**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность темы:** на сегодняшний день ветряная оспа занимает одно из ведущих мест среди инфекционных заболеваний детского возраста своздушно-капельным механизмом передачи возбудителя. Ветряной оспой болеет большинство детей, начиная с двухлетнего возраста и до десяти лет.

Зачастую заболевание возникает у пациентов, которые постоянно находятся в детских коллективах: детских садах и начальных классах общеобразовательных учреждений. Несмотря на высокую значимость патологии, обусловленной вирусом варицелла - зостер (Varicella zoster) , наличие летальных исходов, а также тяжелых осложнений, система эпидемиологического надзора и контроля эпидемиологического процесса ветряной оспы остаётся недостаточно разработанной. Поэтому, максимально полное знание аспектов современной диагностики, лечения и профилактики ветряной оспы медицинской сестрой, является необходимым условием для оказания квалифицированной медицинской помощи.

В современных условиях значимость ветряной оспы для здоровья детей обусловлена ее широкой распространенностью, высокими показателями заболеваемости (до 775 на 100 000 населения), значительной вероятностью тяжелого клинического течения, осложнений, которые могут приводить к летальным исходам, а также развития врожденных форм инфекции.  
Трудности борьбы с ветряной оспой связаны с тем, что практически отсутствуют методики по профилактике и противоэпидемические мероприятия при этой инфекции. Самым эффективным методом профилактики является вакцинация. В вопросах профилактики среднему медперсоналу отводится основная значимость - роль организатора, ответственного исполнителя, а также контролера. Ежедневное и тщательное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей и составляет основу перечня мероприятий по профилактике ветряной оспы в условиях поликлиники.

**Цель исследования**: изучение тактики фельдшера при выявлении пациентов с ветряной оспой.

**Предмет исследования**: профилактика ветряной оспы

**Объект исследования**: пациенты с ветряной оспой

**Задачи исследования**:

1. Изучить основные характеристики эпидемического процесса ветряной оспы;
2. Проанализировать закономерности формирования очагов ветряной оспы в организованных коллективах;
3. Сформулировать принципы эффективной профилактики ветряной оспы.

**Методы исследования**: научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме, анализ литературных данных; информационно-поисковый метод, анализ статистических данных.

Выпускная квалификационная работа представлена на …листах, состоит из практической и теоретической части, списка использованных источников и приложения.

**ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ**

* 1. **Клинические проявления и классификация ветряно оспы**

По данным исследований, ветряная оспа (ветрянка) – это острая инфекционная патология, характеризуется лихорадочным состоянием, папуловезикулезной сыпью с доброкачественным течением. Вызывается вирусом семейства Герпеса 3 типа, он же является причиной еще одного клинического заболевания: опоясывающего герпеса (опоясывающий лишай) проявления которого наблюдаются, как правило, у людей зрелого возраста. Вследствие перенесенного заболевания обычно формируется пожизненный иммунитет, но в некоторых случаях вирусом можно повторно заразиться. Как проявляется ветряная оспа у детей, симптомы и лечение, а также меры профилактики данной инфекционной болезни, автор изложит в данной работе. Впервые как самостоятельную, обособленную от натуральной оспы, эту болезнь описали в конце XVI в. итальянские врачи V. Vidius, G. Ingrassia. Срок Varicella внедрил Vogel в 1872 p. В 1911 p. Н. Aragao обнаружил элементарные тельца вируса в содержимом везикульозного сыпи. Вирус ветряной оспы впервые культивировал в культуре клеток в 1953 p. Т. Weller.

После установления идентичности вирусов ветряной оспы и опоясывающего герпеса возбудитель получил название вируса Varicella-Zoster (VZV), принадлежит к роду Varicella - virus, семьи Herpesviridae. Диаметр вириона 150-200 нм, он содержит ДНК. Хорошо культивируется в перевиваемых культурах клеток почек обезьян и человека, при этом поражаются ядра клеток с образованием эозинофильных внутриядерных включений (тельца Арагана). Возбудитель неустойчив относительно факторов внешней среды, быстро погибает на открытом воздухе, под действием дезинфицирующих растворов. Входные ворота инфекции - слизистая оболочка верхних дыхательных путей, где происходит первичное размножение вируса. Лимфатическими путями он попадает в кровь, возникает виремия. Вирус фиксируется преимущественно в эпителиальных клетках кожи и слизистых оболочек, вызывая образования пузырьков, наполненных серозным содержимым с высокой концентрацией вируса. Формирование пузырька начинается с поражения клеток шиповатого слоя эпидермиса. Клетки гиперплазируются, в них появляются внутриядерные и эозинофильные включения, после чего наступает баллонная дистрофия клеток вплоть до некроза. Вследствие гибели клеток образуются полости, где накапливается межтканевая жидкость, что приводит к образованию типичных однокамерных пузырьков. При обратном развитии пузырьков жидкость рассасывается, образуются корочки, которые потом отпадают. Рубцов после угревой не остается, поскольку некроз эпителия не проникает глубже герминативного слоя. В паренхиматозных органах обнаруживаются мелкие очаги некроза с кровоизлиянием по периферии.

В редких случаях наблюдается поражение внутренних органов (печени, почек, легких, центральной нервной системы). Генерализованные формы ветряной оспы развиваются в очень ослабленных детей с измененным иммунным состоянием (вследствие длительного лечения гормонами, цитостатиками, рентгенотерапии). В случае персистирующей инфекции вирус длительно сохраняется в клетках межпозвоночных ганглиев, реже - в задних рогах спинного мозга, преимущественно грудного отдела, где обнаруживают кровоизлияния, воспалительные и дегенеративные изменения.

