

Клинический опыт применения наружного спрея у детей с ветряной оспой

А. Н. Григоренко, Е. Г. Педченко

Ветряная оспа — вирусное заболевание, характеризующееся умеренно выраженной общей интоксикацией, доброкачественным течением, везикулезной экзантемой, длительной персистенцией вируса в виде латентной инфекции, при активации которой (чаще после 60 лет) протекает в виде опоясывающего лишая (опоясывающего герпеса) [1].

Ветряная оспа была описана итальянскими врачами V. Vidius и F. Ingrassia еще в XVI веке. Однако ее рассматривали как легкий вариант натуральной оспы. После эпидемии натуральной оспы в 1863–1874 гг. ветряная оспа была признана самостоятельным заболеванием. В нашей стране большой вклад в изучение этой инфекции внесли Н. Ф. Филатов, В. Н. Верцнер, Т. Т. Струке, М. А. Скворцов, А. Г. Рахманова, Ю. В. Лобзин, Б. М. Тайц [2].

Заболеваемость ветряной оспой остается высокой в связи с отсутствием массовой активной иммунизации детей. Всего в 2018 г. Роспотребнадзор зарегистрировал 837 829 случаев заболевания (571,22 случая на 100 000 населения), из них 768 762 случая у детей в возрасте до 14 лет (около 3000 случаев на 100 000 детей этого возраста или более 91% всех заболевших). Показатель заболеваемости ветряной оспой у взрослых находится в интервале от 300 до 800 и более на 100 000 населения, у детей составляет 7000 на 100 000 детского населения [3].

Ветряная оспа относится к детским инфекциям с очень высокой контагиозностью. Дети первых 2–3 месяцев жизни болеют редко, но при отсутствии иммунитета у матери могут заболеть даже новорожденные. После перенесенной инфекции формируется прочный иммунитет. Крайне редки повторные заболевания.

Единственный источник инфекции — больной человек, в том числе и больной опоясывающим герпесом. Инкубационный период — от 10 до 21 дня.

Возбудитель — вирус герпеса 3-го типа. Содержит ДНК, размеры нуклеокапсида — 150–200 нм. Малоустойчив во внешней среде. Инфекция передается воздушно-капельным путем, при этом возможно заражение с током воздуха на большом расстоянии (до 20 метров), «переносится ветром», что объясняет название болезни. Возможно также заражение контактным путем и трансплацентарным — от матери к плоду. Больной заразен за 2 суток до появления сыпи и до 5-го дня со времени появления последнего элемента.

Основные патоморфологические изменения отмечаются в коже и слизистых. Кроме того, вирус нейротропен. Количество элементов у пациентов различно — описано появление максимально до 800 элементов. Характерен ложный полиморфизм сыпи — поскольку высыпания появляются толчкообразно и кожные элементы проходят следующие стадии развития: пятно, папула, везикула, корочка; а в случае нагноения везикулы — пустула с глубоким поражением кожи, что может приводить к образованию небольших западений в центре пустулы и, соответственно, рубца.

В соответствии с классификацией типичная (кожная) форма по тяжести подразделяется на легкую, среднетяжелую и тяжелую. К атипичной форме относят рудиментарную, геморрагическую, гангренозную, генерализованную (висцеральную) форму [4].

Осложнения редки и подразделяются на специфические, связанные с непосредственным действием вируса: энцефалит, менингоэнцефалит, миелит, пневмония, нефрит, миокардит, кератит, синдром Рея, артриты, ларингит; и неспецифические, обусловленные присоединением бактериальной инфекции: флегмона, абсцесс, стрептодермия, импетиго, стоматит, рожа, конъюнктивит, лимфаденит.

Диагностика основана на типичной клинической картине. В повседневной практике применяются специфические методы лабораторной диагностики (микроскопический — выявление телец Арагана (скопления вируса) в окрашенных серебрением по Морозову мазках жидкости везикул при обычной или электронной микроскопии; полимеразная цепная реакция для выявления ДНК вируса в везикулярной жидкости и крови, серологическая диагностика — реакция связывания комплемента и иммуноферментный анализ, иммунофлюоресцентный метод для определения ветряночного антигена в мазках-отпечатках из содержимого везикул. Вирус можно выделить на эмбриональных культурах клеток человека.

В лечении пациентов с ветряной оспой очень важно соблюдать гигиенические мероприятия, цель которых — предотвращение вторичной инфекции. В период высыпания и лихорадки требуется соблюдение постельного режима. Элементы сыпи смазывают раствором анилиновых красителей. Показаны антигистаминные препараты. Эффективны в отношении лечения ветряной оспы противовирусные препараты (ацикловир, видарабин), применяют интерфероны, иммуностимуляторы — меглюмина акридонацетат (Циклоферон).

При тяжелой форме заболевания с выраженными симптомами интоксикации проводится дезинтоксикационная терапия. Антибиотики при ветряной оспе назначают в случае присоединения вторичной бактериальной инфекции и гнойных осложнений.

