части беременных женщин после развития ветрянки наблюдается самопроизвольное прерывание беременности. Ввиду того, что возбудитель ветрянки у взрослых может преодолевать плацентарный барьер и негативно воздействовать на плод, создается благоприятный фон для развития различных грубых аномалий в виде поражения органов зрения, умственной отсталости различной степени выраженности и параличей.

В ситуации, когда ветрянка у беременной женщины развивается в первом триместре беременности, опасности для плода нет. Самым критическим периодом является второй триместр беременности, когда у плода происходит закладка основных жизненно-важных структур.

В реконвалесцентном периоде после ветрянки у взрослого человека формируется длительное латентное пребывание возбудителя в организме, а при какой-либо стрессовой для организма ситуации может развиваться повторное заболевание ветрянкой или опоясывающим лишаем. Группой риска по развитию опоясывающего герпеса, как следствия активации ветрянки у взрослого человека, является пожилой возраст, что инфекционистами объясняется снижением функции иммунного аппарата человека в этом периоде.

Ветряночная инфекция в этой ситуации проявляется появлением патогномичных элементов сыпи на боковой поверхности туловища с преимущественным односторонним поражением. Характерными проявлениями сыпи в этой ситуации является появление красных бляшек на кожных покровах, зуда, жжения и покалывания кожи. Зуд при ветрянке у



взрослых в этой ситуации настолько выраженный, что многие пациенты описывают его как выраженный болевой синдром.

При массивном распространении элементов сыпи на твердом небе, а также деснах у взрослых развивается клиника острого стоматита, проявляющаяся выраженной болезненностью при приеме пищи и глотании. Нечастыми проявлениями ветрянки у взрослых является появление признаков воспаления крайней плоти у мужчин и вульвитов у женщин, провоцирующие выраженную локальную болезненность и ощущение зуда в пораженных областях. В случае внедрения возбудителя ветрянки в структуры нервной системы развивается клиническая картина неспецифического энцефалита и менингита в виде интенсивного болевого синдрома в голове, тошноты и рвоты, повышенной судорожной готовности и нарушения сознания, координационных нарушений. К счастью, вышеперечисленные проявления ветрянки у взрослых носят кратковременный характер, при условии своевременного применения медикаментозной коррекции. [8]

#### ***Структура заболеваемости:***

Источником инфекции является больной человек. Больной ветряной оспой опасен за сутки до появления высыпаний, весь период высыпаний и 3-5 дней после появления последних пузырьков. Источником инфекции могут быть и больные опоясывающим герпесом. Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют больные лёгкими и стёртыми формами ветряной оспы, так как в таких случаях температура тела не повышается, имеются единичные высыпания, и заболевание не распознаётся, а больные, следовательно, не изолируются.

Ветряная оспа высоко контагиозна. Механизм передачи возбудителя аэрозольный, путь передачи – воздушно-капельный. Больной выделяет огромное количество вирусов в окружающий воздух при разговоре, кашле, чихании. Возбудитель с током воздуха может переноситься в соседние комнаты, через коридоры, вентиляционные системы в другие квартиры и на другие этажи. Из-за малой устойчивости вируса во внешней среде заражение через предметы обихода и через третьих лиц маловероятно. Возможна транспланцентарная передача вируса от матери плоду.

Восприимчивость к ветряной оспе почти абсолютная, что обуславливает высокую заболеваемость среди детей. Болеют преимущественно дети дошкольного возраста, обычно посещающие дошкольные детские учреждения. Показано, что дети, посещающие детские сады и ясли, болеют в 5 и более раз чаще, чем неорганизованные. Дети первых 2-3 месяцев жизни, находящиеся на естественном вскармливании,



болеют редко, так как с молоком получают антитела от матери. Но в случаях отсутствия иммунитета у матери и при наличии контакта с больным ветряной оспой могут заболеть и новорождённые дети. Обычно к 14-15 годам жизни ветряной оспой уже переболевает от 70 до 90% населения.

Заболевание встречается с одинаковой частотой, как у мужчин, так и у женщин.

После перенесенного заболевания остаётся прочный иммунитет. Повторные заболевания ветряной оспой встречаются редко.

Наибольшее число заболеваний регистрируется в холодное время года (осенне-зимняя сезонность). Летом заболеваемость снижается. [9]

### *Этиология и патогенез*

**Этиология.** Возбудителем данного заболевания является - вирус ветряной оспы и опоясывающего герпеса (*varicella zoster virus* - вирус герпеса типа 3), вызывающий два типа поражений - ветряную оспу (*varicella*) и опоясывающий лишай (*zoster*). *Varicella zoster virus* (VZV) – относится к ДНК-содержащим вирусам, к роду *Varicellavirus*, входящему в подсемейство *Alphaherpesvirinae* семейства *Herpesviridae*.

Размер вириона варьирует от 120 до 250 нм. Вирион состоит из следующих основных компонентов:

- 1) нуклеоида, располагающегося в центральной части;
- 2) капсида, покрывающего нуклеоид и состоящего из 162 капсомеров;
- 3) суперкапсидной оболочки,
- 4) трехслойной липопротеидной оболочки вириона, заключающей эти структуры. Ядро вириона состоит из ДНК.

По своим свойствам вирус идентичен или близок к другим представителям семейства *Herpesviridae*. ВЗВ обладает родством с вирусом простого герпеса (ВПГ), так как имеет общие с ним антигенные детерминанты.

Вирус способен поражать ядра клеток с формированием эозинофильных внутриядерных включений, может также вызывать образование гигантских многоядерных клеток, которые можно обнаружить при морфологическом исследовании биологического материала, взятого у больных ОГ (содержимое везикул, соскоб со дна эрозий), окрашенного по методу Романовского-Гимзы.

К основным свойствам вируса относятся: летучесть, чрезвычайно малая устойчивость во внешней среде, способность к длительному персистированию с последующей реактивацией, дерматотропность. Вирус инактивируется при температуре 50—52°C в течение 30 мин,

чувствителен к ультрафиолетовому облучению, хорошо переносит низкие температуры, повторные замораживания и оттаивания. [10]

**Патогенез.** Вирус проникает в организм человека через верхние дыхательные пути, где он фиксируется на клетках слизистой оболочки и внедряется в них. В клетках слизистой дыхательных путей происходит первичное размножение и накопление вируса. Затем вирус поступает в соответствующие отделы лимфатической системы и в конце инкубационного периода проникает в кровь и разносится по всему организму. Возникает вирусемия. Обладая тропностью к эпителию кожи и слизистых оболочек, возбудитель фиксируется в эпителии поверхностного слоя кожи. В месте фиксации вируса происходит локальное расширение кровеносных капилляров, появляется серозный отёк, происходит отслоение эпидермиса, что обуславливает формирование пятна-папулы-везикулы. Следует отметить, что образовавшиеся при ветряной оспе везикулы однокамерные и в ряде случаев могут переходить в пустулу. При подсыхании везикул на их месте образуются корочки, после отпадения которых происходит восстановление эпидермиса без образования рубца (в отличие от натуральной оспы). Одновременно с поражением кожи и слизистых оболочек у больных возникает повышение температуры тела, головная боль и другие явления интоксикации, что может быть обусловлено накоплением в крови токсических метаболитов репродукции вируса, а также возникновением аллергической перестройки организма.

У лиц с нарушениями иммунитета могут развиваться тяжёлые формы ветряной оспы с поражением внутренних органов. [11]

**Патологоанатомические изменения** при ветряной оспе изучены недостаточно, так как летальные исходы очень редки и возможны на фоне других заболеваний или при висцеральных её формах.