Основные характеристики вируса ветряной оспы, позволяющие поражать большое количество людей – летучесть и восприимчивость. Вирусные частицы с воздушными потоками разлетаются и проникают в организм. А высокая восприимчивость людей к вирусу означает, что при контакте с источником инфекции заразятся практически все люди, не переболевшие ранее. В семье, где заболел один человек, риск заболевания остальных домочадцев составляет 80-90%. Причем у тех, кто заразился позднее, болезнь протекает тяжелее и с большим количеством высыпаний.

Вирус может существовать исключительно в организме человека. К окружающей среде он неустойчив, гибнет в течение нескольких минут. Этому способствует высыхание, нагревание, замораживание.   
Относительно нетяжелое течение ветряной оспы у тех детей, кто посещает детские сады, сформировало спокойное к нему отношение. Однако по дальнейшему изучению инфекции оказалось, что при попадании Варицелла-зостер в организм поражаются не только кожа и нервные окончания, но и легкие, мозг, пищеварительный тракт и мочеполовая система; вирус оказывает влияние на развитие внутриутробного плода. Кроме того, стало известно, что вирус может активироваться при онкологических заболеваниях, болезнях крови, ВИЧ-инфекции, лучевой болезни.   
Хоть и, как показывают статистические данные, что ветряной оспой следует переболеть в детском возрасте, осложнения все-таки случаются, и, как правило, они связаны с поражением вирусом внутренних органов, что часто происходит в комплексе с присоединением патогенных микроорганизмов и со срывом иммунной и эндокринной системах адаптационных механизмов. Еще одной проблемой является дефицит знаний у родителей, вследствие чего могут произойти осложнения, связанные с неаккуратной обработкой высыпаний и их нагноением, что приводит к образованию рубцов.

Выше сказанное позволяет сделать вывод о том, что в этом случае отводится большая роль медицинской сестре, которая в свою очередь должна проинформировать родителей о значимости заболевания, об осложнениях инфекционного процесса и как этого избежать. Поэтому роль среднего медицинского персонала в профилактике ветряной оспы в амбулаторно-поликлинических условиях крайне важна. Прежде чем перейти к основным симптомам инфекционного заболевания, стоит обратить внимание на формы ветряной оспы. В соответствии с особенностями течения, принята и, соответственно, применима, следующая классификация заболевания:  
В соответствии с механизмом возникновения ветряная оспа может быть:

1. Врожденная;
2. Приобретенная.  
   В соответствии с формой:
3. Типичная форма;
4. Атипичная:
5. Рудиментарная атипичная форма;
6. Гангренозная форма;
7. Геморрагическая форма;
8. Висцеральная форма.



**Рисунок 1- Клинические проявления ветряной оспы**

В соответствии с характеризующей течение ветряной оспы степенью тяжести:

1. Легкая степень тяжести;
2. Среднетяжелая степень;
3. Тяжелая степень.

В соответствии с присущими течению особенностями заболевания:  
1. Гладкое течение (осложнения отсутствуют);

1. Течение с осложнениями
2. Течение в комплексе с несколькими видами патогенных микроорганизмов.

Восприимчивость к ветряной оспе очень высокая, индекс контагиозности составляет 70-85%. Более 90% заболевших составляют дети до 10 лет. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу 5-9 лет, однако заболеть могут лица любого возраста, в том числе новорожденные, которые не получили трансплацентарно материнских антител. В последние годы увеличился удельный вес заболевших ветряной оспой среди взрослых.

Самая высокая заболеваемость наблюдается в холодное время года - с января по май. После перенесенной болезни остается стойкий пожизненный иммунитет; повторные заболевания наблюдаются редко. Однако вирус может длительно персистировать в иммунном организме. Под влиянием эндогенных и экзогенных факторов у взрослых происходит реактивация латентной инфекции - развивается клиника опоясывающего герпеса.

Входные ворота инфекции - слизистая оболочка верхних дыхательных путей, где происходит первичное размножение вируса. Лимфатическими путями он попадает в кровь, возникает виремия.

Ветряная оспа приобретенная протекает в соответствии со следующими сроками для каждого актуального в ней периода:

1. Инкубационный период – длительность в пределах 11-21 дня;

2. Период продромальный – период разгара заболевания (появления сыпи) – от 3-4 дней и дольше проявляется не у всех детей. Его проявления в частности сводятся к повышенной температуре (в рамках субфебрильных показателей 37-37,5 градусов), а также к появлению некоторого недомогания и сыпи

3. Реконвалесценция – в рамках срока 1-3 недель. Отмечается повышение температуры в пределах 37,5-39 с постепенным ухудшением общего самочувствия и с появлением у пациента характерной сыпи.



**Рисунок 2 – Характер сыпи при ветряной оспе**

Изначально такая сыпь напоминает пятно, преобразующееся спустя несколько часов в папулу, а после этого – в везикулу, они имеют однокамерный вид, в рамках первых суток, однако уже ко вторым суткам их содержимое становится мутным, спустя еще сутки-двое везикулы с одновременным преобразованием в корочку, отпадают они в срок 1-3 недель. Уже после того как корочки отделятся от кожного покрова, на нем остается либо депигментированное пятно, либо пигментация. В подавляющем большинстве случаев рубцы, как завершающий этап после сыпи, на коже не остаются.

