

ВЕТРЯНАЯ ОСПА

Этиология. Возбудителем болезни является фильтрующийся вирус. Он весьма летуч, содержится в крови больного и в содержимом пузырьков во время цветения сыпи.

Ветряная оспа — совершенно самостоятельное заболевание, не стоящее в связи ни с натуральной оспой, ни с вакцинной болезнью. Ни одно из этих заболеваний не предохраняет от ветряной оспы и наоборот. Получены данные о тождестве возбудителя ветряной оспы и опоясывающего лишая. Имеются и эпидемиологические наблюдения, указывающие на известное родство этих заболеваний.

Эпидемиология. Болезнь встречается в виде спорадических случаев, редко давая значительные вспышки. Будучи, однако, занесена в детский коллектив (ясли, больница), где находится много детей раннего возраста, она вызывает большие вспышки заболеваемости, почти такие же, как и при кори. Больше всего заболевают дети первых четырех лет жизни, реже — дети старше 9—12 лет и очень редко дети первых месяцев жизни.

Заразительность ветряной оспы очень велика, однако заражение передается лишь непосредственно от больного здоровому (капельно-воздушным путем); заболевание не передается через вещи и третьи лица. Болезнь заразительна с самого первого часа высыпания, а возможно и раньше, почему так трудно бороться с распространением ветряной оспы.

Многие считают, что в период образования корок больной уже не заразен; правильнее, однако, придерживаться того взгляда, что заразительность больного исчезает только по отпадении корок.

Возбудитель нестойк и легко погибает вне организма, почему не требуется особенно строгой дезинфекции вещей и помещения. Перенесённая ветряная оспа оставляет, как правило, стойкий пожизненный иммунитет.

Клиника. Инкубационный период ветряной оспы длится 14—21 день, чаще всего 17 дней; клинических проявлений в это время нет. Начало заболевания различное. Иногда наблюдаются в течение 1—2 дней продромальные явления — умеренное повышение температуры, недомогание, вялость, беспокойство, редко — большей частью у маленьких детей — понос, рвота и затем только появляется характерное высыпание.

Чаще же всего сразу при умеренном подъеме температуры одновременно на различных частях тела появляется сыпь, имеющая вначале вид разбросанных пятен величиной от булавочной головки до чечевицы, очень быстро превращающихся в пузырьки с прозрачным содержимым. Пузырьки эти расположены на мало измененной коже. Лишь на небольшом пространстве вокруг пузырька виден пояс умеренной красноты.

Пузырьки при ветряной оспе высыпают по всему телу, чаще всего располагаются на волосистой части головы (откуда нередко и начинается высыпание) и на лице, на ладонях и подошвах, на слизистых оболочках (конъюнктивы, зев, слизистая щек, языка, половых органов, наружный слуховой проход, глотка, гортань); они быстро лопаются, образуют язвочки, которые вызывают затруднения при еде и глотании, вызывают иногда явления ларингита. Пузырек наполнен сначала прозрачным, потом мутным содержимым.

Высыпание происходит в несколько приемов, толчкообразно, так что картина сыпи при ветряной оспе весьма разнообразна (полиморфна).

На известном участке кожи можно видеть пятно, узелочек, свежие, лопнувшие и подсыхающие пузырьки, корочки, причем элементы сыпи различной величины.

При ветряной оспе пузырьки примерно через 2—3 дня лопаются и подсыхают, образуя корочку, которая отпадает через 1—2 ½ недели, не оставляя рубцов, в противоположность натуральной оспе. Лишь в редких случаях под влиянием вторичной гнойной инфекции развивается более глубокий процесс и образуется рубчик.

Сыпь бывает разнообразна по силе — от отдельных пузырьков до густо сидящих сливающихся высыпаний. Высыпание и подсыхание пузырьков сопровождаются зудом, который заставляет больного расчесывать и сдирать пузырьки, что ведет иногда к вторичной гнойной инфекции (абсцессы, рожа, дифтерия кожи).

Общие явления во время высыпания незначительны: температура дает умеренные подъемы, редко бывает высокой, обычно она повышается при каждом новом высыпании, держится до 5—7, а иногда и до 10 дней; не так редко встречаются случаи, протекающие при нормальной температуре. Наблюдается умеренная головная боль и разбитость. Во внутренних органах изменений не обнаруживается, железы слабо увеличены (если нет вторичной инфекции).

Осложнения редки, и у старших детей болезнь не представляет опасности.

Лечение и уход. В период высокой температуры и высыпания — постельный режим. Особенно строго нужно следить за чистотой постельного и носильного белья, а также за тем, чтобы больной не срывал и не расчесывал корочек. Рекомендуется применять умеренно теплые ванны (35—37°) во всех периодах процесса.

Диета — жидкая и полужидкая, если есть поражение слизистых оболочек.

Кожу смазывают каким-либо прокипяченным растительным маслом, отдельные пузырьки можно смазывать йодом или крепкими растворами марганцовокислого калия или 0,5% раствором красного стрептоцида в 60° спирту.