Висцеральные поражения при ветряной оспе встречаются редко и диагностируются обычно только на вскрытии трупа. Они характеризуются обнаружением в печени, лёгких, почках, селезёнке, поджелудочной железе мелкобелых очажков некроза, гистологически сходных с ветряночными высыпаниями на коже.

После перенесенного заболевания остаётся стойкий (пожизненный) иммунитет, но в некоторых случаях при резком снижении напряжённости иммунитета у взрослых, перенесших ветряную оспу в детстве, при инфицировании возможно повторное заболевание.

Вирус ветряной оспы может пожизненно сохраняться в организме реконвалесцента в латентном состоянии, локализуясь в межпозвоночных ганглиях. В ряде случаев при ослаблении организма (стресс, травма,



интоксикация, хронические заболевания и др.) через много лет может возникнуть активация вируса с проявлениями опоясывающего герпеса, причём наличие в крови антител Ig G не защищает от реактивации инфекции. Механизмы сохранения вируса в нервных клетках и возможной его активации в настоящее время изучены недостаточно. [12]

#### ***Классификация ветряной оспы.***

Согласно МКБ-10 выделяют следующие клинические формы ветряной оспы.

- 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

Общепринятой классификации ветряной оспы нет.

По типу течения заболевания и по его тяжести обычно выделяют следующие клинические формы:

I. Типичные формы: 1. Лёгкие формы.

2. Среднетяжёлые формы.

3. Тяжёлые формы.

II. Атипичные формы: 1. Рудиментарная (стёртая) форма.

2. Буллёзная форма.

3. Геморрагическая форма.

4. Гангренозная форма.

5. Генерализованная форма (с поражением внутренних органов – висцеральная).

***В развитии заболевания выделяют следующие периоды:***

→ Инкубационный период

→ Начальный (продромальный) период

→ Период высыпаний

→ Период обратного развития.

**Различают типичные и атипичные формы ветряной оспы.**

К **типичной форме** относят случаи заболевания, при которых имеются характерные пузырьковые высыпания с прозрачным содержимым.

При **типичной лёгкой форме** общее состояние больного удовлетворительное, температура тела нормальная или кратковременно повышается до 37.5-38°C. На коже – разрозненные элементы типичной везикулёзной сыпи. Большинство элементов не идёт дальше пятнисто-



папулёзной стадии, которые через 1-2 дня исчезают без образования пузырьков или корочек. Высыпания на слизистой оболочке в большинстве случаев отсутствуют или состоят всего из 1-2 элементов. Период высыпания составляет 2-3 дня.

*Среднетяжёлая форма* характеризуется умеренно выраженными симптомами интоксикации, повышением температуры тела до 38.5-39°C, характерной обильной сыпью на коже, а у многих больных – и на слизистых оболочках. Период высыпания составляет 4-5 дней, иногда и дольше.

*При тяжёлой форме* высыпания очень обильные, подавляющее большинство элементов переходят в везикулы. Высыпание продолжается не менее 4-х дней, нередко – 7-9 дней. Общее состояние больного значительно нарушено. Температура тела повышается до 39.5-40°C, резко выражены симптомы интоксикации – головная боль, общая слабость или раздражительность, снижение или отсутствие аппетита, нарушение сна, возможно рвота, жидкий стул, очень редко – судороги и менингоэнцефалитические явления. Чаще тяжёлая форма наблюдается у лиц с отягощённым анамнезом.

*Атипичные формы* характеризуются отклонением от типичного течения ветряной оспы как в сторону облегчения, так и в сторону утяжеления.

*Рудиментарная или стёртая форма* обычно наблюдается у лиц, которым в период инкубации был введен иммуноглобулин, плазма или кровь. Заболевание при этой форме характеризуется появлением нескольких макуло-папул и мелких едва заметных пузырьков. Общее состояние пациента не нарушено. Температура тела не повышается или даёт кратковременный и невысокий субфебрильный подъём. Такие случаи заболевания нередко остаются нераспознанными.

*Буллёзная форма* наблюдается редко и обычно развивается у взрослых ослабленных больных с различными сопутствующими заболеваниями. При этой форме заболевания на коже появляются не мелкие (0.3-0.5 см) пузырьки, а более крупные, дряблые пузыри, после вскрытия которых образуются вяло заживающие язвы.

*Геморрагическая форма* развивается у ослабленных больных, страдающих гемобластозами, геморрагическими диатезами, длительно получающих кортикостероидные гормоны или цитостатики. У таких больных на 2-3 день высыпаний содержимое пузырьков становится геморрагическим, возможны кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, носовые и другие кровотечения. При вскрытии пузырьков образуются глубоко располагающиеся в коже чёрные корочки (некрозы). Отторжение



корочек затягивается на 17 длительный срок. Геморрагическая форма встречается редко. Прогноз часто неблагоприятный.

*Гангренозная форма* характеризуется возникновением воспалительной реакции вокруг геморрагического пузырька. Пузырёк увеличивается в размерах, вскрывается, покрывается чёрным струпом, глубоко сидящим в коже (корочка-некроз), после отторжения которого образуется глубокая язва с неровными подрытыми краями. Язвы увеличиваются в размерах, сливаются между собой; дно язвы может доходить до фасций и мышц. Заживление язв происходит медленно. Эта форма заболевания встречается редко, часто у истощённых и ослабленных детей. Нередко она принимает септический характер с неблагоприятным прогнозом.

*Генерализованная (висцеральная) форма* встречается чаще у взрослых, ослабленных тяжёлыми заболеваниями и получивших иммунодепрессивные средства. Другими словами, вирус ветряной оспы при нарушенной реактивности организма, при неспособности организма к выработке иммунитета может вызвать чрезвычайно тяжёлое заболевание с обширным поражением внутренних органов (лёгких, печени, поджелудочной железы, почек, надпочечников, селезёнки и др.). В таких случаях заболевание характеризуется гипертермией, тяжёлой интоксикацией и признаками поражения внутренних органов. Из висцеральных поражений у взрослых чаще отмечается поражение лёгких. Так, при первичной ветряночной пневмонии больные отмечают боль в груди, кашель с кровавой мокротой, одышку. Объективно выявляется цианоз и скудные аускультативные данные. Рентгенологически выявляется расширение корней лёгких. Клинические симптомы пневмонии в таких случаях заболевания держатся 7-10 дней, рентгенологические изменения затягиваются на более продолжительное время.

Клинические наблюдения висцеральных форм ветряной оспы сравнительно скудны и нуждаются в дальнейшем изучении. [13]

**Осложнения** при ветряной оспе встречаются редко. Они могут быть обусловлены непосредственным действием самого вируса или наслоением бактериальной инфекции. К специфическим относятся неврологические осложнения: энцефалиты, миелиты, энцефаломиелиты, изолированное поражение нервов (преимущественно лицевого), менингоэнцефалиты, серозные менингиты —, а также нефриты, миокардиты, пневмонии и др..

К осложнениям, обусловленным вторичной бактериальной инфекцией, относятся: флегмоны, абсцессы, пиодермии, пиелиты, отиты, рожа, пневмонии, стоматиты, конъюнктивиты и др.. Наиболее частым осложнением ветряной оспы у взрослых являются пневмонии (до 20%),



которые развиваются на 3-5 день болезни и характеризуются высокой лихорадкой и другими выраженными симптомами интоксикации, одышкой, кашлем, болями в грудной клетке. [14]

### *Диагностика ветрянки у взрослых*

#### • **Сбор анамнеза**

При сборе анамнеза болезни обращают внимание на начало заболевания с продромального периода (субфебрильная температура, недомогание, вялость, легкие катаральные явления), повышение температуры тела до высоких цифр в последующем с усилением симптомов интоксикации в сочетании с появлением сыпи на коже.

