

Е.В. Рябоконт<sup>1</sup>, О.И. Гостищева<sup>2</sup>, Н.С. Ушенина<sup>1</sup>, Я.Х. Мензелейев<sup>2</sup>, А.Г. Глактионов<sup>1</sup>, Ю.Ю. Рябоконт<sup>1</sup>,  
О.М. Фирюлина<sup>2</sup>, О.П. Машко<sup>1</sup>, Л.А. Ушенина<sup>1</sup>

### Современные особенности течения ветряной оспы у взрослых

<sup>1</sup> Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup> Запорожская областная инфекционная клиническая больница

**Ключевые слова:** ветряная оспа, клиника у взрослых.

Ветряная оспа у взрослых чаще протекает в среднетяжелой форме с наличием продрома, обильной экзантемы с пустуляцией, вовлечением в процесс слизистых оболочек, длительным лихорадочным периодом, моноклеарной реакцией, формированием осложнений у каждого десятого больного. Тяжелое течение, как правило, развивается преимущественно на отягощенном преморбидном фоне.

#### Сучасні особливості перебігу вітряної віспи у дорослих

О.В. Рябоконт, О.І. Гостищева, Н.С. Ушенина, Я.Х. Мензелейев, А.Г. Глактионов, Ю.Ю. Рябоконт, О.М. Фирюлина, О.П. Машко, Л.А. Ушенина

Вітряна віспа у дорослих частіше перебігає у середньотяжкій формі з наявністю продрома, значної екзантеми з пуспуляцією, втягненням у процес слизових оболонок, тривалим періодом лихоманки, моноклеарною реакцією, формуванням ускладнень у кожного десятого хворого. Тяжкий перебіг, як правило, розвивається на обтяженому преморбидному фоні.

**Ключові слова:** вітряна віспа, клініка у дорослих.

**Патологія.** – 2010. – Т.7., №1. – С.

#### Modern features of chicken pox course in adult

Ryabokon E.V., Gostishcheva O.E., Ushenina N.S., Menzeleev Ja.H., Glaktionov A.G., Ryabokon Ju.Ju., Firyulina O.M., Mashko O.P., Ushenina L.A.

Chicken pox in adults more often has moderate course with prodromal period, a lot of rashes with pustulosis, involving mucous membrane, long fever period, mononuclear reaction. Every 10th patient has complications. Severe course as a rule was present in patients with additional diseases.

**Key words:** chicken pox, clinical picture in adults.

**Pathologia.** 2010; 7(1):

Ветряная оспа (ВО) – одна из наиболее широко распространенных высококонтагиозных инфекций, восприимчивость к которой достигает 95–100% [1,3,11]. ВО, прежде всего, заболевание детского возраста, с наиболее высоким уровнем в возрасте 1–9 лет [9]. В современных условиях отмечается «повзросление» данной инфекции. В Украине за последние годы возрастает заболеваемость ВО во всех возрастных группах с наиболее высокими показателями среди городских жителей [2].

Вирус Varicella-Zoster обладает эпителиотропностью и нейротропностью, однако возможна и генерализация процесса с поражением внутренних органов: печени, легких, желудочно-кишечного тракта [1]. Наиболее важными факторами риска, ассоциированными со степенью тяжести течения ВО, генерализацией процесса и смертельным исходом являются возраст (чем он больше) и нарушение функций иммунной системы [4].

**Цель работы:** проанализировать особенности клинического течения ветряной оспы у взрослых по данным Запорожской областной инфекционной клинической больницы.

#### Пациенты и методы

Под наблюдением в Запорожской областной инфекционной клинической больнице (ЗОИКБ) находилось 189 больных ВО в возрасте от 18 до 48 лет. Возрастной состав: 120 (63,8%) в возрасте 18–20 лет, 52 (27,6%) – от

21 до 30 лет, 14 (7,4%) – от 31 до 40 лет и 2 больных (1,1%) в возрасте 41 и 48 лет. Среди заболевших преобладали мужчины (145–76,7%), женщин было 44 (23,2%). Полученные данные обработаны методом вариационной статистики.

#### Результаты и обсуждение

В последние годы отмечено увеличение числа взрослых, госпитализированных с диагнозом ВО. Так, если в течение 2004–2005 годов было госпитализировано 32 пациента, то в 2007–2008 годах – 128 взрослых, заболевших ВО. Большинство больных (136 – 72,3 %) контактировали с больными ВО. Из них 79 (42%) – из организованных коллективов: 59 (31,4%) – военнослужащие, 20 (10,6%) – из студенческих общежитий. Отмечалась осенне-зимняя сезонность.