Относительно области сосредоточения сыпи можно выделить преимущественную локализацию на лице и туловище, в области волосистой части головы и на конечностях. Также характерна тенденция к сосредоточению преимущественно в тех местах, где наибольшим образом кожа подвержена раздражению, а также в местах с наибольшим на нее давлением. В качестве сопровождающего сыпь симптома также можно отметить незначительно выраженный зуд и появление самой сыпи в области слизистых, что подразумевает поражение половых органов, гортани, конъюнктивы, роговицы. Пузырьки сыпи достаточно быстро подлежат размягчению и изъязвлению, спустя 5 дней папулы заживают. На протяжении всего периода, в рамках которого проявляется сыпь, пациенты испытывают лихорадку (в период нескольких дней), интоксикация выражена умеренно. Не исключается возможность развития лимфаденопатии (увеличение лимфоузлов). Теперь автор остановится на особенностях течения атипичных форм ветряной оспы.

Рудиментарная форма заболевания развивается у детей, располагающих специфическим остаточным иммунитетом, а также у тех пациентов, которые при инкубационном периоде получали препараты крови или иммуноглобулин. Для этой формы характерно в целом легкое течение. Сыпь проявляется в виде необильного типа пятнисто-папулезных образований, причем образования эти не всегда преобразуются в пузырьки. Течение заболевания происходит при нормальной температуре пациентов, а также при удовлетворительном общем их состоянии.

Геморрагическая форма - выступает в качестве одного из наиболее тяжелых вариантов проявления ветряной оспы, который, является одним из наиболее злокачественных по характеру течения. Развитие этой формы заболевание происходит у лиц с ИДС (иммунодефицитный синдром), а также у тех лиц, которые получали цитостатики и глюкокортикоидные гормоны. Также возможно проявление геморрагической формы ветряной сыпи у новорожденных. Для заболевания характерным является появление высокой температуры и выраженной интоксикации. Помимо этого развивается геморрагический синдром, что проявляется в форме возникновения в пузырьках геморрагического содержимого (кровотечения в них), кровоизлияния в кожу, в слизистые и внутренние органы. Также появляются и иные кровотечения, а именно из носа и ЖКТ, кровохарканье и гематурия . Основная опасность формы заключается в том, что ее завершением может стать летальный исход.

Форма висцеральная диагностируется преимущественным образом у детей недоношенных, детей новорожденных, а также у детей, соответствующих категории старшего возраста при актуальном для них ИДС (иммунодефицитном синдроме). Течение этой формы характеризуется тяжестью проявлений, а также длительно текущей интоксикацией в комплексе с выраженной лихорадкой и обильным характером сыпи. Также поражению подвергаются нервная система и внутренние органы, а именно почки, легкие, печень, поджелудочная железа, надпочечники, эндокард, селезенка, пищеварительный тракт. Нередко и эта форма заболевания завершается летальным исходом.

Форма гангренозная является актуальным вариантом, опять же, для пациентов с иммунодефицитным синдромом, хотя и диагностируется она крайне редко. Основные ее особенности заключаются в проявлении выраженной интоксикации и в целом в длительном течении. Ветрянка в гангренозной форме проявляется в виде крупного размера папул, на которых достаточно быстро образуется струп (корочка, которая обычно покрывает раны при ссадинах, ожогах и тому подобных поражениях кожи; образуется она из отмерших тканей, гноя и свернувшейся крови) с зоной некроза. Отпаданию струпа сопутствует одновременное обнажение глубоких язв, причем заживают они в замедленных темпах. Зачастую заболевание в этой форме протекает с осложнением в виде сепсиса при последующем наступлении летального исхода.

Таким образом, мы рассмотрели основные симптомы, которые проявляются при разнообразных формах ветряной оспы. Но какие же осложнения несет инфекционная патология? Рассмотрим подробнее.

* 1. **Осложнения при возникновении и методы лечения ветряной оспы**

Ветряная оспа может оставить после себя следующие последствия:

1. ветряночный ларингит;
2. ветряночный стоматит;
3. боль в загрудинной области;
4. затруднения при дыхании;
5. грубый кашель;
6. охриплость голоса.

Осложнения могут наблюдаться в половой органах у девочек:

1. флегмона больших половых губ или промежности;
2. вульвиты.

На начальном периоде болезни возможно возникновение неврологических осложнений.

Вирус способен к:

1. поражению серого вещества спинного и головного мозга;
2. периферических нервов;
3. мягкой оболочке мозга;
4. мозжечка;
5. подкорковых узлов;
6. бульбарных центров.

Наиболее часто можно встретить воспалительные процессы в оболочках головного мозга.

В первые дни развития ветряной оспы наблюдаются:

* потери сознания;
* судороги;
* гемипарез (неполный паралич).

Не зависимо от тяжести заболевания, может развиваться ветряночный энцефалит.

После того, как температура обретет нормальные показатели, возможно появление общемозговых симптомов:

* рвота;
* температура;
* головная боль;
* вялость.

Наблюдаются мозжечковые нарушения:

* расстройства двигательной координации (атаксия);
* беспорядочное передвижение глазных яблок (нистагм);
* тремор (дрожание конечностей);
* шаткая (пьяная) походка;
* головокружение;
* замедленная тихая речь;
* снижение мышечного тонуса;
* паралич зрительного и лицевого нерва;
* воспаление спинного мозга;
* расстройство эндокринной системы.

