

ВЕТРЯНАЯ ОСПА

Э т и о л о г и я . 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.

Э п и д е м и о л о г и я . 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 нестоек и легко погибает вне организма, почему не требуется особенно строгой дезинфекции вещей и помещения. Перенесённая ветряная оспа оставляет, как правило, стойкий пожизненный иммунитет.

К л и н и к а . 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 с р а з у при умеренном подъеме температуры одновременно на различных частях тела п о я в л я е т с я 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.

П у з ы р ь к и 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 1/2 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). Общего 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.