Анализ клинической симптоматики показал существенное преобладание среднетяжелых форм заболевания (177–94,1%). У 4 (2,2%) течение заболевания было легким, у 8 (4,2%) – тяжелое течение ВО. У одного пациента (0,5%) ВО завершилась летальным исходом.

Начало заболевания у 79 (42%) больных было подростым, продромальный период продолжался от 1 до 3 дней: больные отмечали слабость, субфебрилитет, головокружения, боли в горле, снижение аппетита. В последующем повышение температуры тела у большинства больных до фебрильных цифр (122–64,9%), гипертермия выше 40°C регистрировалась у 10 (5,3%).

Температура тела оставалась повышенной в течение 6–7 дней у половины больных (87–46%), у 7 (3,7%) больных – в течение 9–12 дней.

Период высыпаний у всех больных начинался с появления папулезных элементов сыпи, быстро превращающихся в везикулы и пустулы, на коже туловища, конечностей, затем на коже лица и волосистой части головы. У большинства больных сыпь была обильно, подсыпания продолжались в течение 4–6 суток и сопровождалась выраженным кожным зудом. В периоде высыпаний пустулизация отмечалась у 56 (29,8%) больных и сочеталась с продолжающейся лихорадкой на фебрильных цифрах с развитием стрептодермии у ряда больных.

Экзантема у каждого второго пациента (92–48,2%) сопровождалась появлением энантемы. Появление элементов сыпи на слизистой полости рта сопровождалось болью в горле, жжением и болезненностью во время глотания. У 11 (5,8%) больных в процесс вовлекалась слизистая глаз с развитием блефароконъюнктивита. Больных беспокоило слезотечение, рези и боли в глазах. У всех пациентов заболевание сопровождалось лимфаденопатией с преимущественным увеличением подчелюстных и заднешейных лимфатических узлов. У одного пациента развился выраженный правосторонний шейный лимфаденит.

У каждого десятого пациента со среднетяжелым течением заболевания ВО протекала на фоне сопутствующей патологии: туберкулеза легких, сифилиса, хронического вирусного гепатита, аутоиммунного тиреоидита, опухоли надпочечников. У одного (0,5%) пациента ВО протекала на фоне III стадии ВИЧ-инфекции: заболевание протекало в среднетяжелой форме, период высыпаний и лихорадки ограничивался 5–6 сутками, осложнений не было зарегистрировано.

У 4 (2,1%) пациенток в возрасте 22–27 лет ВО протекала на фоне беременности в сроках от 6 до 40 недель. У пациентки Г. 22 лет, находившейся на стационарном лечении с диагнозом «ветряная оспа, беременность 6 недель» на 6-й день болезни на фоне среднетяжелого течения ВО появились сильные боли внизу живота, кровавистые выделения из влагалища. В ургентном порядке больная была переведена в гинекологическое отделение, где был диагностирован «внебольничный аборт».

Пациентка К., 22 лет в сроке беременности 39 недель (за трое суток до родов) заболела ВО. Заболевание протекало в среднетяжелой форме. Принимая во внимание высокий риск инфицирования ребенка, перед родами матери проведена пассивная иммунизация. Ребенок родился в срок, в первые сутки жизни с профилактической целью ребенку также проведена пассивная иммунизация нормальным человеческим иммуноглобулином и курс интерферонотерапии. Однако, несмотря на профилактику, у ребенка на 11 день жизни развилась ВО, что потребовало повторной пассивной иммунизации, интерферонотерапии, противовирусного лечения ацикловиром. Заболевание ребенка завершилось выздоровлением.

ВО представляет серьезную опасность для будущих матерей, особенно в первые месяцы беременности, когда

возможно патологическое влияние на развитие плода, иногда выкидыш. Большинство женщин репродуктивного возраста имеют антитела к вирусу *Varicella-Zoster*, поэтому частота первичного инфицирования беременных невелика и составляет 0,5–0,7 случаев на 1000 беременностей [5]. При развитии ВО у женщины в первой половине беременности вероятность инфицирования плода составляет около 25%; синдром врожденной ветряной оспы развивается в 2% случаев [5,6]. А при развитии ВО у беременной в поздние сроки могут возникнуть тяжелые висцеральные формы ВО у новорожденных с высоким риском летального исхода [1]. Внутритробное инфицирование вирусом *Varicella-Zoster* детей, у матерей которых отсутствуют противовирусные антитела, может вызвать тяжелое заболевание с самым высоким риском развития тяжелого или фатального заболевания в случаях появления высыпаний у матери за 5 дней до родов или через 2 дня после них [7].