К редким осложнениям относится воспалительные процессы в органах дыхания.

Наиболее тяжелое осложнение – разнесение током крови инфекции по всем системам и органам.

Однако, вынуждены повторится: наиболее часто эти осложнения возникают достаточно быстро, и также быстро исчезают  
Как правило, при соблюдении всех необходимых правил по уходу за инфицированным пациентом, заболевание проходит без каких-либо осложнений и никаких следов не оставляет. Однако, в редких случаях, они наносят существенный урон здоровью, именно для этого нужно знать о том или ином факторе риска, чтобы подобрать соответствующую профилактику в амбулаторно-поликлинических условиях.

В числе осложнений можно выделить:   
1. поражения герпетического характера, захватывающие органы дыхания (ларингит, трахеит, пневмония в комплексе с дыхательной недостаточностью);   
2. патологические поражения, связанные с органами детоксикации (нефрит, абсцессы печени, гепатит);

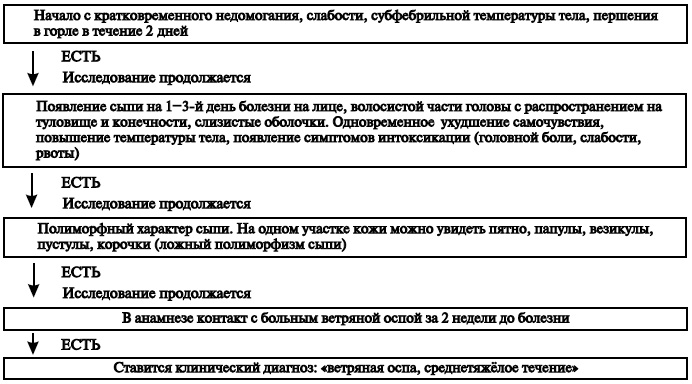
1. поражения, связанные с функциями периферической и центральной нервных систем (менингит, энцефалит, кисты в головном мозге, отек мозга, мозжечковая атаксия, парезы и параличи мышц);

4. поражение сосудов, сердца (миокардит, геморрагический синдром, тромбофлебит);   
5. патологии мышц и суставов (миозит, артрит и пр.).

Достаточно часто из перечисленных патологий развиваются менингоэнцефалиты и энцефалиты. Осложнения неврологического масштаба обуславливаются как непосредственным воздействием вируса, так и производимым организмом иммунным ответом. Энцефалиты зачастую развиваются в рамках периода высоты высыпаний либо периода реконвалесценции. В первом случае энцефалит развивается из-за попадания вируса в центральную нервную систему (гематогенным путем), что и обуславливает тяжесть последующего инфекционного процесса. При фебрильной лихорадке развиваются симптомы общемозгового типа (судороги, головная боль, нарушение сознания, рвота), некоторые пациенты сталкиваются с менингеальными симптомами.

В последующем этапе, на переднем плане отмечается очаговая симптоматика. Если же речь идет об энцефалите в рамках периода реконвалесценции (в 5-14 дни течения заболевания), то здесь можно отметить его актуальность вне зависимости от конкретной формы тяжести течения заболевания. Преимущественно развивается церебеллит с общемозговой симптоматикой (рвота, головная боль и вялость), а также с симптоматикой, сопутствующей состоянию поражения мозжечка (что проявляется в виде атаксии, мышечной гипотонии, тремора).

.



**Рисунок 3 - Алгоритм диагностики ветряной оспы**

Дифференцировать ветряную оспу необходимо от герпетической сыпи при простом герпесе, опоясывающего герпеса, везикулёзного риккетсиоза, импетиго и натуральной оспы. Необходимо исключать герпетическую экзему Капоши, а также инфекции, вызванные вирусами Коксаки и ЕСНО.

Импетиго- инфекция характеризуется появлением сыпи при нормальной температуре , что совсем нетипично для ветрянки. Образование локализуются на лице и руках. Везикулы перфорируются с образованием желтых корок, после отпадания которых остается стойкое покраснение.

Пузырчатка полости рта и конечностей. Высыпания негенерализованные, располагаются в ротовой полости, ступнях, кистях и ягодицах. Прыщики образуются на слизистой послоти рта, а затем уже распространяются на тело. После разрыва пузырька гостатется длительно незаживающая эрозия. Везикулы имеют ободок гиперемии, чот не соответствует классическим признакам ветрянки. Диагноз уточняется на основании симптома Никольского, клиничсеких проявлений и серологического исследования.

Инфекция коксаки отличает сыпь похожая на коревую, с преобладанием геморрагического компонента. Симптоматика многообразна, но основные признаки- гиперемия кожи лица и шеи, покраснение склер, полиморфная сыпь (красные пятна и бугорки).