У женщин детородного возраста обязательно уточняют наличие или отсутствие беременности.

При сборе эпиданамнеза устанавливают наличие контакта с больным ветряной оспой, опоясывающим герпесом. [15]

#### • **Физикальное исследование**

○ Осмотр кожи и слизистых оболочек.

Сыпь полиморфная. Элементы сыпи представлены пятнами, папулами, везикулами и корочками. Размер везикул - от 0,2 до 0,5 см в диаметре. Форма пузырька - овальная или округлая. Везикула расположена поверхностно на неинфильтрированном основании, иногда окружена венчиком гиперемии. Стенка ее напряжена, содержимое прозрачное. Пузырьки однокамерные, при проколе спадаются. При подсыхании пузырьков образуются корочки, которые отпадают без образования кожного дефекта.

Энантема может быть расположена на слизистых оболочках полости рта, конъюнктивы, гортани, половых органов. Везикулезные элементы быстро вскрываются, образуя поверхностные эрозии.

○ Осмотр лимфатических узлов. Лимфоузлы шейной группы размером от 1, до 2,0 см, мягкоэластичной консистенции, не спаяны с подлежащими тканями, кожа над ними не изменена.

○ Дыхательная система.

При легких и среднетяжелых формах изменений нет.

При развитии ветряночной пневмонии частота дыхательных движений увеличена, дыхание поверхностное. При перкуссии - притупление перкуторного звука. Дыхание ослаблено. Могут выслушиваться разнокалиберные хрипы.

○ Сердечно-сосудистая система.



При выраженной интоксикации - тахикардия, приглушенность тонов сердца, снижение артериального давления.

При развитии миокардита - брадикардия, различные нарушения ритма.

- Пищеварительная система. Выраженных изменений нет.
- Органы мочевого выделения. Выраженных изменений нет.
- Нейропсихическая сфера. Изменения наблюдаются при развитии энцефалита, менингоэнцефалита. Проявляются нарушением психики, изолированными поражениями нервов, атаксическим синдромом, парезами конечностей, нарушением зрения.[16]

### **Лабораторная диагностика**

- Анализ крови клинический. Выявляется лейкопения, нейтропения, относительный лимфоцитоз. Иногда возможен моноцитоз и появление плазматических клеток. СОЭ остается в пределах нормы.
- Анализ мочи. Без изменений.
- Вирусоскопические исследования. Методы специфичные и быстрые, занимают 2-6 часов.
  - Обнаружение вируса (скопления вируса - тельца Арагао) при световой микроскопии содержимого везикул после окраски серебром.
  - Выявление антигена в мазках-отпечатках из кожных поражений (соскоб с папул, жидкость из везикул, пустул, корочки) и носоглоточного отделяемого методом иммунофлюоресценции.
  - Вирусологические исследования. Выделение вируса в культуре тканей. Метод длительный (3-14 дней), трудоемкий. В практике в настоящее время не используется.
- Серологическая диагностика. Кровь на антитела к вирусу Варицелла-Зостер IgM и антитела к вирусу Варицелла-Зостер IgG исследуется в начале болезни и через 2-3 недели. Используют РСК, РТГА, ИФА. Диагностически значимым считается нарастание титра специфических антител в 4 раза. Антитела начинают определяться со 2-й недели болезни, максимальной концентрации достигают на 3-й неделе. Метод подходит для ретроспективной диагностики.
- Молекулярно-биологические исследования. При затруднениях в диагностике можно использовать определение генетического материала вируса в крови или ликворе методом ПЦР.

Дифференцировать ветряную оспу необходимо от герпетической сыпи при просто герпесе, опоясывающего герпеса, везикулезного риккетсиоза,



импетиго и натуральной оспы. Необходимо исключать герпетическую экзему Капоши, а также инфекции, вызванные вирусами Коксаки и ЕСНО.[17]

Таблица №1. Дифференциальная диагностика ветряной оспы[18]

Клиниче- ские признаки	Дифференцируемые заболевания		
	Ветряная оспа	Натуральная оспа	Везикулезный риккетсиоз
Начало	Острое, иногда продрома 1-2 дня	Острое, иногда продрома 3-4 дня	острое
Лихорадка	38,0-38,5С, продолжается 2-5 дней	Первые 3 дня 40,0С, с 4го дня снижение до 37,5, с 7-8го повышение до 10го дня	39,0-40,0С, продолжается 3- 5 дней
Экзантема	Сыпь полиморфная, везикулы располагаются поверхностно на неинфильтриро- ванном основании. Стенка их напряжена, содержимое прозрачное. При отсутствии продромальног о периода сыпь появляется на 1й день болезни в 3-5 этапов с интервалом 24- 48 ч.	Сыпь появляется на 4й день болезни. Первичный элемент – папулы, через 2-3 дня везикулы. Сыпь мономорфна. Везикулы многокамерные, заполнены прозрачным содержимым, с пупковидным вдавлением расположены на инфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, плотные. Везикулы превращаются в пустулы с пупковидным вдавлением. После отпадания корок остаются глубоки рубцы	Сыпь полиморфная, обильная. Сначала появляются пятна и папула, затем образуются везикулы. Сыпь появляется на 2- 4й день болезни.
Локализац- ия и этапность высыпани- й	Лицо, волосистая часть головы, туловище, конечности. Нет на ладонях и подошвах.	Характерна этапность высыпаний. Сыпь на лице, на волосистой части головы, затем на туловище и конечностях. Высыпания на слизистых оболочках	Лицо, волосистая часть головы, туловище, конечности. Редко на ладонях. На



	Высыпания на слизистых оболочках рта, глаз, гортани и половых органов	полости рта дыхательных путей, глаз, ЖКТ, влагалища, уретры	подошвах высыпаний нет. Этапность не характерна.
Особенности течения	Повторные высыпания сопровождаются повышением температуры	Нагноению пузырьков сопутствует подъем температуры до 39,0-40,0С	Доброкачественное течение. Первое проявление – первичный аффект

Лечение больных с нормальным иммунитетом ветряная оспа требует только профилактики осложнений. Тщательный уход за кожей помогает избежать бактериальной суперинфекции. В качестве этиотропной терапии подросткам и взрослым рекомендуют с первых суток заболевания назначать ацикловир (800 мг внутрь 5 раз в сутки в течении 5-7 дней). У детей младше 12 лет ацикловир (20 мг/кг внутрь 4 раза в сутки) тоже эффективен, если противовирусная терапия начата в первые 24 ч. заболевания. Больным с ослабленным иммунитетом при ветряной оспе ацикловир вводят внутривенно в дозе 10-12,5 мг/кг каждые 8 ч в течение 7 дней.

При развитии ветряночной пневмонии показаны ингаляции интерферона лейкоцитарного человеческого (лейкоинферон).

Местно используют 5-10% раствор калия перманганата или 1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого с целью предотвращения присоединения вторичной инфекции и более быстрого подсыхания пузырьков. Для уменьшения зуда кожу смазывают глицеролом или обтирают водой с уксусом или спиртом. Назначают антигистаминные препараты (клемастин, дифенгидрамин, цетризин, акривастин). При геморрагических формах показаны викасол, рутин, кальция хлорид.