У 8 (4,2%) пациентов ВО протекала в тяжелой форме. Тяжелое течение характеризовалось гипертермией в пределах 39,5–40,3°C, выраженными симптомами интоксикации (слабость, головная боль, головокружение, отсутствие аппетита, нарушение сна), наличием обильной сыпи с пустуляцией. У 2 больных тяжелое течение ВО имело место в периоде проведения специфической экстренной профилактики бешенства. Среди пациентов с тяжелым течением заболевания у 3-х больных была сопутствующая патология (вегетососудистая дистония, хронический вирусный гепатит).

В гемограмме у 172 (91,5%) пациентов отмечался нормоцитоз или лейкопения (у 7 пациентов ниже  $3 \times 10^9/\text{л}$ ) с лимфоцитозом у 151 (85,6%) больных (у 21 больного лимфоцитоз в пределах 50–68%), у 13 (6,9%) зафиксирована мононуклеарная реакция с появлением в крови атипичных мононуклеаров от 7 до 12%. Палочкоядерный сдвиг влево зарегистрирован у 134 (71,3%) больных (у 19 пациентов от 16 до 38%).

Осложнения выявлены у каждого десятого больного (22–11,7%). Из них у 5 (5,8%) развилась токсическая энцефалопатия, у 4 (2,1%) – токсический гепатит, у 11 (5,8%) имели место осложнения, связанные с присоединением вторичной бактериальной микрофлоры (пневмония, бронхит, ангина). В одном случае ВО осложнилась развитием менингоэнцефалита.

Пример. Больная Х., 19 лет, заболела с появления озноба, недомогания, на 2 день появились элементы сыпи на лице, груди, плечах, ногах. В эпидемиологическом анамнезе: студентка, проживает в общежитии, где есть случаи ВО. При поступлении температура тела 37,1°C, на коже лица, груди, плечах, верхних и нижних конечностей не множественные папулы; на слизистой полости рта единичные везикулы. Была назначена патогенетическая терапия. В последующие 6 дней на фоне субфебрильной температуры тела продолжали появляться новые элементы сыпи. С 5 дня болезни появилось головокружение, однократно рвота, объективно выявлена шаткость походки, асимметрия носогубной складки справа, положительный симптом Кернига, помахивание при выполнении пальценосовой пробы. В спинномозговой жидкости

– цитоз 14 клеток в 1 мкл за счет лимфоцитов 100%, белок – 0,099 г/л. По результатам магнитно-резонансной томографии головного мозга картина вирусного поражения корковых отделов правой лобно-височной области: отмечается очаг патологической интенсивности сигнала в проекции корковых отделов правой лобно-височной области, прилегающей к Сильвиевой щели, линейной формы до 16x4 мм. Диагностирован менингоэнцефалит, что потребовало проведения курса противовирусного лечения ацикловиром.

Летальный исход заболевания был зарегистрирован в одном случае. Больной Р., 42 лет заболел остро с появления единичных высыпаний на коже, повышения температуры тела до 38°C. В эпидемиологическом анамнезе контакт со своими тремя детьми, которые в течение 2-х недель один за другим переболели ВО. Лечился амбулаторно. В последующие трое суток удерживалась гипертермия 39–40°C, усилились высыпания, появилась слабость, анорексия, тяжесть в эпигастрии. На 5-й день болезни самочувствие резко ухудшилось: гипертермия 40°C, появилась одышка, сухой кашель, головокружение, усилилась слабость, в связи с чем больной был госпитализирован в ЗОИКБ. При поступлении состояние больного тяжелое за счет выраженного интоксикационного синдрома; на коже лица, туловища, конечностей, волосистой части головы очень обильная с геморрагическим компонентом полиморфная сыпь (папулы, везикулы, пустулы); на слизистой ротоглотки множественные везикулы, эрозии; аускультативно над легкими в нижних отделах дыхание ослаблено, выслушивается крепитация, частота дыханий 24 в минуту; при пальпации живота болезненность в эпигастрии, печень увеличена на 4 см, плотной консистенции. Диагностирована «ветряная оспа, тяжелое течение. Внегоспитальная пневмония, дыхательная недостаточность. Хронический гепатит? Цирроз печени?». Лабораторно: лейкоцитоз 16,8x10<sup>9</sup>/л, палочкоядерный сдвиг влево (24%), нейтропения (45%), лимфоцитоз (51%); увеличение уровня мочевины до 10,2 ммоль/л, креатинина – до 158,0 мкмоль/л; увеличение активности АлАТ до 5,2 ммоль/ч.л., показателя тимоловой пробы – до 7,0 ед.; кровь не сворачивается. В маркерах вирусных гепатитов позитивны anti-HCV. По данным рентгенографии легких: двусторонняя пневмония, респираторный дистресс синдром III ст. По данным ультразвукового исследования увеличение в размерах печени и селезенки, повышение эхогенности паренхимы печени, портальная гипертензия. Лечение пациента проводилось в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Через 11 часов от начала терапии отмечено ухудшение состояния пациента за счет нарастания дыхательной недостаточности, прогрессирования ДВС-синдрома, усиления эндогенной интоксикации и нарастания признаков токсико-гипоксической энцефалопатии. Несмотря на проводимую в течение суток интенсивную терапию, заболевание завершилось летально. Патологоанатомический диагноз:

