

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ
КГБОУ ДПО «ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

УТВЕРЖДАЮ

Ректор



Г.В. Чижова
2017 г.

УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения
Хабаровского края

А.В. Витько
2017 г.

ВРОЖДЕННАЯ И НЕОНАТАЛЬНАЯ ВЕТРЯНАЯ ОСПА

Информационно-методическое письмо
для специалистов здравоохранения

Хабаровск
2017

УДК 616.914-053.1-053.3

ББК 55.142

В 82

Врожденная и неонатальная ветряная оспа : информ.-метод. письмо для специалистов здравоохранения / м-во здравоохранения Хабаров. края, КГБОУ ДПО «Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения»; сост. С.М. Колесникова, Г.В. Чижова. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2017. – 8 с.

Составители:

Колесникова С.М. – заведующая кафедрой педиатрии и неонатологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, к.м.н., доцент

Чижова Г.В. – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, д.м.н., профессор

Рецензенты:

Макарова Т.Е. – заведующая кафедрой инфекционных болезней КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, д.м.н., доцент

Владимирова Н.Ю. – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии КГБУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края, д.м.н.

Информационно-методическое письмо является руководством при оказании медицинской помощи больным неонатальной ветряной оспой или новорожденным, имевшим контакт с заболевшими. Рассмотрены вопросы специфической профилактики ветряной оспы у беременных женщин.

Предназначено для врачей-педиатров, неонатологов, акушеров-гинекологов, врачей общей практики (семейных врачей), фельдшеров, акушеров.

Утверждено на заседании педагогического совета Института повышения квалификации специалистов здравоохранения 16.02.2017 г.



Ветряная оспа – острая вирусная инфекция, вызываемая ДНК-содержащим вирусом ветряной оспы, или herpes zoster (VZV-инфекция), относится к семейству герпесвирусов, подсемейство альфа-вирусов 3 типа, и является возбудителем двух различных по клинике заболеваний – ветряной оспы и опоясывающего лишая. Вирус легко передается от больного человека к здоровому, поэтому подавляющая часть взрослого населения имеет иммунитет после перенесенной ранее первичной инфекции – ветряной оспы. После выздоровления возбудитель остается в организме и длительно персистирует в сенсорных ганглиях и может активироваться вследствие ослабления иммунитета или при различного рода иммунологических нарушениях. Активация латентного вируса, которая может происходить спустя десятилетия, приводит к развитию опоясывающего лишая. Говоря о течении заболевания, специалисты отмечают несколько основных периодов ветряной оспы: инкубационный, период появления предвестников болезни (продромальный) и период кожных высыпаний, характерных для ветряной оспы (от появления сыпи до отпадения подсохших корочек).

Опасность заражения сохраняется от момента завершения инкубационного периода, который составляет 21 день и сохраняется в течение 5 дней с момента появления последнего элемента сыпи. Инкубационный период может быть значительно короче, когда после внутриматочного переноса инфекция проявляется в промежутке между рождением и 10 днем жизни новорожденного. В некоторых случаях инкубационный период бывает даже меньше 6 дней. Путь распространения возбудителя – воздушно-капельный. Характерными признаками являются лихорадка, сыпь папуловезикулезного типа. Высыпания могут начаться где угодно: на коже живота или бедер, в области груди или на плечах, на голове и в лицевой зоне. Но обычно сыпь на лице появляется позже, чем на теле и конечностях, и менее интенсивна; в этом одно из отличий ветряной оспы от натуральной. При ветряной оспе сыпь появляется не постепенно, а локализованными «толчками», через 1–2 суток. Между прежними элементами сыпи возникают новые, резко увеличивая свое общее число и меняя общую картину экзантемы. Полиморфизм кожной сыпи, связанный с толчкообразным появлением, также необходимо принимать во внимание при постановке диагноза и лечении ветряной оспы. В одно время с сыпью на коже появляются высыпания на слизистых оболочках – энантема. Первичные пузырьки быстро пропитываются жидкостью и набухают, трансформируясь в небольшую язву с дном серо-желтоватого цвета и ободком красноты вокруг. Чаще всего фиксируется от 1 до 3 элементов энантемы, которые заживают в течение 1–2 суток. Период лихорадочных явлений при ветряной оспе традиционно составляет 2–5 суток, но может затянуться до 8–10 суток – в

случаях очень обширных и длительных высыпаний. Сами высыпания также могут продолжаться от 2–5 до 7–9 дней.

