

ВІТРЯНА ВІСПА: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ

Дашук А.М., Дашук А.А.

Харківський національний медичний університет

Ключові слова: вірусна інфекція, вітряна віспа, стадії, неврологічні ускладнення, лікування

Вітряна віспа (VZV) є дуже заразною вірусною інфекцією, яка під час епідемії вражає більшість міських дітей до статевої зрілості. Пік захворюваності різко зростає у березні, квітні та травні у помірному кліматі. Передача відбувається повітряно-краплинним шляхом. Пацієнти заразні від 2 днів до появи висипу, поки всі ураження не вкрилися кіркою. Системні симптоми та ускладнення бувають частіше у дорослих, ніж у дітей. Пацієнти з дефектним, клітинно-опосередкованим імунітетом і ті, хто використовує імунодепресанти, особливо системні кортикостероїди, мають більш тривалий перебіг з більшими висипаннями і більшою частотою ускладнень. Захворювання вітряної віспи зазвичай дає довічний імунітет. Після появи вітряної віспи вірус стає латентним і знаходиться в гангліях. Проте, на відміну HSV, VZV не можна культивувати з гангліїв людини. Вакцина проти вітряної віспи ефективна та застосовується у дітей та дорослих.

Інкубаційний період становить середньому 14 днів, в діапазоні від 9 до 21 дня; у імуносупресованого хворого інкубаційний період може бути коротшим. Продромальні симптоми у дітей відсутні або складаються з температури, головного болю та нездужання, які з'являються безпосередньо перед або з початком висипів. Симптоми більш виражені у дорослих. Лихоманка, озноб, нездужання та біль у спині виникають за 2–3 дні до появи висипів.

Еруптивна фаза. Ураження різних стадій присутні одночасно у будь-якій ділянці тіла. До 4-го дня утворення нових висипів припиняється, а до 6-го дня відбувається утворення кірок; процес триває довше у пацієнтів із ослабленим імунітетом. Ураження починається у вигляді червоної папули 2–4 мм у діаметрі, яка набуває неправильної форми (пелюстка троянди), коли на поверхні з'являється тонкостінна прозора бульбашка (крапля роси). «Росинка на пелюстці троянди» дуже характерна для цього захворювання. Вміст везикули стає каламутним і вони руйнуються через 8-12 годин, утворюючи кірку при зникненні червоної основи. Свіжі висипання піддаються такому ж процесу, зустрічаються у всіх областях протягом наступних 3-5 днів, даючи характерну картину змішаних папул, пухирців, пустул та скоринок. Під час везикулярної стадії зазвичай спостерігається помірна або інтенсивна сверблячка. Температура повертається до нормальної після зникнення пухирців. Корки відпадають через 7 днів (з інтервалом від 5 до 20 днів) і гояться без рубців. Вторинна інфекція

чи екскоріація поширюють процес у дерму. Везикули часто утворюються в ротовій порожнині та піхві і швидко розкриваються, утворюючи множинні виразки.

Висипання починається на тулуб і поширюється на обличчя і кінцівки. У деяких дітей так мало поразок, що хвороба залишається непоміченою. У дітей старшого віку і у дорослих спостерігається більш висипання, що зачіпає всі області.

Ускладнення

Шкірна інфекція. Найчастішим ускладненням у дітей є бактеріальна інфекція шкіри.

Неврологічні ускладнення. Найбільш поширеним позаматковим ускладненням є ураження центральної нервової системи.

Енцефаліт та синдром Рея є ускладненнями вітряної віспи. Є дві форми енцефаліту. Форма ураження мозочка, що спостерігається у дітей, обмежена, і спостерігається повне одужання. Існує атаксія з ністагмом, головним болем, нудотою, блюванням та потиличним болем. Дорослі пацієнти з енцефалітом мають змінену чутливість, судомою та осередкові неврологічні ознаки з рівнем смертності до 35%. Синдром Рея є гострою незапальною енцефалопатією, пов'язаною з гепатитом або жировою дистрофією печінки. Від 20% до 30% випадків синдрому Рея передують вітряна віспа. Летальність складає 20%. Саліцилати, які використовуються під час інфекції вітряної віспи, можуть збільшити ризик розвитку синдрому Рея.

Пневмонія рідко зустрічається у дітей, але є найпоширенішим серйозним ускладненням у дорослих. Вірусна пневмонія розвивається через 1-6 днів після появи висипки. Найчастіше вона протікає безсимптомно і може бути виявлена лише за рентгенологічному дослідженні. Можуть виникнути кашель, задишка, лихоманка та біль у грудях. Смертність від вітряної віспи у дорослих становить 10% у імунокомпетентних пацієнтів та 30% у хворих із ослабленим імунітетом.

