

татуажу, пірсингу і т.д. Згідно з наказом МОЗ від 12 липня 1989 року № 408 «Про міри по зниженню захворюваності на вірусні гепатити в країні» категорії медичних працівників, що є носіями вірусу гепатиту В, підлягають реєстрації в СЕС та ЛПЗ, повинні проводити парентеральні маніпуляції в гумових рукавицях. Керівники ЛПЗ повинні тимчасово відстороняти урологів, гінекологів, стоматологів, операційних та процедурних медичних сестер при наявності порушень цілісності шкірних покривів від проведення парентеральних маніпуляцій.

**Заболеваемость вирусным гепатитом В
во Львовской области в 2008 году**

О.Н. КОГУТ, Н.А. ТИМКО, В.Ф. КОСОЛОВСКАЯ

В статье рассмотрены вопросы повышения заболеваемости парентеральным гепатитом В у медицинских работников.

Ключевые слова: *вирусный гепатит В, медработники, маркеры гепатитов, ИФА*

Incidence of viral hepatitis B in Lviv region in 2008

O. KOHUT, N. TIMKO, V. KOSOLOVSKA

In the article the question of increasing incidence of parenteral hepatitis B in medics is covered.

Key words: *viral hepatitis B, medical staff, hepatitis marker, ELISA*

УДК:616.914-06:616.94

**Клініко-епідеміологічні особливості вітряної віспи
в дорослих на Закарпатті**

**А.І. КОГУТИЧ, П.П. КІШ,
В.О. ПЕТРОВ, С.М. ТУРЯНИЦЯ**

м. Ужгород

Доросле населення в Україні досить часто хворіє на дитячі інфекційні хвороби, зокрема на вітряну віспу. Перебіг клінічної картини у дорослих та дітей має ряд відмінностей, характеризується більш вираженою клінічною картиною, а також більшою тривалістю лікування в умовах стаціонару. Нами підтверджено деякі літературні дані щодо лікування вітряної віспи, пероральний прийом ацикловіра (по 20 мг/кг маси) в межах 24 години після розвитку захворювання, приводить до скорочення часу відміченої лихоманки на 1 день. Переважна більшість хворих що звернулись за медичною допомогою, це представники організованих колективів серед них виявлено таких, що вже хворіли в дитинстві на вітряну віспу.

Ключові слова: *вітряна віспа, вірус, інфікування, імунітет, висипка*

Вітряна віспа – первинна інфекція, що зумовлена вірусом родини *Herpesviridae*, уражає переважно дитяче населення, розвивається серед невакцинованих груп населення [1]. В клінічній картині виражені такі симптоми: везикулярний висип, лихоманка, слабкість та нездужання. Можливий ряд ускладнень, серед яких бактеріальні пневмонії [2]. Середній інкубаційний період при вітряній віспі складає 14–15 днів (від 10 до 21 днів). Вірус вітряної віспи поширюється повітряно-краплинним шляхом з носоглотки за 1–2 дні перед розвитком шкірного висипу, а також із везикул на шкірі та слизових 5–7 днів після появи висипу [5, 6]. Міхурці містять велику кількість вірусу і можуть служити найбільш вірогідним шляхом передачі інфекції [7]. Збудник розмножується в регіонарних лімфатичних вузлах протягом 4–6 днів до моменту розвитку першої субклінічної віремії, в цей час починається масивна і тотальна дисемінація вірусу у внутрішні органи [8]. Після первинного інфікування вірус персистує в організмі інфікованого обумовлюючи латентну інфекцію [3]. Розмноження вірусу відбувається в чутливому нервовому ганглії заднього корінця спинного мозку і є причиною появи болісної локалізованої висипки або оперізуючого герпесу при реактивації збудника через декілька років чи десятиліть [4]. Розмноження продовжується в тканинах ретикулоєндотеліальної системи. Друга фаза віремії проходить через 14 днів після інфікування (10–21 день), що сприяє поширенню вірусу в поверхневих шарах слизової носоглотки і шкіри, викликаючи розвиток типової висипки. Заразний період закінчується коли всі везикулярні вогнища покриваються кірочками. Важливість клітинно-опосередкованого імунітету в тому, що поширення вірусу відбувається виключно внутрішньоклітинним способом за ходом нервових волокон відповідної ділянки [9, 10]. Велике значення для здатності організму боротися з інфекцією є антитілозалежна клітинна цитотоксичність і цитотоксичність натуральних кілерів [11].