Из физиотерапевтических процедур используют УФ-облучение в течении 2-3 дней для ускорения отпадения корочек.

Эпидемиологический надзор включает учёт и регистрацию заболевших, анализ эпидемиологических проявлений инфекции и проведение выборочного серологического скрининга населения.[19]



## 1.2. Профилактические мероприятия в эпидемиологическом очаге

Профилактику ветряной оспы можно разделить на специфическую и неспецифическую.

Возбудитель ветряной оспы очень нестоек и быстро погибает во внешней среде.

Чтобы не заболеть и не допустить широкого распространения болезни, надо принимать меры неспецифической профилактики.

Вопросы профилактики ветрянки среди взрослой категории населения являются актуальными ввиду того, что большинство людей достоверно не знают, переносили ли они в детском возрасте данное заболевание. Инфекционистами замечено, что ветрянка в детском возрасте переносится пациентами гораздо легче нежели у взрослых, поэтому взрослой категории населения следует опасаться развития данной инфекционной патологии, которая имеет повсеместное распространение.

Взрослому не стоит беспокоиться по поводу возможного заражения ветрянкой лишь в случае имеющих достоверных фактов о перенесенной патологии в детстве и хорошей функции иммунного аппарата. Общеизвестным фактом является то, что острая ветрянка у взрослых формируется лишь при первичном попадании вируса в организм человека, после чего у него развиваются мощные специфические иммунные реакции на всю жизнь. Вместе с тем, риск развития повторной ветрянки у взрослых также не исключается специалистами, что связано с каким-либо острым иммунодефицитным стрессовым состоянием. [20]

Патогенез развития ветрянки у человека заканчивается тем, что вирус в организме продолжает свое существование в течение всей жизни в нервных окончаниях, в связи с чем, при имеющихся стрессовых ситуациях, в роли которых может выступать прием гормональной, лучевой или химиотерапии, происходит возобновление активности вируса-возбудителя и развитие клинической формы заболевания.

В ситуации, когда у человека произошла реактивация ветряночной инфекции, заболевание протекает не в классической экзантемной форме, а в виде опоясывающего лишая. Основопологающим звеном в профилактике возможного заражения взрослого человека ветрянкой является соблюдение карантинных мероприятий и отсутствие контакта с больными данной патологией детьми или взрослыми людьми. Данные меры профилактики заболевания целесообразно проводить только в случае, когда взрослый человек ранее не переносил активную клиническую форму заболевания. Ввиду того, что вирус ветрянки достаточно легко переносится с капельками аэрозоля и обладает высокой тропностью к слизистым оболочкам ротоглотки



и носоглотки, предотвращение возможного попадания вируса становится возможным только после полного ограничения любых контактов с больными пациентами. Хорошей эффективностью в отношении губительного действия на возбудитель ветрянки обладает такая методика как кварцевание, при условии ее регулярного использования и соблюдения инструкции. Барьерные методы защиты в виде ношения марлевых повязок могут считаться эффективными только при условии их применения, как больными, так и контактными здоровыми людьми с регулярной сменой повязки не реже чем через два часа применения.

Практически 100% эффективности в отношении профилактики возможного заражения ветрянкой во взрослом возрасте обладает специфическая вакцинация с использованием живых вакцин. Введение вакцины, как способ профилактики может спровоцировать развитие легкого течения ветрянки или ее abortивной формы, после чего в организме формируются пожизненные стойкие иммунные реакции. Кроме того, поддержание здорового образа жизни, а также использование различных методов укрепления иммунитета человека в виде коррекции пищевого поведения, витаминотерапии, закаливания, также можно расценивать как один из методов профилактики заражения ветрянкой. [21]

**Неспецифическая профилактика** – это комплекс следующих мероприятий:

1. Первым и наиболее важным мероприятием является изоляция заболевшего ребенка, недопущение его контактов с ранее не болевшими детьми, прекращение посещения, в первую очередь детского сада, школы, кружков, секций и т.д.

2. Важным мероприятием по профилактике ветряной оспы является введение карантина в детских образовательных учреждениях и постоянное наблюдение за детьми, имевшими контакт с больным или находившимися в помещении, где был больной. Карантин вводится на весь инкубационный период, с одиннадцатого по двадцать первый день с момента контакта с больным.

3. Рекомендуется регулярно проводить влажную уборку и проветривание помещений, где находился больной.

4. Строго соблюдать правила личной гигиены, после контакта с больным тщательно мыть руки.

При выявлении случаев заболевания в коллективе больного изолируют: ему не следует посещать учреждение до тех пор, пока на коже не перестанут появляться новые сыпные элементы. Через пять дней после этого изоляцию можно отменить – обычно она длится не более 10-12 дней. Дети младше семи



лет, контактировавшие с больными, должны быть изолированы на срок до 21 дня с момента контакта.

В том случае, если зараженный пациент уже посещал коллектив, объявляют карантин на 21 день. В карантинное учреждение не принимают новых участников; членов группы не переводят в другие учреждения. На весь срок карантина необходимо выполнять регулярное проветривание. В детских учреждениях следует обеспечить как можно более длительное пребывание детей на открытом воздухе, а также проводить постоянные осмотры с термометрией. Специальная дезинфекция, как правило, не требуется – вирус быстро погибает вне организма носителя.[22]

к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 21 марта 2014 г. N 125н

### **КАЛЕНДАРЬ**

### **ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ [23]**

Против ветряной оспы	Дети и взрослые из групп риска, включая лиц, подлежащих призыву на военную службу, ранее не привитые и не болевшие ветряной оспой.
----------------------	--

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ  
ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА  
ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПОСТАНОВЛЕНИЕ  
от 16 декабря 2013 г. N 65**

#### **ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СП 3.1/3.2.3146-13**

Санитарно-эпидемиологические правила СанПин 3.1/3.2.3146-13, утвержденные 16 декабря 2013 года, устанавливают общий порядок профилактики инфекционных и паразитарных болезней. В отношении ветряной оспы в документе предписано соблюдение порядка регистрации и учета выявленного случая заболевания или подозрения на заболевание в журнале учета инфекционных заболеваний установленной формы по месту их выявления в медицинских, образовательных, оздоровительных и других организациях, а также в территориальных органах, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Меры профилактики для ветряной оспы аналогичны другим инфекционным заболеваниям



## Глава 2. Роль фельдшера в диагностике и профилактике ветряной оспы у лиц молодого возраста

### 2.1. Анамнез заболеваемости в г.Якутске за период 2015 – 2017г.

Заболеваемость ветряной оспой сохраняется на высоком уровне. В общей структуре инфекционных заболеваний без учета ОРВИ на долю ветряной оспы по итогам 2016 года приходится 35,7% ( в 2015 году – 28,3%, в 2014 году – 35,8%).

В 2016 году отмечается очередной циклический подъем заболеваемости ветряной оспой. Всего по итогам 2016 года зарегистрировано 7140 случая ветряной оспы, показатель составил 741,3 на 100 тысяч населения, что на 42,45% выше уровня 2015 года.

В сравнении с уровнем заболеваемости по ДФО республиканский показатель ниже на 4,6% но на 36,1% выше, чем в Российской Федерации (ДФО – 777,1 на 100 тысяч населения, РФ – 544,6 на 100 тысяч населения).[25]

Диаграмма 1



Заболеваемость ветряной оспой в РС(Я) значительно выше в сравнении с РФ в период с 2007 по 2016 годы на 100 тысяч населения по данным Роспотребнадзора.