**Таблица 1- Дифференциальная диагностика ветряной оспы**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Клинические признаки | Дифференцируемые заболевания | | | |
| ветряная оспа | натуральная оспа | везикулёзный риккетсиоз | опоясывающий герпес |
| Начало | Острое, иногда продром 1–2 дня | Острое, иногда продром 3–4 дня | Острое | Острое, иногда продром 1–2 дня |
| Лихорадка | 38,0–38,5 °С, продолжается 2–5 дней | Первые 3 дня 40,0 °С, с 4-го снижение до 37,5 °С, с 7–8-го повышение до 10-го дня | 39,0–40,0 °С, продолжается 3–5 дней | 37,5–38,0 °С, продолжается 3–5 дней |
| Экзантема | Сыпь полиморфная, везикулы располагаются поверхностно на неинфиль-трированном основании. Стенка их напряжена, содержимое прозрачное. При отсутствии продромального периода сыпь появляется на 1-й день болезни в 3–5 этапов с интервалом 24–48 ч | Сыпь появляется на 4-й день болезни. Первичный элемент — папулы, через 2–3 дня везикулы. Сыпь мономорфна. Везикулы многокамерные, заполнены прозрачным содержимым, с пупковидным вдавлением, расположены на инфильтри-рованном основании, окружены венчиком гиперемии, плотные. Везикулы превращаются в пустулы с пупковидным вдавлением. После отпадания корок остаются глубокие рубцы | Сыпь полиморфная, обильная. Сначала появляются пятно и папула, затем образуются везикулы. Сыпь появляется на 2–4-й день болезни | Сыпь везикулёзная, пузырьки с прозрачным содержимым располагаются гнёздами на гиперемированном и инфильтрированном основании. Сыпь появляется на 3–4-й день болезни |
| Локализация и этапность высыпаний | Лицо, волосистая часть головы, туловище, конечности. Нет на ладонях и подошвах. Высыпания на слизистых оболочках рта, глаз, гортани и половых органов | Характерна этапность высыпаний. Сыпь на лице, на волосистой части головы, затем на туловище и конечностях. Высыпания на слизистых оболочках полости рта, дыхательных путей, глаз, ЖКТ, влагалища, уретры | Лицо, волосистая часть головы, туловище, конечности. Редко на ладонях. На подошвах высыпаний нет. Этапность не характерна | Поражаются участки кожи, иннервируемые межрёберными нервами, а также участки по ходу иннервации тройничного нерва. Этапность не характерна |
| Особенности течения | Повторные высыпания сопровождаются повышением температуры | Нагноению пузырьков сопутствует подъём температуры до 39,0–40,0 °С | Доброка-чественное течение. Первое проявление — первичный аффект | Процесс односторонний |

Следует сказать о том, что одну из ведущих ролей в профилактике осложнений, как и самого заболевания, является диагностирование инфекции, для чего применяются данные, полученные при эпидемическом анализе, а также данные лабораторных и клинических исследований.

Лечение проводится преимущественно в домашних условиях. Госпитализации подлежат только дети с осложненным течением болезни, а также больные, которых невозможно изолировать.

Основой лечения является правильная организация режима, направленного на предотвращение вторичной инфекции.

Симптоматическое лечение направлено прежде всего на уменьшение зуда, что достигается применением седативных средств. Чтобы ребенок не расчёсывал пораженные места, ей надевают полотняные перчатки, лонгеты, обрезают ногти. Ежедневная смена одежды, постельного белья, гигиенические ванны с антисептическими средствами (раствор калия перманганата), смазывание везикул 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или 1-2% раствором калия перманганата уменьшают риск присоединения бактериальной инфекции. Если же она присоединяется, показано применение антибиотиков. Как показывают исследования, ацетилсалициловая кислота у больных ветряной оспой повышает риск возникновения токсической энцефалопатии с жировой дегенерацией внутренних органов (синдрома Рейе). Поэтому желательно использовать другие противовоспалительные средства и анальгетики (анальгин, амидопирин)[3].

Гликокортикостероиды противопоказаны. Лишь при развитии витрянкового энцефалита они являются одним из средств патогенетического лечения и назначаются по жизненным показаниям. Больным тяжелыми формами проводят дезинтоксикационное терапию, возможно назначение интерферона, донорского иммуноглобулина (0,2 мл / кг), особенно больным с сопутствующими гематологическими болезнями.

Профилактика ветряной оспы.

Больные ветряной оспой и опоясывающим герпесом подлежат изоляции до 5-го дня с момента последних высыпаний. После этого помещение проветривается, проводится влажная уборка без дезинфекции. Детей ясельного возраста (до трех лет), которые были в контакте с больными, изолируют с 11-го до 21-го дня от момента контакта.

Пассивная иммунизация показана детям, у которых заболевание вызывает большой риск, например с неопластическими болезнями, иммунодефицитом, гемобластозами, а также для тех, что получают иммунодепрессивное терапию.им нужно вводить 5-8-10 мл донорского иммуноглобулина, который проявляет защитное действие при введении не позднее чем через 72 ч после контакта с больным. Пассивную иммунизацию следует проводить ослабленным детям и младенцам, рожденным от женщин, которые болели ветряной оспой перед родами или вскоре после них.