Гепатит є найпоширенішим ускладненням у пацієнтів із імунодефіцитом. Легкі форми тромбоцитопенії можуть супроводжувати звичайні випадки.

Пацієнти з раком або пацієнти, які приймають імунодепресанти, зокрема системні кортикостероїди, мають великі висипання та більше ускладнень. Смертність серед дітей із ослабленим імунітетом чи дітей із лейкомією становить від 7% до 14%. Дорослі із злоякісними новоутвореннями та вітряною віспою мають рівень смертності до 50%. Геморагічна вітряна віспа, її ще називають злоякісна вітряна віспа, є серйозне ускладнення, у якому ураження численні і часто бувають бульозними, а з ураження виникає кровотеча. Були стають темно-коричневими, а потім чорними в міру накопичення крові в рідині. Пацієнти зазвичай мають високу температуру та делірій, можуть

розвинути судоми та кома. Вони часто мають кровотечі зі шлунково-кишкового тракту та слизових оболонок. Зазвичай виникає пневмонія із кровохарканням. Смертність становить 71%.

Вітряна віспа та ВІЛ-інфекція

Багато дітей з ВІЛ-інфекцією, які хворіють на вітряну віспу, мають неускладнений клінічний перебіг і мають значну імунну відповідь. Деякі мають хронічну або рецидивну вітряну віспу. Вітряна віспа у дорослих ВІЛ-інфікованих пацієнтів є потенційно тяжкою інфекцією, але ці пацієнти добре реагують на терапію ацикловіром. Імунний статус до вітряної віспи не корелює зі зменшенням кількості CD4 і добре зберігається навіть у пацієнтів з кількістю клітин CD4 менше 200 мм³.

Вітряна віспа під час вагітності становить небезпеку як для матері, так і для майбутньої дитини. Куріння є можливим фактором ризику. У вагітних із пневмонітом, які отримували високі дози внутрішньовенного ацикловіру в дозі від 10 до 18 мг/кг кожні 8 годин, відзначалося швидке поліпшення. Нижчі дози можуть бути неефективними.

Вроджена та неонатальна вітряна віспа

Перший триместр. Зараження вітряною віспою під час вагітності може призвести до ембріопатії, що характеризується гіпоплазією кінцівок, хоріоретинітом, атрофією та рубцями шкіри (вроджений синдром вітряної віспи). Ризик є найбільшим, коли інфекція виникає упродовж перших 20 тижнів вагітності.

Абсолютний ризик розвитку ембріопатії після вітряної віспи у матері у перші 20 тижнів вагітності становить приблизно 2%.

Другий триместр. Вітряна віспа у матері в середині вагітності може призвести до невиявленої вітряної віспи плода.

Новонароджена дитина, у якої вже була вітряна віспа, схильна до ризику оперізуючого лишая. Це може пояснити, чому в деяких немовлят та дітей розвивається оперізуючий лишай без вітряної віспи.

Час появи уражень у матері безпосередньо залежить від частоти та тяжкості захворювання новонароджених. Якщо у матері була вітряна віспа за 2-3 тижні до пологів, плід може бути заражений внутрішньоутробно і народитися з ураженнями або виникнуть через 1-4 дні після народження. Трансплацентарне материнське антитіло захищає немовля, і перебіг зазвичай є доброякісним. Ризик інфекції та ускладнень є найбільшим, якщо материнська віспа починається з 5 днів до пологів та 2 днів після пологів. Коли материнська інфекція з'являється більш ніж за 5 днів до пологів, материнські антитіла можуть розвиватися та переноситися через плаценту. Материнська інфекція, що розвивається більш як через 2 дні після пологів, пов'язана з початком захворювання у новонародженого приблизно через 2 тижні, після чого імунна система краще реагує на інфекцію.

Поширеність вітряної віспи у немовляти висока, коли висипання матері з'являється за 1-4 дні до пологів і висипання у дитини з'являється через 5-10 днів після народження. Коли материнська висипка з'являється протягом 5 днів до пологів, інфікується приблизно третина дітей. Через 5 днів передача відбувається приблизно 18%. Коли висип у дітей у віці від 5 до 10 днів життя, рівень смертності може досягати 20%. У цьому випадку вірус передається трансплацентарно або внаслідок контакту з материнськими ураженнями під час пологів. Немовля імунологічно нездатне контролювати інфекцію і має великий ризик розвитку дисемінованого захворювання. Цим дітям слід давати імуноглобулін zoster (ZIG), імуноглобулін проти вітряної віспи (VZIG) або звичайний гамма-глобулін, якщо ZIG або VZIG недоступні.