Диаграмма 2



Ветряная оспа традиционно поражает детское население, на которое приходится 94,2% от числа заболевших. В 2016 году 5,8% случаев заболевания ветряной оспой зарегистрировано у взрослых.

Для стабилизации заболеваемости ветряной оспой с 2013 года вакцинация против ветряной оспы введена в Региональный календарь профилактических прививок Республики Саха (Якутия). В течение 2016 года привито против ветряной оспы 519 человек, в т.ч. 33 призывника (в 2015 году – 291 человек, в т.ч. 66 призывников). [26]

Табрица 2.

№	Наименование района	Число случаев всего, чел.	Показатель на 100т.н.	Превышение среднереспубликанского показателя.
	Республика Саха (Якутия)	7104	741,3	
1	Ленский	913	2416,6	В 3,3 раза
2	Жиганский	98	2304,8	В 3,1 раза
3	Сунтарский	496	2081,7	В 2,8 раза
4	Анабарский	56	1642,7	В2,2 раза
5	Булунский	125	1490,8	В2,0 раза
6	Хангаласский	421	1302,6	В1,8 раза



7	Горный	151	1275,9	В1,7 раза
8	С-Колымский	93	1237,0	В1,7 раза
9	У-Янский	83	1145,9	На 54,5%
10	Нерюнгринский	875	1143,0	На 54,2%
11	Олекминский	233	917,2	На 23,7%
12	Таттинский	137	837,2	На 12,9%

Заболееваемость ветряной оспой регистрируется во всех административных территориях республики, в том числе в 12 из них показатели заболеваемости превышают среднереспубликанский уровень, из них в 5 они составили от 1490,8 до 2416,6 на 100 тысяч населения (Ленский, Жиганский, Сунтарский, Анабарский, Булунский районы)

Диаграмма 3



По данным поликлиники №1 г.Якутска заболеваемость ветряной оспой за 2015-2017 годы у женщин в 3 раза чаще чем у мужчин. В 2016 году у женщин циклический подъем чем предыдущий год и в 2017 не стабилизировалась. А у мужчин постепенный подъем заболеваемости.



## 2.2. Тактика фельдшера в эпидемиологическом очаге ветряной оспы

Противоэпидемические мероприятия в очагах ветряной оспы [27]

Таблица 3

№ п/п	Наименование мероприятия	Содержание мероприятия
<i>1. Мероприятия, направленные на источник инфекции</i>		
1.1	Выявление	Больные выявляются на основании: обращения за медицинской помощью, эпидемиологических данных, результатов контроля состояния здоровья при утренних приемах в дошкольные учреждения, результатов активного наблюдения за состоянием здоровья детей.
1.2	Диагностика	Диагностика заболевания проводится по клиническим и эпидемиологическим данным.
1.3	Учет и регистрация	Первичными документами учета информации о заболевании являются: а) карта амбулаторного больного; б) история развития ребенка. Каждый случай заболевания ветряной оспой подлежит регистрации и учету в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (ф. 060/у) по месту выявления больного.
1.4	Экстренное извещение	Больные ветряной оспой подлежат индивидуальному учету в территориальных ЦГЭ. Врач, выявивший больного, направляет в региональный ЦГЭ «Экстренное извещение ...» (ф. 058/у).
1.5	Изоляция	Больной ветряной оспой подлежит изоляции с момента появления сыпи. Чаще она осуществляется на дому. Госпитализация в инфекционный стационар осуществляется по клиническим



№ п/п	Наименование мероприятия	Содержание мероприятия
		показаниям (тяжелые и среднетяжелые формы инфекции).
1.6	Лабораторное обследование	Лабораторное подтверждение диагноза основано на вирусологическом исследовании содержимого кожных высыпаний, отделяемого носоглотки, крови. Экспресс-диагностика в ранний период проводится с использованием реакции иммунофлюоресценции, в период реконвалесценции применяют реакцию связывания комплемента.
1.7	Лечение	В соответствии с протоколами (стандартами) обследования и лечения больных инфекционными и паразитарными болезнями, до клинического выздоровления и прекращения выделения возбудителей.
1.8	Критерии выписки	Выписку переболевших осуществляют после клинического выздоровления и отпадения корочек.
1.9	Критерии допуска в коллектив	Переболевшие допускаются в коллектив после отпадения корок, но не ранее чем, через 2 недели от начала заболевания. При появлении повторных заболеваний в детском учреждении переболевший ветряной оспой может быть допущен в коллектив сразу после исчезновения клинических проявлений заболевания.
<b><i>2. Мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи</i></b>		
2.1	Текущая дезинфекция	Проводится до госпитализации больного, или в течение всего времени его лечения на дому, а также в группе ДДУ, где он был выявлен, в течение 21 дня



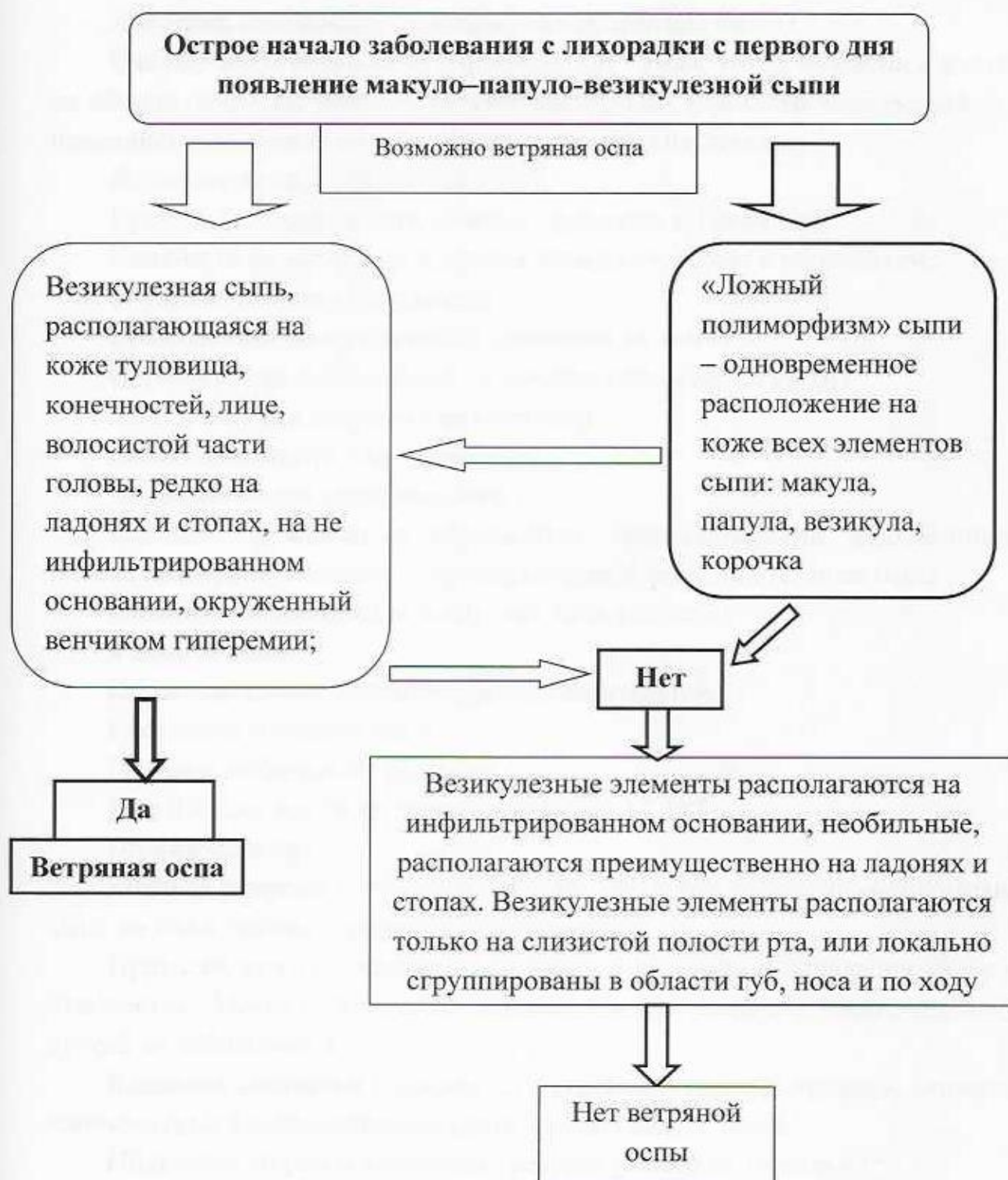
№ п/п	Наименование мероприятия	Содержание мероприятия
		с момента его изоляции. Помещения, где находился (находится) больной хорошо проветриваются, проводится их влажная уборка не реже 2-х раз в день. В организованном коллективе выполняются мероприятия по максимальному рассредоточению детей (раздвигаются кровати, столы и т.д.), в отсутствие детей проводится ультрафиолетовое облучение.
2.2	Заключительная дезинфекция	В очагах ветряной оспы не проводится.
<i>3. Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции</i>		
3.1	Выявление	Врач, выявивший больного ветряной оспой, выявляет лиц, общавшихся с заболевшим на протяжении 21 дня до появления у него первых клинических признаков заболевания, в ДДУ, школе, семье.
3.2	Клинический осмотр	Осуществляется участковым врачом сразу после выявления очага и включает оценку общего состояния, осмотр зева, кожных покровов (высыпания) и измерение температуры тела.
3.3	Сбор эпидемиологического анамнеза	Врач, выявивший больного, устанавливает перенесенные общавшимися подобные заболевания (с признаками высыпания) и их дату, наличие подобных заболеваний по месту работы (учебы, воспитания) общавшихся.
3.4	Медицинское наблюдение	За лицами, бывшими в тесном общении с источником инфекции, устанавливается на 21 день после его изоляции. Ежедневно 2 раза в день (утром

№ п/п	Наименование мероприятия	Содержание мероприятия
		<p>и вечером) выполняется опрос, осмотр зева, кожных покровов и термометрия.</p> <p>Результаты наблюдения вносятся в журнал наблюдений за общавшимися, в историю развития ребенка (ф. 112у), в амбулаторную карту больного (ф. 025у) или в медицинскую карту ребенка (ф. 026у).</p> <p>Переболевшие ветряной оспой ранее медицинскому наблюдению не подлежат.</p>
3.5	Режимно-ограничительные мероприятия	<p>Прекращается прием новых и временно отсутствовавших детей в группу, из которой изолирован больной ветряной оспой, в течение 21 дня после изоляции больного.</p> <p>Запрещается перевод детей из данной группы в другие группы в течение 21 дня после изоляции больного.</p> <p>Не допускается общение с детьми других групп детского учреждения в течение 21 дня после изоляции больного. На это же время рекомендуется запретить участие карантинной группы (класса) в культурно-массовых мероприятиях. В классе, где учился заболевший, отменяется кабинетная система обучения.</p> <p>Дети в возрасте до 7 лет, посещающие организованные коллективы, не болевшие ветряной оспой ранее и общавшиеся с источником инфекции в семье (квартире), не допускаются (разобщаются) в организованные коллективы в течение 21 дня с момента последнего общения с больным. Если момент контакта с заболевшим точно установлен, то дети могут быть допущены в коллектив в</p>



№ п/п	Наименование мероприятия	Содержание мероприятия
		<p>течение первых 10 дней, а разобщаются с 11 по 21 день с момента контакта.</p> <p>Сведения о лицах, общавшихся с источником инфекции, передаются по их месту работы, учебы, воспитания.</p> <p>Дети в возрасте старше 7 лет и лица, ранее переболевшие ветряной оспой, разобщению не подлежат.</p>
3.6	Лабораторное обследование	Лабораторное обследование общавшихся не проводится.
3.7	Экстренная профилактика	При заносе ветряной оспы в детское лечебное учреждение детям, находившимся в контакте с источником инфекции в палате или даже палатах, выходящих в один коридор, рекомендуется вводить гаммаглобулин, полученный из крови реконвалесцентов, в дозе 1,5-3,0 мл в/м.
3.8	Санитарно-просветительная работа	Проводится беседа об опасности ветряной оспы и важности профилактических мероприятий.

Схема 1





## **Исследование истории болезни заболевших ветряной оспой в 2017 году в студенческом общежитии.**

### **История болезни пациент 1**

#### ***История настоящего заболевания (anamnesis morbi).***

Считает себя больным с 7 февраля 2017 года, когда появились жалобы на общую слабость, повышение температуры до 37,8 С. На следующий день появились высыпания на коже. Самостоятельно не лечился.

#### ***История жизни (anamnesis vitae).***

Краткие биографические данные - родилась в 1998 году.

Семейный анамнез – не замужем, детей нет, живет в общежитии.

Трудовой анамнез – студентка

Вредные привычки - вредных привычек не имеет.

Перенесенные заболевания - в течение жизни болел ОРВИ.

Аллергический анамнез - не отягощен.

Наследственность - не отягощена.

#### ***Эпидемиологический анамнез.***

Больной проживает в общежитии. Инфекционными заболеваниями болела краснухой в детстве. Случаев ветряной оспы в детстве не было.

#### ***Настоящее состояние больного(status praesens).***

4 день болезни.

Общее состояние больного удовлетворительное.

Состояние сознания ясное.

Положение больного активное.

Рост 163 см, вес 54 кг, температура тела 37,8°С

#### ***Общий осмотр***

Кожные покровы - обычной окраски, обильная папулезно-везикулезная сыпь на коже головы, туловища и конечностей.

Придатки кожи - очагового или генерализованного выпадения волос не отмечается. Ногти правильной формы, бледно-розового цвета, ломкости ногтей не наблюдается.

Видимые слизистые - слизистая ротоглотки гиперемирована, слизистая конъюнктивы бледно-розового цвета, склеры белого цвета.

Подкожно-жировая клетчатка - развита умеренно, отеков нет.

Лимфатические узлы - пальпируются шейные лимфатические узлы, увеличенные, безболезненные.

#### ***Система органов дыхания.***

Аускультация - при аускультации выслушивается везикулярное дыхание, равномерно проводится во все отделы, хрипы отсутствуют во всех отделах. ЧДД-17 в мин.

### *Система органов кровообращения.*

Аускультация - сердечные сокращения ритмичные, ЧСС 72 уд/мин,

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, ритмичный, 72 уд/мин, умеренного напряжения и наполнения, АД 110/80 мм рт ст.

### *Система органов пищеварения.*

Полость рта - язык бледно-розовый, чистый, влажный, сосочковый слой умеренно выражен, налетов и изъязвлений нет.

Нейро-психическая сфера.

Сознание ясное, память сохранена, больной адекватный, ориентирован во времени и пространстве, менингеальных и очаговых симптомов нет.