Прогноз благоприятный. Заболевание, как правило, заканчивается полным выздоровлением. Летальный исход возможен исключительно редко - при злокачественных (генерализованная, геморрагическая, гангренозная) формах болезни и тяжелом витрянковому энцефалите. Риск осложненного течения ветряной оспы повышен у детей, получавших гликокортикостероиды и антиметаболиты

**ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ**

**2.1. Анализ деятельности фельдшера при выявлении пациентов с ветряной оспой на примере …**

Ветряная оспа в Российской Федерации в течение последних лет сохраняла стабильно высокие позиции как в структуре инфекционной заболеваемости, так и по величине наносимого экономического ущерба. Ветряная оспа в России в течение 12 лет сохраняла стабильно 2–3 место в структуре инфекционной заболеваемости и 4–5 – по величине наносимого экономического ущерба. Случаи ветряной оспой регистрируются на территории всех субъектов Российской Федерации (РФ), в 47 из них заболеваемость выше, чем в среднем по стране. В 2016 г. 5 случаев ветряной оспы закончились летальным исходом, 4 из них – у детей [1]. Даже редкие в относительном выражении случаи осложнений и летальных исходов на фоне высокой заболеваемости имеют серьезную медицинскую и социально-экономическую значимость [2]. При том, что в основном болеют ветряной оспой дети, и многолетнюю цикличность эпидемического процесса определяет возрастная группа 3–6 лет, на которую приходится более половины случаев инфекции (в РФ в 2016 г. – 55,3%), в последние годы значительно выросло среди взрослого населения число неиммунных лиц, болеющих ветряной оспой. В стране происходит постепенное увеличение удельного веса взрослых среди заболевших ветряной оспой: с 4,8 (2007 г.) до 9,1% (2013 г.), в 2015–2017 гг. – 5,7%. Аналогичные изменения происходят по регионам России: тенденция «повзросления» инфекции с постепенным увеличением удельного веса взрослых среди заболевших ветряной оспой, что свидетельствует о накоплении в группе взрослого населения лиц, которые не встречались с возбудителем ветряной оспы в детском возрасте [1, 3, 4].

Исследование было проведено на базе Кабардино-Балкарского центра Медицины Катастроф и Скорой медицинской помощи, было проанализировано 77 карт вызова скорой медицинской помощи за 2017-2018 года. При этом, в 2017 году было зарегистрировано 36 случаев, в 2018 году-41 случаев.

**Рисунок 4– Процентное соотношение выявленных случаев ветряной оспы за 2017-2018 гг.**

По данным диаграммы видно, что отмечается тенденция к увеличению частоты распространения ветряной оспы среди населения.

Далее, был проведен анализ по возрастной группе. Так, из числа заболевших в 2017 году в возрасте до 18 лет было 17 случаев заболеваемости, в возрасте от 18 до 35 лет – 4 случая, от 35 до 55 лет – 11 случаев и в возрасте старше 55 лет – 4 случая.

**Рисунок 5 – Распределение случаев заболеваемости по возрасту на 2017 год**

В 2018 году всего было зарегистрировано 41 случай заболеваемости ветряной оспой. Из них в возрасте до 18 лет было зафиксировано 29 случаев, от 18 до 35 лет – 1 случай, от 35 до 55лет -5 случаев.

**Рисунок 6 – Распределение случаев заболеваемости по возрасту на 2018 год**

Из диаграммы видно, что чаще ветряная оспа встречалась в возрасте до 18 лет. Среди обследованных больных преобладали дети раннего возраста (от 4 мес. до 3 лег) - 57,9%, дети старше 3-х лет составили 42,1%.

В зависимости от тяжести заболевания больные были распределены следующим образом. Легкая форма болезни отмечена в 51,9% (40 больных) среднетяжелая - в 35,0% (27 больных), тяжелая - в 12,9% (10 детей).

**Рисунок 7- Тяжесть клинических проявлений**

Основной симптомокомплекс характеризовался следующими проявлениями.

острое начало (96,5%), типичную обильную везикулезную сыпь (54,4%), энантему (35,1%), повышение температуры тела да фебрильных или субфебрильных цифр (77,2%), проявления инфекционного токсикоза (43%).

**Рисунок 8 – Основные клинические проявления ветряной оспы на момент вызова**

Продолжительность периода высыпаний составила 4,2 дня, лихорадочного периода - 3,1 дня.

Взрослое население переносит ветряную оспу более тяжело, что подтверждает частота госпитализаций заболевших: при среднем значении 1,9%, у детей до 14 лет она составила 1,2%, у подростков 15–17 лет – 4,4%, а среди взрослого населения – 6,5%.

Основной причиной госпитализации являлось тяжелое или осложненное течение (88% среднетяжелая форма и 10% – тяжелая).

Осложнения ветряной оспы регистрируются с частотой 5-6%, они служат поводом для госпитализации в 0,3–0,5%. От общего числа случаев 30% осложнений – неврологические, 20% – пневмонии и бронхиты, 45% – местные осложнения, сопровождающиеся образованием рубцов.

**Рисунок 9 – Характер осложнений ветряной оспы среди зарегистрированных случаев**

При этом с ростом числа госпитализаций взрослых после 2017 г. количество тяжелых осложнений у взрослых снизилось. Только у 33% взрослых были сведения о контакте с больным ветряной оспой [7, 14]. Установлены возрастные особенности клиники ветряной оспы у детей. У детей грудного возраста часто встречался катаральный синдром в виде гиперемии зева, кашля, насморка - у 65% пациентов.