Заражение беременной женщины ветряной оспой опасно для плода в первом и втором триместрах беременности. В начале беременности это заболевание может привести к гибели плода или серьезным нарушениям его развития.

Вышеизложенное свидетельствует о целесообразности разработки алгоритма действий врачей при диагностике и лечении больных ветряной оспой, а также проведения профилактики данного заболевания.

Ветряная оспа во время беременности характеризуется следующими особенностями.

Если беременная заболела в первые 20 недель гестации, а особенно в I триместре, это может привести к развитию патологии плода, и у новорожденных может отмечаться **врожденный синдром ветряной оспы (фетальный ветряночный синдром)**, который включает в себя поражение кожи (шрамы, отсутствие кожи, изъязвление кожи); аномалии скелета (односторонняя гипоплазия верхних и нижних конечностей, гипоплазия грудной клетки, рудиментарные пальцы, косолапость); пороки развития центральной нервной системы (микроцефалия, анофтальмия, анизокория, атрофия зрительного нерва, параличи и судорожный синдром); поражения глаз, такие как катаракта и хориоретинит, микрофтальмия, а также внутриутробную задержку развития плода и мышечную гипоплазию.

Инфицирование вирусом ветряной оспы женщины после 20-й недели беременности может быть фактором, вызывающим врожденную инфекцию, но она не сопровождается эмбриопатией.

За беременными женщинами, болеющими ветряной оспой, должно быть установлено тщательное наблюдение. При осложненном течении назначается ацикловир. Применение специфического иммуноглобулина не показано.

Всем беременным, переболевшим ветряной оспой на ранних сроках беременности, рекомендуется проводить ультразвуковое исследование (УЗИ) на 22–23-й неделе беременности для выявления типичных для WZ-инфекции пороков развития плода. При необычных данных УЗИ необходимо выявлять ДНК с помощью ПЦР в крови плода и околоплодных водах. Для установления фетальной инфекции на 16–20-й неделе беременности можно исследовать околоплодные воды (амниоцентез). В случае подтверждения диагноза абсолютных показаний для прерывания беременности все же нет, только при наличии данных УЗИ о серьезных пороках развития плода необходимо предложить женщине прерывание беременности.

Инфицирование на поздних стадиях беременности или непосредственно после рождения характеризуется как **неонатальная ветряная**

оспа. Риск развития заболевания у ребенка наибольший после контакта с инфекцией в течение 7 дней до начала родов и спустя 7 дней после рождения. Ребенок также может заразиться от больных братьев и сестер или посредством других контактов, но если у матери есть иммунитет против ветряной оспы и она кормит его грудью, риск заболевания ребенка невелик. У новорожденных с признаками заболевания существует риск развития серьезных осложнений.

Неонатальная ветряная оспа проявляется в первые 10–12 дней жизни новорожденного, так как передается трансплацентарно накануне родов. Если высыпания появились после 12 дней после родов, то в этом случае возможно и постнатальное заражение. Исход для новорожденного, инфицированного ветряночным вирусом от матери, в значительной мере зависит от того, насколько велик промежуток времени между появлением сыпи у матери и родами. Наиболее тяжело протекает инфекция у детей, матери которых заболели в последние 5 дней беременности или в первые 2 дня после родов. При тяжелом течении ветряной оспы у младенцев появляются высокая температура, пневмония и геморрагические кожные сыпи. Летальность среди этих детей составляет 20–30 %. Вообще частота развития тяжелых осложнений при неонатальной ветряной оспе составляет 20–50 %.

Если новорожденный перенес ветряную оспу (независимо от характера инфицирования – трансплацентарная передача или постнатальное воздействие вируса), то в детском возрасте он может заболеть опоясывающим лишаем. Такой рецидив может произойти в течение нескольких месяцев после первичной инфекции. Клиническое течение опоясывающего лишая после ветряной оспы у новорожденного сходно с таковым у взрослых, хотя боль в этих случаях не является преобладающим симптомом.