Предварительный диагноз - на основании жалоб, анамнеза, данных осмотра можно предположить ветряную оспу.

### **План обследования**

- 1) Общий анализ крови.
- 2) Общий анализ мочи.
- 3) Анализ крови на ВИЧ.
- 4) Анализ кала на я/г

### **Клинический диагноз**

Основное заболевание - ветряная оспа, типичная легкая форма.

Осложнения – нет.

Обоснование диагноза.

Диагноз ветряная оспа можно поставить на основании.

- 1) жалоб - общая слабость, повышение температуры до 38 С.
- 2) анамнеза - заболел остро.
- 4) осмотра - везикулезно-пустулезные высыпания на коже лица, туловища и конечностей, волосистой части головы .
- 5) пальпации - увеличение и болезненность шейных л/у

### **Лечение**

- 1) стационарное
- 2) Диета № 15
- 3) Обработка высыпаний раствором бриллиантового зеленого.
- 4) Диазолин 1 таб 2 раза в день.
- 6) При повышении температуры выше 38 парацетамол 0,5



## **История болезни пациент 2**

### ***История настоящего заболевания (anamnesis morbi).***

Считает себя больным с 10 февраля 2017 года, когда появились жалобы на общую слабость, повышение температуры до 37,9 С. На следующий день появились высыпания на коже. Самостоятельно не лечился. Вызвала врача на дом.

### ***История жизни (anamnesis vitae).***

Краткие биографические данные - родился в 1998 году.

Семейный анамнез – не замужем, детей нет, живет в общежитии.

Трудовой анамнез – студентка

Вредные привычки - вредных привычек не имеет.

Перенесенные заболевания - в течение жизни болел ОРВИ.

Аллергический анамнез - не отягощен.

Наследственность - не отягощена.

### ***Эпидемиологический анамнез.***

Больной проживает в общежитии. Инфекционными заболеваниями не болел. Случаев ветряной оспы в детстве не было.

### ***Настоящее состояние больного (status praesens).***

2 день болезни.

Общее состояние больного удовлетворительное.

Состояние сознания ясное.

Положение больного активное.

Рост 168 см, вес 65 кг, температура тела 37,9°С

### ***Общий осмотр***

Кожные покровы - обычной окраски, обильная папулезно-везикулезная сыпь на коже головы, туловища и конечностей.

Придатки кожи - очагового или генерализованного выпадения волос не отмечается. Ногти правильной формы, бледно-розового цвета, ломкости ногтей не наблюдается.

Видимые слизистые - слизистая ротоглотки гиперемирована, слизистая конъюнктивы бледно-розового цвета, склеры белого цвета.

Подкожно-жировая клетчатка - развита умеренно, отеков нет.

Лимфатические узлы - пальпируются шейные лимфатические узлы, увеличенные, безболезненные.

### ***Система органов дыхания.***

Аускультация - при аускультации выслушивается везикулярное дыхание, равномерно проводится во все отделы, хрипы отсутствуют во всех отделах. ЧДД-18 в мин.

### ***Система органов кровообращения.***

Аускультация - сердечные сокращения ритмичные, ЧСС 76 уд/мин.

Пульс 76 уд/мин, АД 120/80 мм рт ст.

*Система органов пищеварения.*

Полость рта - язык бледно-розовый, чистый, влажный, сосочковый слой умеренно выражен, налетов и изъязвлений нет.

Нейро-психическая сфера.

Сознание ясное, память сохранена, больной адекватный, ориентирован во времени и пространстве, менингеальных и очаговых симптомов нет.

Предварительный диагноз - на основании жалоб, анамнеза, данных осмотра - ветряная оспа, типичная легкая форма, без осложнений.

#### ***План обследования***

- 1) Общий анализ крови.
- 2) Общий анализ мочи.
- 3) Анализ крови на ВИЧ.
- 4) Анализ кала на я/г

#### **Клинический диагноз**

Основное заболевание - ветряная оспа, типичная легкая форма.

Осложнения – нет.

Обоснование диагноза.

Диагноз ветряная оспа можно поставить на основании.

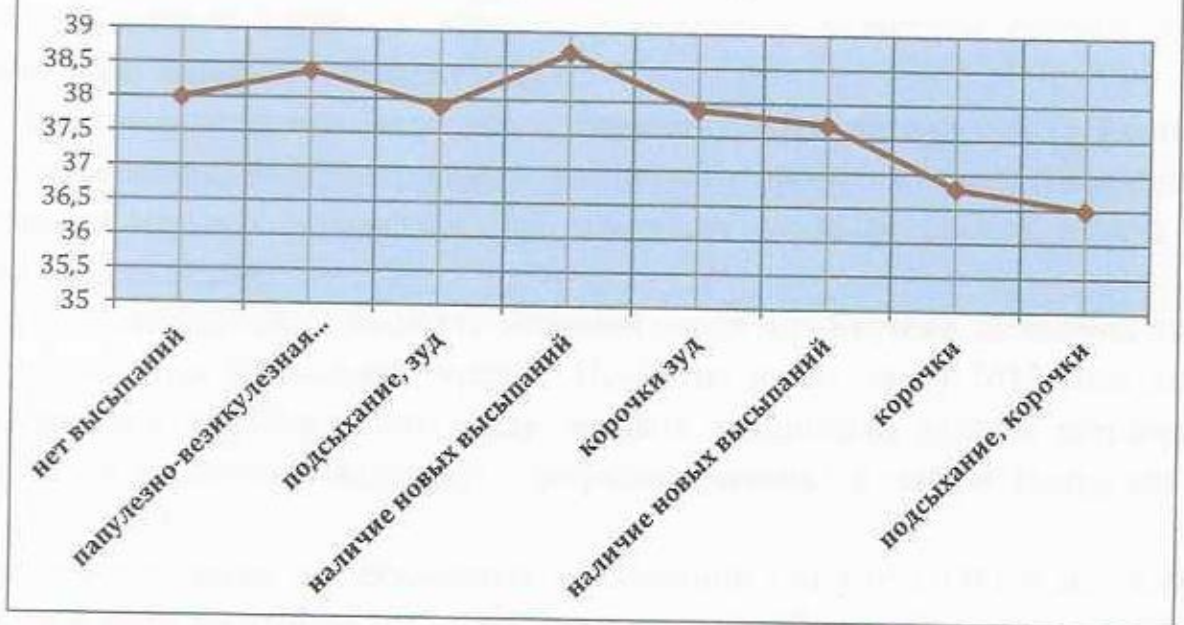
- 1) жалоб - общая слабость, повышение температуры до 37,7 С.
- 2) анамнеза - заболел остро.
- 4) осмотра - везикулезно-пустулезные высыпания на коже лица, туловища и конечностей, волосистой части головы .
- 5) пальпации - увеличение и болезненность шейных л/у

#### **Лечение**

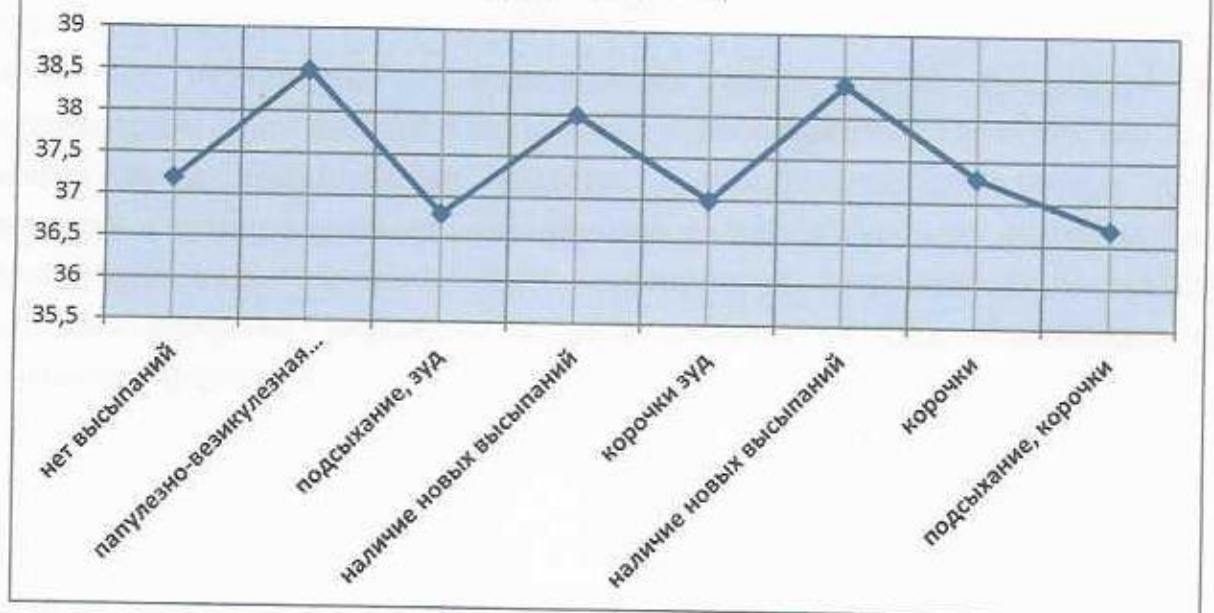
- 1) стационарное
- 2) Диета № 15
- 3) Обработка высыпаний раствором бриллиантового зеленого.
- 4) Диазолин 1 таб 2 раза в день.
- 6) При повышении температуры выше 38 парацетамол 0,5



### динамика температуры тела и высыпания в период заболевания (пациент 1)



### динамика температуры тела и высыпания в период заболевания (пациент 2)



Повышение температуры тела при течении ветряной оспы носит волнообразный характер. Высыпания появляются на теле с некоторым временным интервалом. Как только образуются новые пузырьки, появляется лихорадка, а когда они подсыхают – температура нормализуется.

## **Выводы:**

1. Таким образом, ветряная оспа у взрослых характеризуется в большинстве случаев более тяжелым течением, в отличие от детей.

Тяжелое течение ветряной оспы сопровождается развитием осложнений (пневмония, энцефалит, гепатит и др.).

У лиц с нарушениями иммунитета, сопутствующей патологией (лейкозы, онкозаболевания, иммунодефициты различного происхождения) инфекция, вызванная вирусом варицеллазостер, протекает особенно тяжело, иногда с летальным исходом.

2. Проанализировав заболеваемость ветряной оспой в г. Якутске, выявлено, что она сохраняется на высоком уровне. Несмотря на то, что с 2013 года для стабилизации заболеваемости была введена вакцинация против ветряной оспы в Региональный календарь профилактических прививок Республики Саха (Якутия).

В общей структуре инфекционных заболеваний без учета ОРВИ на долю ветряной оспы по итогам 2017 года приходится 35,7% ( в 2016 году – 28,3%, в 2015 году – 35,8%).

Для стабилизации заболеваемости ветряной оспой с 2013 года вакцинация против ветряной оспы введена в Региональный календарь профилактических прививок Республики Саха (Якутия). В течение 3 лет привито всего более одного тысяч человек.

3. Исходя из изученного и практических работ, роль фельдшера в эпидемическом очаге ветряной оспы носит первостепенный характер, так как диагностика и профилактика является основополагающим звеном при выявлении и своевременному мероприятию в очаге инфекции: мероприятия, направленные на источник инфекции, мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи, мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции.



#### Список использованных источников:

1. Баранов А.А., Балашов Д.Н., Горелов А.В., «Предотвращение ветряной оспы средствами специфической профилактики в России. Педиатрическая фармакология» - 2015 г., т.5, №3;[1,7,12]
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. «Социальные проблемы педиатрии» - Москва, 2013;[10,19]
3. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. «Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах» - Москва, 2014;
4. Виноградова А.Ф. «Детская поликлиника. Учебное пособие» - Тверь, 2013;[5,17,18]
5. Доскин В.А., Косенкова Т.В. «Поликлиническая педиатрия», Москва, 2012;[2,6,13]
6. Ежова Н.В., Русакова Е.М., Кашеева Г.И. «Педиатрия. Учебник 8ое издание доп.» - Москва, 2013;[4,11]
7. Казанцев А.П., Матковский В.С. «Справочник по инфекционным болезням» - М.: Медицина, 2014;[15]
8. Костин М.П. «Основы вакцинопрофилактики у детей с хронической патологией» - Москва, 2012;[8,9]
9. Покровский В.И. «Инфекционные болезни и эпидемиология», 2013;[3,16]
10. «Учебно-методическое пособие по основам лечебного дела» под ред. А.И. Шпирна – Москва, 2013; [20,23]
11. Ющук Н.Д. «Инфекционные болезни. Национальное руководство» Москва, 2009.[21,22]
12. Cahide, Y. Severe neurological complications of chickenpox / Y Cahide,Q. Hüseyin // Eur. J. Gen. Med. - 2005. [25]
13. Chicken pox and Pregnancy // World Health Organization [Electronic resource]. - 2014. [26]
14. Varicella Zoster Virus // World Health Organization [Electronic resource]. - 2013.[14]
15. КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyy-vzglyad-na-vetryanuyu-ospu-u-detey>. [27]
16. Источник: <https://detzdrav.info/sanpin-po-vetryanoj-ospe/>
17. <http://www.aif.ru/society/law/30055>
18. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yawzr0dokbsJ:https://>[24]

Памятка по тактике фельдшера в эпидемиологическом очаге ветряной оспы

**Мероприятия в эпидемическом очаге**

**I Меры в отношении больного:**

→ Экстренное извещение в СЭС отправить в течение суток.

→ Изолировать больного на дому или в стационаре на период заразности (весь период высыпаний плюс пять дней с момента появления последних элементов сыпи). Вопрос госпитализации решается по эпидемическим и клиническим показаниям (интернат, общежитие, тяжелое течение болезни, появление осложнений) в мельцеровский бокс.

**II Меры в отношении контактных:**

→ Наблюдение 21 день с целью раннего активного выявления больных (термометрия, осмотр кожных покровов).

→ На детское дошкольное учреждение накладывается карантин на 21 день с момента изоляции последнего больного.

→ Разобщение не болевших ранее ветряной оспой, проводится с 11 по 21 день с момента контакта. Дети могут посещать детский сад в течение первых 10 дней (минимальный инкубационный период), если точно установлена дата общения.

→ Экстренная профилактика. Лучше вводить специфический Варицелла-Зостер иммуноглобулин. В одной ампуле (1,25 мл) содержится 125 ЕД, что составляет минимальную дозу на каждые 10 кг массы тела. Максимальная доза – 625 ЕД (5 ампул). Препарат максимально эффективен, если он вводится в течение 48 часов, но не позже 96 часов после контакта.

**III Меры в отношении обстановки:**

→ Проветрить помещение

→ Сделать влажную уборку.