Нами был рассмотрен клинический случай больного, 22 лет. Студент общежития, вызвал бригаду скорой медицинской помощи с жалобами на общую слабость, повышение температуры до 38,7 С в течение 2х дней, высыпания на коже, кратковременная потеря сознания, самостоятельно не лечился. Больной 2 недели назад контактировал с родственниками. Возможно, кто-то из них являлся источником инфекции. При осмотре была выявлена обильная папулезно-везикулезная сыпь на коже головы, туловища и конечностей. Слизистая ротоглотки гиперемирована, шейные лимфатические узлы увеличенные, безболезненные. В суставах активные и пассивные движения сохранены в полном объеме, безболезненны. При пальпации болезненных участков не выявлено. Во время осмотра была отмечена кратковременная потеря сознания, больной пришел в себя после нашатыря. При исследовании сосудов Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, ритмичный, 88 уд/мин, умеренного напряжения и наполнения, АД 120/80 мм рт ст. Со стороны внутренних органов патологий выявлено не было. Сознание ясное, память сохранена, больной адекватный, ориентирован во времени и пространстве, менингеальных и очаговых симптомов нет. Был выставлен предварительный диагноз – ветряная оспа, среднетяжелое течение. Была произведена Термометрия общая, Регистрация электрокардиограммы- патологии не выявлено. После введния литической смеси больной был доставлен в инфеционное отделение, где был госпитализирован для дальнейшего лечения.

**2.2. Алгоритм действия при возникновении случаев заболевания**

**ветряной оспой**

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. Диагностика заболевания проводится по клиническим и эпидемиологическим данным. ервичными документами учета информации о заболевании являются: а) карта амбулаторного больного; б) история [развития ребенка](http://www.pandia.ru/text/category/razvitie_rebenka/). Каждый случай заболевания ветряной оспой подлежит регистрации и учету в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (ф. 060/у) по месту выявления больного. Больные ветряной оспой подлежат индивидуальному учету в территориальных органах Держ. СЭС. Медицинский работник, выявивший больного, направляет  «Экстренное извещение …» (ф. 058/у).

Больной ветряной оспой подлежит изоляции с момента появления сыпи. Чаще она осуществляется на дому. Госпитализация в инфекционный стационар осуществляется по клиническим показаниям (тяжелые и средне тяжелые формы инфекции). 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. В соответствии с протоколами (стандартами) обследования и лечения больных инфекционными и паразитарными болезнями, до клинического выздоровления и прекращения выделения возбудителей. Выписку переболевших осуществляют после клинического выздоровления и отпадения корочек.

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. 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 с момента его изоляции. Помещения, где находился (находится) больной хорошо проветриваются, проводится их влажная уборка не реже 2-х раз в день.

Дезинфекцию проводить излишне, так как возбудитель болезни очень не стоек. В организованном коллективе выполняются мероприятия по максимальному рассредоточению детей (раздвигаются кровати, столы и т. д.), в отсутствие детей проводится ультрафиолетовое облучение. 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. Осуществляется участковым врачом сразу после выявления очага и включает оценку общего состояния, осмотр зева, кожных покровов (высыпания) и измерение температуры тела. Врач, выявивший больного, устанавливает перенесенные общавшимися подобные заболевания (с признаками высыпания) и их дату, наличие подобных заболеваний по месту работы (учебы, воспитания) общавшихся. За лицами, бывшими в тесном общении с источником инфекции, устанавливается на 21 день после его изоляции. Ежедневно 2 раза в день (утром и вечером) выполняется опрос, осмотр зева, кожных покровов и термометрия. Результаты наблюдения вносятся в журнал наблюдений за общавшимися, в историю [развития ребенка](http://www.pandia.ru/text/category/razvitie_rebenka/) (ф. 112у), в амбулаторную карту больного (ф. 025у) или в медицинскую карту ребенка (ф. 026у). Переболевшие ветряной оспой ранее медицинскому наблюдению не подлежат. Прекращается прием новых и временно отсутствовавших детей в группу, из которой изолирован больной ветряной оспой, в течение 21 дня после изоляции больного. Запрещается перевод детей из данной группы в другие группы в течение 21 дня после изоляции больного. 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. 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 течение первых 10 дней, а разобщаются с 11 по 21 день с момента контакта. Сведения о лицах, общавшихся с источником инфекции, передаются по их месту работы, учебы, воспитания. Дети в возрасте старше 7 лет и лица, ранее переболевшие ветряной оспой, разобщению не подлежат. Лабораторное обследование общавшихся не проводится. 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. Проводится беседа об опасности ветряной оспы и важности профилактических мероприятий

Ранее самым сложным было дифференцировки ветряной оспы с натуральной. Теперь последняя ликвидирована, но следует помнить о возможных случаях ее возникновения. Например, есть потенциальная опасность заражения в лабораторных условиях. Кроме того, существует ряд вирусов, генетически близких к возбудителю натуральной оспы, к которым восприимчивы люди, с развитием болезни, клинически почти не отличается от натуральной оспы (оспа обезьян).У больных натуральную оспу высыпанию предшествует продромальный период (3-4 дня), который характеризуется гипертермией и сильной болью в крестце, либо скарлатиноподобной продромальной сыпью в области бедренного треугольника Симона. Возникновение типичного сыпи при натуральной оспе сопровождается снижением температуры тела и происходит этапной: лицо, туловище, конечности. Элементы сыпи имеют значительную плотность, расположенные в глубине кожи на инфильтрированы основе, оспины многокамерные, при проколе не спадаются. На том или ином участке кожи все элементы сыпи на одной стадии развития (мономорфизм). Сыпь всегда гуще на слизистых оболочках.

Трудности возможны при дифференциации ветряной оспы с импетиго, строфулюс, в исключительных случаях со скарлатиной. Импетиго отличается преимущественной локализацией сыпи на лице, руках, дряблостью пузырьков с желтоватым гнойным содержимым, быстрым нарушением их целостности и последующим образованием грубых струпьев. При строфулюс, в отличие от ветряной оспы, элементы сыпи плотные, локализуются преимущественно на пояснице, ягодицах, тыльной поверхности конечностей, сопровождающиеся сильным зудом, температура тела не повышается, течение длительное. Для скарлатины характерны ангина, пылающий зев, бледный носогубной треугольник, симптом «малинового языка», мелкий розеолезная сыпь на гиперемированном фоне кожи

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Несмотря на рекомендации ВОЗ включить в национальные календари профилактических прививок вакцину против ветряной оспы, многие страны этого не сделали, мотивируя финансовыми затруднениями или невысокой опасностью этого заболевания, опасениями, что вакцинация сместит заболеваемость ветряной оспой на более старшие возрастные группы или увеличит распространенность опоясывающего герпеса. Эпидемиологические исследования показывают, что снижение заболеваемости ветряной оспы действительно может привести к увеличению риска заражения герпесом и увеличению заболеваемости опоясывающим лишаем взрослого контингента.

Решающее значение для прогнозирования долгосрочных последствий вакцинации принадлежит пониманию механизмов поддержания иммунитета против этих инфекций [19, 20]. Некоторые авторы считают, что массовая вакцинация против ветряной оспы не может рассматриваться как эффективная и экономически оправданная. Но несомненно, что она целесообразна среди пациентов с серьезной соматической патологией [21, 22]. Снижение заболеваемости ветряной оспы может являться не только следствием вакцинации, а также демографических изменений. К такому мнению пришли ученые из Германии, используя метод математического моделирования. Они проанализировали, как сочетание программ вакцинации и демографической динамики повлияет на эпидемиологию ветряной оспы и опоясывающего лишая в Германии в течение следующих 50 лет и пришли к выводу, что демографическая динамика станет основной детерминантой эпидемиологии опоясывающего лишая в ближайшие 50 лет [23].

Общая этиология и тесная патогенетическая связь ветряной оспы с хронической формой инфекции, обусловленной вирусом Varicella zoster, – опоясывающим лишаем, требует более подробного анализа данной нозоформы.

Ветряная оспа занимает лидирующие позиции в структуре инфекционной заболеваемости. При превалировании в структуре заболеваемости детей до 14 лет за последние годы отмечается тенденция «повзросления» ветряной оспы. Общее число ежегодно заболевших лиц 18 лет и старше составляет около 1000 человек, с ростом показателями заболеваемости с 48,2 до 68,3 на 100 тыс. населения за последние 5 лет. Взрослое население, заболевшее ветряной оспой, имеет более высокую частоту госпитализации и количество осложнений, чем дети. В целях предупреждения заносов и распространения ветряной оспы в медицинских организациях области необходимо внедрить в региональный календарь иммунизацию контингентов групп риска: в первую очередь медперсонала родильных отделений, онкологических, гематологических отделений. Необходимо введение постоянного статистического наблюдения за лицами с диагнозом «Опоясывающий лишай», соответственно с внедрением подачи экстренных извещений на каждый случай инфекции.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А.. Часто болеющие дети.- М.:2015- 253с.
2. Баран В.М., Талапин В. И. Фармакотерапия инфекционных болезней. - Минск, 2014 – 154с.
3. Беренбейн Б.А. и др. Дифференциальная диагностика кожных болезней. - М., 2014.- 45с.
4. Баранов А. А., Балашов Д. Н., Горелов А. В. Предотвращение ветряной оспы средствами специфической профилактики.-Авиценум.:2014.- 123с.
5. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Социальные проблемы педиатрии. - М.: 2014. - 430с.
6. Доскин В.А., Косенкова Т.В. Поликлиническая педиатрия.- М.: 2012.- 342с.
7. Верднер В. Н. Ветряная оспа. – М.: Медгиз, 2015.- 250с.
8. Егорова Н. С., Олейник Л. И. Педиатрия, - М.: 2015. – 540с.
9. Ежова Н.В., Русакова Е.М., Кащеева Г.И., «Педиатрия». Учебник, 8-е издание, дополненное.-Оникс.: 2014.- 250с.
10. Жданов В. М. Ветряная оспа. В кн.: Эпидемиология. М.: 2015, - 227с.
11. Зубик Т. М. и др. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. - Л., 2014.- 230с.
12. Казанцев А.П., Матковский. В. С. Справочник по инфекционным болезням. - М.: 2014. – 130 с.
13. Лобзина Ю. В. Руководство по инфекционным болезням // Под ред.. - СПб.: 2013. – 240с.
14. Перфильева Г.М.Сестринская помощь в педиатрии.-перевод с английского. М.: 2014. – 210с.
15. Покровский В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология.-ДИЛЯ.:2013. Соринсон С. Н. Неотложные состояния у инфекционных больных. - Л.: Медицина. - 2014. – 120с.
16. Севастьянова Н.Г. Сестринское дело в педиатрии.- ВУНМЦ Росздрава.: 2014.- 230с.
17. Титова А.И. Ветряная оспа.-М.: Медицина.: 2012.- 156с.
18. Фомина В.В. Детские инфекционные болезни // Под ред. - Екатеринбург, 2013. – 29с.
19. Цыркунов В.М. Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней.- СПб.: 2014. – 360с.
20. Шабалов Н.П. Детские болезни.- СПб.: 2015.- 54с.
21. Юнусова Х. А., Шамсиев Ф. С. Ветряная оспа. - М.: 2014. – 360с.

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Приложение А**



**Приложение Б**

**Календарь профилактических прививок**