Лабораторная діагностика. Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) - найшвидший і найточніший метод встановлення діагнозу.

Культура. У сумнівних випадках вірус може бути культивований із везикулярної рідини. Культуру нелегко отримати, тому що VZV є лабільним вірусом, який культивується набагато рідше, ніж HSV.

Серологічні. Основним значенням серологічного тестування є оцінка імунного статусу пацієнтів з ослабленим імунітетом, таких як діти з пухлинними захворюваннями, які мають ризик розвитку тяжкого захворювання з інфекцією VZV. Існують якісні та кількісні тести, які вимірюють антитіла IgG та IgM. Наявність антитіл IgM або чотириразове або більше підвищення титру парних сироваткових IgG вказує на недавню інфекцію. Наявність IgG вказує на минулу експозицію та імунітет.

У разі розвитку респіраторних симптомів слід провести рентгенологічне дослідження грудної клітки.

Вакцина проти вітряної віспи проводиться з використанням живого ослабленого вірусу вітряної віспи. Вона запобігає вітряній віспі у 70-90% людей, які її отримують, і запобігає важкій вітряній віспі більш ніж у 95%. Очікується, що вакцинація забезпечить довічний імунітет. Дві дози вакцини проти віспи рекомендуються для дітей. Перша доза рекомендується віком від 12 до 15 місяців. Зазвичай його вводять одночасно з вакциною проти кору, епідемічного паротиту та краснухи. Друга доза рекомендується від 4 до 6 років, до вступу до дитячого садка або першого класу. Це може бути зроблено раніше, поки це відокремлено від першої дози принаймні 3 місяцями. Люди віком 13 років і старше (у яких ніколи не було вітряної віспи чи вакцинації проти вітряної віспи) повинні отримувати дві дози з інтервалом щонайменше 28 днів. Люди не повинні отримувати вакцину проти вітряної віспи, якщо у них колись була небезпечна для життя алергічна реакція на желатин, неоміцин антибіотик або від попередньої дози вакцини проти вітряної віспи. Вагітним жінкам слід почекати, щоб

отримати вакцину проти вітряної віспи, доки вони не народять. Жінки не повинні завагітніти протягом 1 місяця після вакцинації проти вітряної віспи. Жива атенуйована вакцина не повинна призначатися пацієнтам з ВІЛ-інфекцією або іншим пацієнтам із ослабленим імунітетом.

Будь-хто, у кого була вітряна віспа, не потребує вакцини. Щороку близько 1% людей, які отримали вакцину проти вітряної віспи, хворіють на вітряну віспу. Повторна інфекція зазвичай слабша за первинний випадок вітряної віспи. Пацієнти зазвичай мають менше 50 висипань, які не утворюють пухирів. Вони також лихоманять і не мають ускладнень.

Захворюваність на зостер у дітей з лейкемією не вище, ніж у дітей з природною вітряною інфекцією.

Лікування. Волого-висихаючі пов'язки з 1% розчином борної кислоти, фурациліном, KMnO_4 . Жарознижувальні засоби (виключаючи аспірин через його зв'язок із синдромом Рея) забезпечують полегшення симптомів. Антигістамінні препарати можуть допомогти контролювати екскоріацію. Пероральні антибіотики, активні проти стрептококів та стафілококів, показані для повторно інфікованих уражень.

У дітей та підлітків оральна терапія ацикловіром, розпочата протягом 24 годин після хвороби у дітей, з вітряною віспою, зазвичай призводить до зниження температури протягом 1 дня та зниження вираженості шкірних та системних симптомів приблизно на 15-30%.

Терапія не знижує частоту гострих ускладнень, свербіж та поширення інфекції. Рекомендації полягають у тому, що пероральна ацикловіротерапія зазвичай не рекомендується для лікування неускладненої вітряної віспи у здорових дітей, а також для певних груп з підвищеним ризиком розвитку важкої вітряної віспи або її ускладнень. Слід розглянути можливість пероральної ацикловіротерапії проти вітряної віспи, якщо це може бути розпочато протягом перших 24 годин після появи висипу. Ці групи включають здорових, невагітних осіб віком 13 років і старше; діти старше 12 місяців з хронічним шкірним або легенеvim розладом, і ті, які отримують тривалу терапію саліцилатом, хоча в останньому випадку не було показано, що знижений ризик розвитку синдрому Рея зумовлений пероральною терапією ацикловіром або легким захворюванням на вітряну віспу.