Мероприятия, проводимые в родах и после родов. При подозрении на ветряную оспу у роженицы при возможности следует отсрочить роды на 3–4 дня, чтобы материнские IgG-антитела, уровень которых повышается примерно на 5–6-й день после острой ветряной оспы, могли быть переданы плоду и, соответственно, новорожденному. Если токолиз провести не удалось, то сразу же после рождения ребенку вводят VZ-иммуноглобулин. Терапию ацикловиром иногда рекомендуют проводить профилактически, но преимущественно при подозрительной симптоматике. При массивных высыпаниях ветряночных элементов на половых органах заболевшей женщины менее чем за 5 дней до родов необходимо решить вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения с целью профилактики интранатального инфицирования. После родов женщины с ветряной оспой или опоясывающим герпесом изолируются в специальные боксы наблюдательного отделения. Пассивную иммунопрофилактику осуществляют с помощью внутримышечного введения варицеллона в дозе

0,2–0,4 мл/кг или иммуноглобулина против вируса *Varicella zoster* в дозе 125 ед/10 кг, или других специфических иммуноглобулинов (при их отсутствии можно ввести обычный иммуноглобулин, содержащий антитела к ветряной оспе). Ребенка изолируют от матери до тех пор, пока не минует опасность заражения. Такие новорожденные наблюдаются в течение 14 дней даже при отсутствии симптомов инфекции. При развитии ветряной оспы у новорожденного назначают лечебный курс ацикловира в дозе 5 мг/кг каждые 8 ч внутривенно в течение 5–7 дней, при раннем появлении симптомов ветряной оспы у ребенка (в возрасте 5–10 дней) показана терапия ацикловиром до 30 мг/кг/сутки. Снимают карантин только после покрытия поражений корочками. Рекомендуются обязательное грудное вскармливание этих новорожденных или использование сцеженного грудного молока, так как с материнским молоком передаются защитные ан-ТН-VVZ-антитела.

Лабораторная диагностика

Для первичной VZV-инфекции характерны следующие явления:

- IgG- и IgM-антитела появляются через 2–5 дней после возникновения сыпей;
- их уровни достигают пика через 3–5 недель;
- затем титры IgM-антител снижаются, и через несколько месяцев эти антитела не определяются;
- IgG-антитела определяются в течение всей жизни.

Общие вопросы специфической профилактики заболевания ветряной оспой, в т.ч. у беременных женщин

Если женщина не помнит, болела она ветряной оспой или нет, то врач, еще до зачатия ребенка, должен предложить сделать ей анализ крови на наличие иммунитета к этому заболеванию. Если исследование подтвердит, что у женщины нет иммунитета против вируса ветряной оспы, то ей необходимо будет провести вакцинацию и отложить попытку забеременеть по крайней мере на один месяц после прививки. Женщине нельзя делать прививку в том случае, если она уже беременна. В этом случае для предупреждения инфекции у восприимчивых матерей, контактировавших с больными ветряной оспой, рекомендуется вводить профилактический VZ-иммуноглобулин. Необходимо помнить, что данный препарат не всегда предупреждает инфекцию, но болезнь обычно протекает легко. Для вакцинации используются живые вакцины Варилрикс и Окавакс. Схема вакцинации: старшие дети и взрослые – 1 доза для Окавакса. При назначении Варилрикса – дети от 12 месяцев до 13 лет: 1 доза вакцины (0,5 мл) однократно; старше 13 лет и взрослые: двукратно с интервалом 6–10 недель. Вакцина вводится подкожно. Вакцинация индуцирует защитный иммунитет, сохраняющийся в течение 20 лет.

Список литературы

1. Врожденная ветряная оспа // Перинатальная патология : учеб. пособие / М.К. Недзведь [и др.] ; под ред. М.К. Недзведя. – Минск, 2012. – С. 164–166.
2. Врожденная ветряная оспа: актуальность проблемы и клинический случай / Е.Ю. Скрипченко, В.Е. Карев, Ю.В. Лобзин, А.Б. Пальчик // Нейроинфекции у детей. – СПб., 2015. – С. 772–786.
3. Галкина, Л.А. Алгоритм диагностики и лечения ветряной оспы у детей : учеб.-метод. пособие / Л.А. Галкина, И.Б. Репина. – М., 2016. – 15 с.

Формат 60×84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура «Таймс». Печать оперативная.
Усл. печ. л. 0,46. Уч. изд. л. 0,63. Тираж 16 экз. Заказ _____

Отпечатано в РИЦ Института повышения квалификации
специалистов здравоохранения.
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9