Епідеміологія. В помірній кліматичній зоні більш ніж 90% людей інфікуються вірусом до підліткового віку. Епідеміологічні розбіжності можуть бути зумовлені різницею в густоті населення і ступені ризику інфікування, різними факторами навколишнього середовища і соціально-побутовими факторами або їх сукупністю. Вітряна віспа характеризується вираженою сезонністю в країнах помірних широт та високим індексом контагіозності – 61–100% [12, 13]. Поширеність захворювання в загальній популяції складає 13–16 випадків на 1000 людино-років [10, 14]. Відмічено тенденцію до розвитку епідемій з інтервалом в 2–5 років [15, 16]. При вивченні захворюваності в залежності від статі і в більшості робіт не виявлено різниці. При цьому в багатодітних родинах, діти (сібси) мають меншу сприйнятливність до захворювання. В західній Європі середня величина загального

коефіцієнта смертності при вітряній віспі складає 0,3–0,5 випадків на 1 млн населення, загальна летальність 2–4 на 100 000 випадків захворювання [17, 18]. У дорослих ризик смерті в 23–29 разів вище, а у дітей до 1-го року в 4 рази вище, ніж у дітей більш старшого віку (12–16 років) [19, 20]. Загальний коефіцієнт госпіталізації за літературними даними становив 2–6 випадків на 100 000 населення [14, 15, 19].

Клінічні особливості. Характеризується лихоманкою, поява якої, зазвичай, співпадає з розвитком сверблячої везикулярної висипки. Висипка спочатку спостерігається у вигляді плям, а потім швидко проходить стадії папул і міхурців перед утворенням кірочок (24–48 год). Вогнища висипів характеризуються централізованим розподілом і в більшій кількості появляються на обличчі і тулубі, ніж на кінцівках. Ураження шкіри носить поверхневий характер і утворені кірочки відпадають через 1–2 тижні, залишаючи плями гіпопігментації, яка може зберігатися протягом декількох місяців. Симптоми системного характеру, такі як: лихоманка, головна біль, загальна слабкість, втрата апетиту, – виражені у всіх хворих, особливо на початку розвитку захворювання. При повторних випадках інфікування вітряна віспа має тенденцію до більш тяжкого перебігу ніж у випадках первинного інфікування [21].

Ускладнення. Найбільш часті – це вторинні бактеріальні інфекції, в основному викликаються гемолітичними стрептококами групи А та *Staphylococcus aureus* [22, 23]. Можливий ряд інших ускладнень, серед яких бактеріальні пневмонії. Необхідно виключити алергічні реакції (особливо синдром Стівенса-Джонсона), генералізовані форми оперізуючого герпеса, простого герпеса, ентеровірусних інфекцій, псоріаз капле видний.

Лікування. Пероральний прийом ацикловіра (до 20 мг/кг маси) в межах 24 години після розвитку захворювання, приводить до скорочення часу відміченої лихоманки на 1 день і до зниження ступеня вираженості ознак системного характеру та ураження шкіри [24].