Поскольку высыпания при ветряной оспе, как правило, сопровождаются выраженным зудом, актуальным в местной терапии является применение средства, уменьшающего интенсивность, купирующего зуд и одновременно позволяющего предупредить вторичную бактериальную инфекцию [5].

Целью нашего исследования было оценить клиническую эффективность местного применения спрея для кожи Ветригард у детей, больных ветряной оспой.

Спрей Ветригард образует защитный слой на инфицированной коже, действуя как барьер, обеспечивает защиту кожных покровов, профилактику инфекции, оказывает успокаивающее и охлаждающее действие, мгновенно снимая за счет этого зуд и тем самым предотвращая появление рубцов.

Механизм действия обусловлен составом спрея Ветригард (комплекс на основе растительных экстрактов листа оливкового дерева и спирулины, обладающий доказанной противомикробной активностью (в том числе против *Staphylococcus aureus*)). Оксид цинка — обладает подсушивающим и заживляющим действием. Бисаболол — оказывает успокаивающий и противовоспалительный эффект. Глицерин — обеспечивает увлажнение. Полидеканол — местно-анестезирующий и обезболивающий эффект [6].

Под нашим наблюдением находилось 30 детей, больных ветряной оспой (табл. 1): от 6 месяцев до 1 года — девочек — 3, мальчиков — 4; от 1 года до 3 лет — 4 девочки и 5 мальчиков; от 4 до 7 лет — соответственно 4 и 7; мальчик 11 лет и 2 девочки 9 и 14 лет.

Школьников — 5 человек; посещающих детский сад — 8; не посещающих детские организованные коллективы — 17 человек.

Пациенты находились на лечении в детском инфекционном (боксированном) отделении городской многопрофильной клинической больницы № 20 г. Ростов-на-Дону.

Все дети заболели остро. Госпитализированы в среднем на третий день заболевания (самое раннее — в первый день, максимально — в пятый день). Среднее время пребывания в стационаре составило 8 суток (минимально — 6, максимально — 13 суток).

У 25 детей (83,33%) выставлен диагноз «ветряная оспа, типичная форма, среднетяжелое течение»; у 1 ребенка (3,33%) — легкое течение; у 4 (13,33%) — тяжелое.

У мальчика 7 лет, с легким течением ветряной оспы (госпитализация по эпидемическим показаниям), синдром интоксикации был выражен незначительно, повышение температуры даже на фоне высыпания не превышало 38,5°С.

У всех пациентов со среднетяжелым течением заболевания — с первого дня болезни отмечался умеренно выраженный синдром интоксикации: повышение температуры тела — максимум до 39°С, слабость, вялость, снижение аппетита. У детей раннего возраста отмечались капризность, раздражительность, беспокойство. Школьники жаловались на головную боль.

У детей с тяжелым течением ветряной оспы наблюдалась выраженная интоксикация. Лихорадка превышала 39,6°С, экзантема обильно покрывала всю поверхность тела, на слизистых оболочках также множественные пузырьковые высыпания. У мальчика (2 года 7 месяцев) заболевание с первого дня осложнилось флегмоной правого бедра, что потребовало при поступлении в детское инфекционное отделение консультации детского хирурга и соответствующего оперативного лечения.

Чаще всего экзантема появлялась на второй день заболевания на фоне лихорадки около 39°С — у 21 ребенка (70%). Однако у 5 детей (16,7%) высыпание появилось в первый день, а у 4 (13,3%) детей высыпания были замечены в третий день болезни.

Существовали определенные трудности в объективной оценке интенсивности зуда, поскольку группы пациентов (и исследуемая, и контрольная) были неоднородны по возрастному составу, представлены большим количеством детей раннего возраста.

Лечебные мероприятия проводились в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом лечения) оказания медицинской помощи детям, больным ветряной оспой. Объем медикаментозной терапии зависел от тяжести состояния. В качестве противовирусного препарата назначался ацикловир в возрастной дозировке. По показаниям назначалась с дезинтоксикационной целью инфузионная терапия, парентальная антибактериальная терапия, антигистаминные препараты — хлоропирамин (Супрастин, таблетки), цетиризин (Зодак, капли для орального применения), симптоматическая терапия — жаропонижающие препараты [7].

В качестве антисептика и дезинфицирующего препарата для туширования элементов сыпи в контрольной группе применяли 1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого, а в исследуемой группе — спрей Ветригард для кожи. Спрей наносили детям на кожу 3 раза в день, распыляя с расстояния 10–15 см.

У всех пациентов кожный зуд купировался в первый день лечения. Появление корочки на месте везикул — через день у 16 детей (53,3%), через 2 дня — у 14 (46,7%).

Таблица 1

Распределение детей по возрасту в исследуемой группе (n = 30)

Пол	6 мес — 1 год	1–3 года	4–7 лет	Старше 7 лет
Девочки	3	4	4	2
Мальчики	4	5	7	1

Таблица 2

Распределение детей по возрасту в контрольной группе (n = 26)

Пол	6 мес — 1 год	1–3 года	4–7 лет	Старше 7 лет
Девочки	2	2	3	1
Мальчики	6	7	3	2

Таблица 3

Динамика элементов сыпи в исследуемой и контрольной группах детей

Сроки появления корочки	Исследуемая группа (n = 30)	Контрольная группа (n = 26)
Через 1 день	У 16 детей (53,3%)	–
Через 2 дня	У 14 (46,7%)	1 (3,8%)
Через 3 дня	–	7 (27%)
Через 4 дня	–	9 (34,6%)
Через 5 дней	–	9 (34,6%)

Таблица 4

Динамика кожного зуда в исследуемой и контрольной группах детей

Сроки купирования зуда	Исследуемая группа (n = 30)	Контрольная группа (n = 26)
Первый день	У 30 детей (100%)	–
Второй день	–	–
Третий день	–	11 (42,3%)
Четвертый день	–	11 (42,3%)
Пятый день	–	4 (15,4%)

Контрольную группу составили 26 детей, единственным отличием в лечении которых был препарат для местной обработки кожных покровов: пациенты получали традиционный 1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого 3 раза в день (от 6 месяцев до 1 года — девочек — 2, мальчиков — 6; от 1 года до 3 лет — 2 девочки и 7 мальчиков; от 4 до 7 лет — по трое детей разного пола; мальчики 11 лет и 9 лет и девочка 10 лет) (табл. 2).

У 4 детей (15,4%) диагностировано легкое течение, у 21 ребенка (80,8%) — среднетяжелое течение ветряной оспы и у 1 (3,8%) — тяжелое. Появление корочки в контрольной группе наблюдалось в среднем на четвертый день (от третьего до пятого дня) от начала лечения. Исчезновение зуда — в среднем через 3,7 суток (от третьего до пятого дня) (табл. 3, 4).

При этом пациенты контрольной группы отмечали неприятное чувство жжения, которое ненадолго появлялось после применения 1% спиртового раствора бриллиантового зеленого, чувство сухости, «стянутости» кожи, а также нежелательный косметический эффект в связи с длительным присутствием на коже («трудно отмыть»), особенно на открытых частях тела (на лице).

Никаких нежелательных реакций (местных или общих), связанных с гиперчувствительностью к препаратам ни в исследуемой (применение спрея Ветригард), ни в контрольной (1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого) группах пациентов не отмечалось.

Таким образом, результаты сравнения итогов местного лечения 1% спиртового раствора бриллиантового зеленого и спрея для кожи Ветригард детей, больных ветряной оспой, следующие:

1. Кожный зуд купируется значительно быстрее при применении спрея Ветригард — у всех детей в первые сутки (практически «мгновенно»). При применении 1% спиртового раствора бриллиантового зеленого — в среднем на 3,7 суток.
2. Корочки на месте везикул образуются быстрее при применении спрея Ветригард — на первый-второй дни лечения. Появление корочки в контрольной группе наблюдалось в среднем на четвертый день.
3. Дополнительными положительными эффектами при использовании спрея Ветригард (в отличие от 1% спиртового раствора бриллиантового зеленого) можно считать: отсутствие чувства сухости, «стянутости» кожи; дополнительное увлажнение; отсутствие чувства жжения, появляющегося сразу после туширования элементов сыпи; отсутствие нежелательного косметического эффекта; легко отстирываются одежда, нижнее и постельное белье, так как спрей Ветригард — бесцветный.

Литература

1. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю. В. Лобзина. СПб, 2001. С. 429.
2. Инфекционные болезни у детей: Учебник для педиатрических факультетов / Под ред. проф. В. Н. Тимченко и проф. Л. В. Быстрыковой. 2001.
3. Харченко Г. А., Кимирилова О. Г. Течение ветряной оспы у взрослых и детей // Детские инфекции. 2017. С. 56–60.
4. Учайкин В. Ф., Нисевич Н. И., Шамшева О. В. Инфекционные болезни у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 688 с.
5. Инфекционные болезни у детей / Под ред. Э. Н. Симованьян. Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. 766 с.
6. Инструкция к препарату «Ветригард спрей».
7. Лобзин Ю. В. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным ветряной оспой. ГБОУ ВПО СПбГПМУ МЗ РФ, ФГБУ НИИДИ ФМБА РОССИИ, 2015.

Е. Г. Педченко*¹, кандидат медицинских наук
А. Н. Григоренко**

* **МБУЗ КДЦ «Здоровье»**, Ростов-на-Дону

** **МБУЗ ГБ № 20**, Ростов-на-Дону

¹ Контактная информация: egped@yandex.ru

DOI: 10.26295/OS.2019.60.92.010

Клинический опыт применения наружного спрея у детей с ветряной оспой/ Е. Г. Педченко, А. Н. Григоренко
Для цитирования: Лечащий врач № 11/2019; