

ПРОФИЛАКТИКА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ И ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ

Дементьева О.В.

Врач-эпидемиолог, консультант редакции журнала

В статье на основе СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" рассмотрены вопросы профилактики ветряной оспы и опоясывающего лишая. Публикация предназначена для руководителей медицинских организаций и самого широкого круга медицинских работников.

Ветряная оспа (код В 01 по международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), представляет собой острое вирусное инфекционное заболевание, характеризующееся поражением кожи и слизистых оболочек в виде полиморфной макуло-папулезно-везикулезной сыпи, умеренно выраженной лихорадкой и симптомами общей интоксикации, преимущественно доброкачественным течением. Опоясывающий лишай (код В 01 по МКБ-10) развивается у 10 - 20% пациентов, ранее перенесших ветряную оспу; представляет собой заболевание, возникающее в результате активации в организме возбудителя ветряной оспы, проявляющееся воспалением задних корешков спинного мозга и межпозвоночных ганглиев, а также лихорадкой, общей интоксикацией и везикулезной экзантемой по ходу вовлеченных в процесс чувствительных нервов.

Возбудитель ветряной оспы, опоясывающего лишая - вирус Варицелла Зостер (Varicella Zoster virus) (далее - ВЗВ), вирус герпеса человека третьего типа (Human herpesvirus 3), неустойчивый во внешней среде (погибает через несколько минут), но длительно сохраняется при низких температурах (минус 65°C и ниже).

Резервуаром и источником ВЗВ при ветряной оспе и опоясывающем лишае является человек, больной ветряной оспой или опоясывающим лишаем. Период, в течение которого источник ВЗВ (больной ветряной оспой или опоясывающим лишаем) может заразить окружающих его лиц, длится с конца инкубационного периода и до истечения 5 календарных дней с момента появления последних элементов сыпи (макул).

Индекс контагиозности (заразительности) составляет в среднем 0,75 - 0,90.

Инкубационный период при ветряной оспе составляет от 10 до 21 календарного дня (в среднем 13 - 17 календарных дней).

Механизм передачи ВЗВ, преимущественно аспирационный (аэрогенный), реализуется воздушно-капельным и контактным путями.

Возможна трансплацентарная передача ВЗВ - от больной матери к плоду.

При опоясывающем лишае вирус может персистировать (сохраняться) в организме многие годы.

Ветряная оспа проявляется типичной, атипичной и стертой клиническими формами, но может проявляться в инаппарантной (бессимптомной) форме, в таком случае диагноз устанавливается по результатам лабораторных исследований.

Беременные относятся к группе риска развития заболеваний, связанных с ВЗВ. Случаи заболевания ветряной оспой новорожденных до 11 календарного дня жизни должны считаться врожденной инфекцией. К врожденным формам ветряной оспы относятся синдром врожденной ветряной оспы (далее - СВВО) и неонатальная (врожденная) ветряная оспа.

Неонатальная (врожденная) ветряная оспа развивается при заболевании беременной женщины менее чем за 10 календарных дней до родов. Тяжесть течения неонатальной (врожденной) ветряной оспы определяется сроками инфицирования. В случае заболевания ветряной оспой беременной за 5 - 10 календарных дней до родов, первые клинические признаки у новорожденного появляются сразу после рождения. Новорожденный, заболевший ветряной оспой, развившейся в результате заболевания беременной за 16 и менее дней до родов, является источником ВЗВ. Новорожденный ребенок с СВВО не является источником возбудителя ветряной оспы.

При заболевании беременной женщины опоясывающим лишаем, врожденные формы инфекции, вызванной ВЗВ, не возникают из-за отсутствия вирусемии и наличия у матери специфических иммуноглобулинов класса G (далее - IgG), защищающих плод.

Больной опоясывающим лишаем является источником ВЗВ и представляет эпидемиологическую опасность, в отношении него проводятся такие же профилактические и противоэпидемические мероприятия, как и в отношении больного ветряной оспой.

Иммунитет к ветряной оспе формируется после перенесенного заболевания или после проведения иммунизации против этой инфекции. Показателем наличия иммунитета к ВЗВ является присутствие в крови специфических IgG в иммунологически значимом (защитном) титре.

Лабораторная диагностика ветряной оспы и опоясывающего лишая

Лабораторные методы исследования в медицинских организациях используются для диагностики атипичных и стертых форм заболевания, для проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, сопровождающимися везикулезной сыпью (в том числе инфекцией, вызванной вирусом простого герпеса, ящуром, энтеровирусной инфекцией, стрептодермией, патогенными для человека ортопоксвирусами).

Показаниями для лабораторного обследования на инфекцию, вызванную ВЗВ, также являются:

- подозрение на ветряную оспу у привитого против этой инфекции лица;
- подозрение на повторное заболевание ветряной оспой.

Материалом для лабораторного исследования, в зависимости от клинических проявлений и локализации инфекционного процесса, служит:

- содержимое везикул;
- сыворотка крови;
- спинномозговая жидкость;
- отделяемое носоглотки.

Выбор лабораторного метода исследования определяется его доступностью и возможностями конкретной лаборатории.

Лабораторными критериями, подтверждающими клинический диагноз случая ветряной оспы, являются:

- выявление ДНК ВЗВ с помощью полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в клиническом материале (содержимом везикул, смывах со слизистой носоглотки, спинномозговой жидкости);
- выявление иммуноглобулинов класса М (далее - IgM) или низкоавидных IgG к ВЗВ в сыворотке крови;
- нарастание титра специфических антител в 4 и более раз в течение 10 - 14 календарных дней (метод парных сывороток) при исследовании методом иммуноферментного анализа (ИФА) или в реакции связывания комплемента (далее - РСК);
- выявление телец Арагао (скопления вируса) в окрашенных серебрением по Морозову

мазках содержимого везикул при световой или электронной микроскопии;

- положительная проба Цанка - выявление многоядерных гигантских клеток в соскобе с основания везикулы, помещенном на предметное стекло, фиксированном 95% спиртом и окрашенном по методу Романовского-Гимзы;
- обнаружение антигенов вируса в мазках-отпечатках содержимого везикул с помощью иммунофлюоресцентного метода (ИФ метода);
- выделение вируса из биологического материала (в том числе содержимого везикул, соскобов со слизистых оболочек и кожи, крови, ликвора) на чувствительных (эмбриональных) культурах клеток с последующей его идентификацией в РСК или ПЦР.

Клиническая диагностика и критерии постановки диагнозов ветряной оспы и опоясывающего лишая

Эпидемиологически случаи ветряной оспы подразделяются на "подозрительные", "вероятные" и "подтвержденные" случаи:

"подозрительным" считается случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько клинических признаков, один из которых - поражение кожи и слизистых оболочек в виде полиморфной макуло-папулезно-везикулезной сыпи;

"вероятным" считается случай острого заболевания, при котором имеются один или несколько клинических признаков ветряной оспы и эпидемиологическая связь с другим подозрительным или подтвержденным случаем этой инфекции;

"подтвержденным" считается случай заболевания ветряной оспой после лабораторного подтверждения диагноза.

В случае проявления ветряной оспы в атипичной или стертой форме при наличии лабораторного подтверждения заболевание классифицируется как "подтвержденное".

При отсутствии возможности проведения лабораторных исследований в медицинской организации или отсутствии показаний к их проведению "подозрительный" или "вероятный" случай классифицируется как "подтвержденный".

Окончательный диагноз ветряной оспы устанавливается на основании клинических данных и (или) при наличии лабораторного подтверждения диагноза или эпидемиологической связи с другими лабораторно подтвержденными случаями данного заболевания.

Внутриутробное инфицирование плода ВЗВ в течение первых 20 недель беременности может приводить к самопроизвольному аборту,