Результати та їх обговорення

В групу обстеження включені тільки дорослі хворі, що були госпіталізовані в інфекційний стаціонар ОКІЛ міста Ужгорода з діагнозом – вітряна віспа, період висипань. Проаналізовано медичні картки пацієнтів (дорослого населення), що лікувалися з приводу даного захворювання за останні 2 роки. Всього обстежено 24 хворих, з них жінки становили 11 осіб, чоловіки – 13. Переважна більшість хворих що звернулись за медичною допомогою, це представники організованих колективів, трудових, студентських, навчальних: 37,5% (абс.ч. 9) студенти та 50% (абс.ч. 12) працюючі, 12% (абс. ч. 3) безробітних. По віковому складу до 20 років – 12% (абс. ч. 3), 20–25 років – 54% (абс. ч. 13), 25–30

років – 16,6% (абс. ч. 4), 30 років і більше – 16,6% (абс. ч. 4). Середній вік хворих становив 24,8 роки. Середня тривалість перебування в лікарні госпіталізованих хворих 9 ліжко-днів. Звернення за медичною допомогою найчастіше на 3 добу розпалу хвороби – 44%, раннє звернення в першу добу – 22%, великою є частка тих, хто звернувся за медичною допомогою на другу добу (22%). Пізнє звернення хворих, більше 3 діб, спостерігалось в 11% випадків.

Таблиця 1

Лабораторні показники при поступленні

Дані загального аналізу крові у хворих з вітряною віспою (n=24)	
Гематологічні показники	M±m
Гемоглобін, г/л	129,2±31
Еритроцити ×10 ¹²	4,48±0,01
Лейкоцити ×10 ⁹	5,16±0,01
ШОЕ, мм/год	13,33±0,04

Таблиця 1.1

Інші лабораторні синдроми

Показник	Відсоткове значення	Абсолютне значення	Примітка
Еозинофілія	4,16%	1	хворі з підвищеним показником кількості еозинофілів в крові, мали в анамнезі алергії та сезонні полінози.
Зсув лейкоцитарної формули ліворуч	37,5%	9	
Зсув лейкоцитарної формули праворуч	41%	10	
Лімфопенія	12%	3	

В загальному аналізі сечі виявлено сечовий синдром у 17% хворих. Головним чином за рахунок мікрогематурії та піурії, з слідами білка та опалесценцією. В епідеміологічному анамнезі 22% хворих відмітили контакт з хворими на вітряну віспу, при цьому 5% контактували з хворими на оперізуючий герпес. Важливо відмітити, що 11% пацієнтів в дитинстві перехворіли на вітряну віспу, про що є вказано в медичній картці. Температура при зверненні в хворих становила 39,3±0,12°C. Гіпертермічний синдром тривав в середньому до 3 днів.

Основні клінічні прояви

Клінічний симптом	Спостереження (n=24)	Абсолютні показники
Гіперемія зіву + зернистість	45,8%	11
Висипка на тулубі	54%	13
Висипка на обличчі	33%	8
Висипка на кінцівках	45,8%	11
Залишкові явища після висипів	33%	8
Свербіж	33%	8
Слабкість	62,5%	15
Головний біль	16,6%	4
Нудота	33%	8
Пітливість	12%	3
Збільшення печінки до 3 см	20%	5