*Основной:* Ветряная оспа, генерализованная форма с

поражением кожи, слизистой глотки, гортани (рис. 1), легких (рис. 2), печени, поджелудочной железы (рис. 3), тонкого и толстого кишечника, миокарда.



Рис. 1. Поверхностный некроз участков слизистой оболочки надгортанника с кровоизлияниями, лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией, с отслойкой покровного плоского эпителия. Окраска гематоксилин-эозином, ув. х 200.

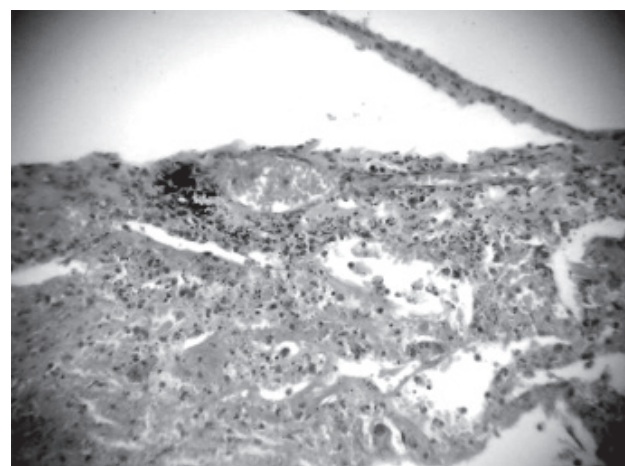


Рис. 2. Очаг некроза легочной ткани с отслойкой висцеральной плеврой. Окраска гематоксилин-эозином, ув. х 200.

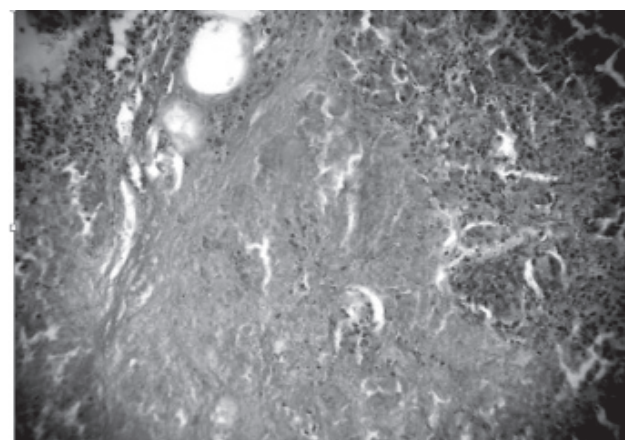


Рис. 3. Очаг некроза паренхимы поджелудочной железы со слабой перифокальной клеточной лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией. Окраска гематоксилин-эозином, ув. х 200.

**Осложнения:** Паренхиматозная дистрофия печени, почек, миокарда, респираторный дистресс-синдром. Двухсторонний серозно-геморрагический экссудативный плеврит. Отек головного мозга. ДВС-синдром, жидкое состояние крови, небольшое желудочное кровотечение (300 мл).

**Фон:** Мелкоузловой цирроз печени вследствие хронического гепатита С, асцит, спленомегалия (890 г), варикозное расширение вен пищевода и желудка.