Дорослі. Рання терапія пероральним ацикловіром (800 мг 5 разів на день протягом 7 днів) скорочує час загоєння шкірної вітряної віспи у дорослих, зменшує тривалість лихоманки та зменшує симптоми. Початок лікування після першого дня хвороби не має значення у неускладнених випадках дорослої вітряної віспи.

Дослідження показують, що у пацієнтів з ослабленим імунітетом, які отримували ацикловір, знижується захворюваність внаслідок дисемінації та ураження внутрішніх органів. Ацикловір (500 мг/м 2 внутрішньовенно кожні 8 годин протягом 7-10 днів) є препаратом для лікування вітряної віспи у пацієнтів з ослабленим імунітетом.

Безперервна інфузія ацикловіру може бути корисна при тяжких, що загрожують життю інфекціях VZV, які стійкі до лікування за допомогою звичайної схеми лікування, і, можливо, навіть при стійких до ацикловіру інфекціях герпес-вірусу. Безперервна інфузія ацикловіру зі швидкістю 2 мг/кг маси тіла/годину (2250 мг/день) була ефективною.

Стойкі до ацикловіру штами VZV були зареєстровані у хворих на СНІД. Фоскарнет потенційно ефективний щодо стійких до ацикловіру штамів VZV.

VZIG. Профілактичне лікування доступне після контакту з хворим на вітряну віспу для сприйнятливих людей, які мають протипоказання на введення вакцини проти вітряної віспи. Імуноглобулін проти вітряної віспи (VZIG) може запобігти або змінити захворювання після контакту з хворим на вітряну віспу.

До цієї групи можуть бути включені такі особи:

- Новонароджені, чий матері мають вітряну віспу від 5 днів до та 2 дні після пологів
- Недоношені діти з вітряною віспою в перший місяць життя
- Діти з лейкемією або лімфомою, які не були вакциновані
- Особи з клітинним імунodefіцитом або іншими проблемами імунної системи
- Особи, які отримують ліки, такі як високі дози системних стероїдів, які пригнічують імунну систему
- Вагітні жінки

Невідомо, що VZIG може бути ефективним при лікуванні клінічної вітряної віспи або оперізувального лишая, а також при профілактиці дисемінованого оперізуючого лишая. Тривалість ефекту триває 3 тижні. Пацієнти, які зазнали повторної дії через 3 тижні після введення дози VZIG, повинні отримати ще одну повну дозу. VZIG вводиться внутрішньом'язово. VZIG слід вводити якнайшвидше, але не пізніше, ніж через 96 годин, після дії вітряної віспи. Виробництво VZIG було припинено у 2006 році. Випускається аналогічний продукт VariZIG.

Гаммаглобулін. Внутрішньовенний гаммаглобулін може бути прийнятною заміною, якщо VZIG недоступний.

Література:

1. Дашук А.М. Кожные болезни. X.: ТОВ «ЕСТЕТ ПРИНТ », 2019:139с.
2. Вольф К., Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац и др. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 Т. Пер. с англ.,

общ. ред. Акад. А.А.Кубановой. М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний; 2012 - Т 3. – С.

3. Степаненко В.І., Сизон О.О., Шупенько Н.М. та ін. Дерматологія, венерологія: підручник. К.:КІМ. 2012:904с.

4. Томас П.Хэбиф Кожные болезни. Диагностика и лечение. Пер. с англ. – 4-е изд. - М.: МЕДпресс-информ,; 2016: 704 с.:ил.

ВІТРЯНА ВІСПА: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ

Дащук А.М., Дащук А.А.

Вітряна віспа (VZV) є дуже заразною вірусною інфекцією, яка під час епідемій вражає більшість міських дітей до статевої зрілості. Пік захворюваності різко зростає у березні, квітні та травні у помірному кліматі. Передача відбувається повітряно-краплинним шляхом. Системні симптоми та ускладнення бувають частіше у дорослих, ніж у дітей. Захворювання вітряної віспи зазвичай дає довічний імунітет. Вакцина проти вітряної віспи ефективна та застосовується у дітей та дорослих.

CHICKENPOX: CLINIC, DIAGNOSTICS, TREATMENT

Dashchuk A.M., Dashchuk A.A.

Chickenpox (VZV) is a highly contagious viral infection that, during epidemics, affects most urban children before puberty. The peak incidence rises sharply in March, April and May in temperate climates. Transmission occurs by airborne droplets. Systemic symptoms and complications are more common in adults than in children. Chickenpox disease usually confers lifelong immunity. The chickenpox vaccine is effective and is used in children and adults.