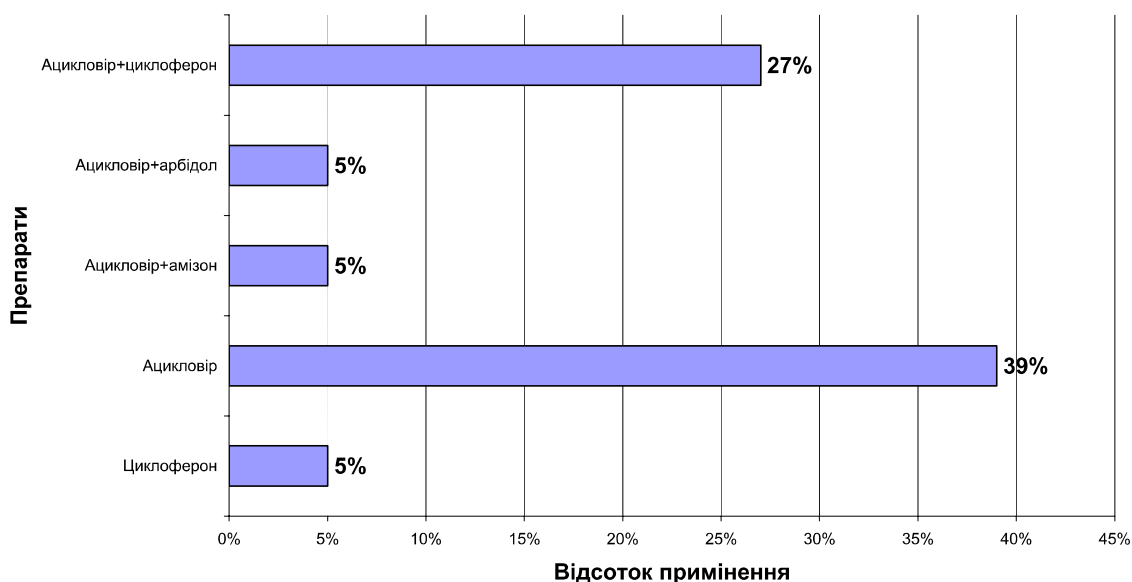
Лікування проводилось згідно з протоколом та методичним рекомендаціям і суттєво не відрізнялось від світових підходів лікування вітряної віспи. В 22% випадків, препарати ацикловіру призначались в перші 24 години хвороби, що позитивно відзначалось на клінічному перебігу та скорочувало тривалість гіпертермії на 16–24 години. Висота температурної кривої не досягала максимальних значень, і була не вище 38,0°C. Мусимо відмітити, що хворі, які отримували препарати ацикловіру в комбінації з іншими протівірусними засобами, то в них захворювання протікало в більш легкій формі та з меншою вираженістю симптомів інтоксикації. В них не спостерігалось ускладнень при застосуванні схеми лікування комбінацією ацикловіру та циклоферону, на відміну від монотерапії вказаними засобами. Тривалість перебування в стаціонарі пацієнтів, що отримували комбіновану протівірусну терапію була меншою в середньому на 1–2 дні, від групи хворих з монотерапією.

Тривалість та значення гіпертермії у різних групах хворих

Назва групи спостереження	Значення температури (°C)	Тривалість гіпертермії (дні)
I група хворих (отримали ацикловір в перші 24 години)	38,0±0,06	2±0,06
II група хворих (отримали ацикловір пізніше 48 годин)	38,8±0,01	3,5±0,01

На діаграмі зображено частоту застосування протівірусних препаратів в монотерапії та комбінованих схемах. Серед обстежених хворих не спостерігалось суттєвої різниці по статевій структурі. Більшість хворих 84% госпіталізовані в період висипань, тільки 16% в період кірочок. Діагноз при поступленні – набута вітряна віспа, період висипань. Середнього ступеня важкості. Серед госпіталізованих у 12% (абс. ч. 3) спостерігався тяжкий перебіг вітряної віспи, Чоловіки триваліше лікувалися та мали постінфекційні ускладнення у вигляді стрептодермії та фурункульозу, серед осіб жіночої статі ускладнень не спостерігалось. Вагітні становили 10% загальної кількості.

Рис 1. Препарати та комбінації, що застосовувались при лікуванні хворих



Висновки

1. Перебіг вітряної віспи у дорослого населення характеризується більш вираженою клінічною картиною, а також більшою тривалістю лікування в умовах стаціонару.

2. При ранньому зверненні (до 24 годин), та призначенні лікування (препарати ацикловіру) спостерігалось зменшення тривалості гіпертермії, та тривалості лікування в стаціонарі.

3. Важливу інформацію отримано при вивченні епідеміологічного анамнезу. Серед обстежених пацієнтів виявлено таких, що вже хворіли в дитинстві на вітряну віспу.

4. Найкращий результат в лікуванні дали комбінації протівірусних препаратів. Більш ефективними були схеми лікування з індукторами інтерферону та препаратами ацикловіру. Що зменшувало об'єм висипів, попереджувало розвиток інтоксикації та зменшувало вираженість інших симптомів.

5. Результати нашого спостереження доводять необхідність ранньої госпіталізації дорослих хворих з вітряною віспою. В комплексній терапії необхідно призначати десенсибілізуючі засоби, та деескалаційну антибіотикотерапію. Призначення препаратів ацикловіру в перші 24 години позитивно впливає на перебіг хвороби та дає кращий клінічний ефект.

Література

1. Wharton M. The epidemiology of varicella-zoster virus infections / Wharton M. // *Infect. Dis. Clin. North. Am.* – 1996. – Vol. 10. – P. 571–581.
2. Jaeggi A. Complications of varicella in a defined central European population / A. Jaeggi, R.P. Zurbrugg, C. Aebi // *Arch. Dis. Child.* – 1998. – Vol. 79. – P. 472–477.
3. Lungu O. Reactivated and latent varicella-zoster virus in human dorsal root ganglia / O. Lungu, P.W. Annunziato, A. Gershon, [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* – 1995. – Vol. 92. – P. 10980–10984.
4. Hope-Simpson H.E. The nature of herpes zoster: a long term study and a new hypothesis / H.E. Hope-Simpson // *Proc. R. Soc. Med.* – 1965. – Vol. 58. – P. 9–20.
5. Kido S. Detection of varicella-zoster virus (VZV) DNA in clinical samples from patients with VZV by the polymerase chain reaction / S. Kido, T. Ozaki, H. Asada, [et al.] // *J. Clin. Microbiol.* – 1991. – Vol. 29. – P. 76–79.
6. Suzuki K. Spread of varicella-zoster virus DNA to the environment from varicella patients who were treated with oral acyclovir / K. Suzuki, T. Yoshikawa, M. Ihira, M. Ohashi, [et al.] // *Pediatr. Int.* – 2003. – Vol. 45. – P. 458–460.
7. Koropchak C.M. Investigations of varicella-zoster virus infection by polymerase chain reaction in the immunocompetent host with acute varicella / C.M. Koropchak, G. Gracham, J. Palmer, [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 1991. – Vol. 163. – P. 1016–1022.
8. Sawyer M.H. Detection of varicella-zoster virus DNA in the oropharynx and blood of patients with varicella / M.H. Sawyer, Y.N. Wu, C.J. Chamberlin, [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 1992. – Vol. 166. – P. 885–888.
9. Arvin A.M. Varicella-zoster virus / A.M. Arvin // *Clin. Microbiol. Rev.* – 1996. – Vol. 9. – P. 361–381.
10. Gershon A.A. Varicella vaccine. In: *Vaccines*, 4th edn. / A.A. Gershon, M. Takahashi, J.F. Seward; [Plotkin S, Orenstein W, eds.] – Philadelphia: WB Saunders, 2004. – P. 783–823.
11. Etzioni A. Fatal varicella associated with selective natural killer cell deficiency / A. Etzioni, C. Eidenschenk, R. Katz, R. Beck, [et al.] // *J. Pediatr.* – 2005. – Vol. 146. – P. 423–425.
12. Junkler A.K. Varicella-zoster virus antibody avidity and IgG-subclass patterns in children with recurrent chickenpox / A.K. Junkler, P. Tilley // *J. Med. Virol.* – 1994. – Vol. 43. – P. 119–124.
13. Asano Y. Protection against varicella in family contacts by immediate inoculation with live varicella vaccine / Y. Asano, H. Nakayama, T. Yazaki, [et al.] // *Pediatrics.* – 1977. – Vol. 59. – P. 3–7.
14. Boelle P.Y. Varicella in non immune persons: incidence, hospitalization and mortality rates / P.Y. Boelle, T. Hanslik // *Epidemiol. Infect.* – 2002. – Vol. 129. – P. 599–606.
15. Bramley J.C. Epidemiology of chickenpox in Scotland: 1981 to 1998 / J.C. Bramley, I.G. Jones // *Commun. Dis. Public Health.* – 2000. – Vol. 3. – P. 82–87.
16. Deguen S. Epidemiology of chickenpox in France (1991 to 1995) / S. Deguen, N.P. Chau, A. Flahault // *J. Epidemiol. Community Health.* – 1998. – Vol. 52. – P. 46–49.

17. Brisson M. Epidemiology of varicella-zoster infection in Canada and the United Kingdom / M. Brisson, W.J. Edmunds, B. Law, [et al.] // *Epidemiol. Infect.* – 2001. – Vol. 127. – P. 305–314.
18. Mayer P.A. Varicella mortality: trends before vaccine licensure in the United States. 1970–1994 / P.A. Mayer, J.F. Seward, A.O. Jumaan, M. Wharton // *J. Infect. Dis.* – 2000. – Vol. 182. – P. 383–390.
19. Fairley C.K. Varicella-zoster virus epidemiology – a changing scene? / C.K. Fairley, E. Miller // *J. Infect. Dis.* – 1996. – Vol. 174. – P. 314–319.
20. Boelle P.Y. Varicella in non-immune persons: incidence, hospitalization and mortality rates / P.Y. Boelle, T. Hanslik // *Epidemiol. Infect.* – 2002. – Vol. 129. – P. 599–606.
21. Ross A.H. Modification of chickenpox in family contacts by administration of gamma globulin / A.H. Ross // *N. Engl. J. Med.* – 1962. – Vol. 267. – P. 369–376.
22. Bonhoeffer J. Prospective surveillance of hospitalisations associated with varicella-zoster virus infection in children and adolescents / J. Bonhoeffer, G. Baer, B. Muehleisen, [et al.] // *Eur. J. Pediatr.* – 2005. – Vol. 164. – P. 366–370.
23. Guess H.A. Population-based studies of varicella complications / H.A. Guess, D.D. Broughton, L.J. III Melton, [et al.] // *Pediatrics.* – 1986. – Vol. 178. – P. 123–127.
24. Dunkle L.M. A controlled trial of acyclovir for chickenpox in normal children / L.M. Dunkle, A.M. Arvin, R.J. Whitley, [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 1991. – Vol. 325. – P. 1539–1544.

Клинико-эпидемиологические особенности ветряной оспы у взрослых в Закарпатье.

А. И. КОГУТЫЧ, П. П. КИШ, В. А. ПЕТРОВ, С. М. ТУРЯНИЦА

Взрослое население в Украине достаточно часто болеет детскими инфекционными болезнями, в том числе ветряной оспой. Течение клинической картины у взрослых и детей имеет ряд особенностей, характеризуется более выраженной клинической картиной, а также большей длительностью лечения в условиях стационара. Нами подтверждены некоторые литературные данные относительно лечения ветряной оспы, пероральный прием ацикловира (по 20 мг/кг массы) в пределах 24 часов после развития заболевания, приводит к сокращению времени отмеченной лихорадки на 1 день. Преимущественное большинство больных, которые обратились за медицинской помощью, это представители организованных коллективов среди них выявлено таких, которые уже болели в детстве ветряной оспой.

Ключевые слова: ветряная оспа, вирус, инфицирование, иммунитет, сыпь

Clinical and epidemiologic features of varicella zoster in adults in Transcarpathia

A. Kogutich, P. Kish, V. Petrov, S. Turjanitsa

The adult population in Ukraine is enough often ill child's infectious diseases, including chicken-pox. The flow of clinical picture at adults and children has the row of features, is characterized more pronounced clinical picture, and also greater duration of medical treatment in the conditions of hospital. By us some literary facts relative to medical treatments of chicken-pox were confirmed, peroral reception of Acyclovir (on 20 mg/kg of masses) within the limits of 24 hours after development of disease, results in shortening of time of the noted fever on 1 day. Primary most patients who take medical help, it is the representatives of the organized collectives among them such who were already ill in childhood a chicken-pox are exposed.

Key words: varicella, virus, infection, immunity, rash