Как видно из приведенного клинического наблюдения, у больного Р., 42 лет на фоне вторичного иммунодефицита, обусловленного хроническим гепатитом С с исходом в цирроз печени имело место развитие генерализованной формы ВО, что в конечном итоге привело к полиорганной недостаточности в условиях висцеральных поражений, что и обусловило летальный исход болезни.

По мнению авторов [1,7,10], злокачественные формы болезни наблюдаются у лиц с иммунодефицитными состояниями из-за повышенного риска диссеминации вируса с поражением внутренних органов. Однако в литературе есть и другие мнения. По данным [4,8] 70% всех случаев смерти от ВО регистрируется при отсутствии сопутствующей патологии, характерной для групп высокого риска (включая ВИЧ-инфекцию и другие формы иммунодефицитных заболеваний).

#### Выводы

1. ВО у взрослых протекает преимущественно в среднетяжелой форме (94,1%) с наличием продрома (42%), обильной экзантемы с пустуляцией, вовлечением в процесс слизистых оболочек (54%), длительным (от 6 до 12 дней) лихорадочным периодом, мононуклеарной реакцией (6,9%), формированием осложнений у каждого десятого больного.

2. Тяжелое течение ВО у взрослых развивается преимущественно на отягощенном преморбидном фоне: период

проведения экстренной специфической профилактики (25%), сопутствующая патология (37,5 %).

3. Генерализация ВО с последующим летальным исходом имела место у одного пациента (0,5%) на фоне впервые выявленного хронического гепатита С с переходом в цирроз печени.

#### Литература

1. Гранитов В.М. Герпесвирусная инфекция / В.М. Гранитов // М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА. – 2001. – С 17-24.
2. Зубленко О.В. Вітряна віспа в Україні та сучасний підхід до її профілактики / О.В. Зубленко // Сімейна медицина. – 2006. – № 2. – С. 90-92.
3. Кускова Т.К. Ветряная оспа / Т.К. Кускова, Е.Г. Белова, Т.Э. Мигманов // Лечащий врач. – 2004. – № 1. – С. 30-34.
4. 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.
5. Brunell P.A. Varicella in pregnancy, the fetus and the newborn: problems in management / P.A. Brunell // J Infect Dis. – 1992. – Vol. 166. – P.42-47.
6. Harger J.H. Frequency of congenital varicella syndrome in a prospective cohort of 347 pregnant women / J.H. Harger, J.M. Ernest, G.R. Thurnau // Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 100. – P. 260-265.
7. Heininger U. Varicella / U. Heininger, J.F. Seward // Lancet. – 2001. – Vol. 368. – P. 1365-1376.
8. Meyer P.A. Varicella mortality: trends before vaccine licensure in the United states, 1970-1994 / P.A. Meyer, J.F. Seward, A.O. Jumaan // J. Infect. Dis. – 2000. – P. 383-390.
9. Ross A.M. Chickenpox increasingly affects preschool children / A.M. Ross, D.M. Fleming // Commun Dis Public Health. – 2000. – Vol. 3. – P. 213-215.
10. Saitou-M. Two cases of severe adult varicella pneumonia / Saitou-M., Niitsuma-K., Kasukawa-R. // Nihon-Kokyuki-Gakkai-Zasshi. – 1998. – Vol. 36 (3). – P. 251-255.
11. Seward J.F. Contagiousness of varicella in vaccinated cases, a household contact study / J.F. Seward, J.X. Zhang, T.J. Maupin // JAMA. – 2004. – Vol. 292. – P. 704-708.

#### Сведения об авторах:

Рябокоть Е.В., д.мед.н., зав. кафедрой инфекционных болезней ЗГМУ.

Гостищева О.И., зав. приемным отделением ЗОИКБ.

Ушенина Н.С., доцент кафедры инфекционных болезней ЗГМУ.

Мензелей Я. Х., патологоанатом ЗОИКБ.

Глактионов А.Г., к.мед.н., ассистент кафедры инфекционных болезней ЗГМУ.

Рябокоть Ю.Ю., к.мед.н., ассистент курса детских инфекционных болезней ЗГМУ.

Фирюлина О.М., зав. отделением нейроинфекций ЗОИКБ.

Машко О.П., ассистент кафедры инфекционных болезней ЗГМУ.

Ушенина Л. А., ассистент кафедры инфекционных болезней ЗГМУ.

**Адрес для переписки:** Рябокоть Елена Вячеславовна, 69035, Запорожье, проспект Маяковского, 26, кафедра инфекционных болезней ЗГМУ, тел. (061)-224-07-88.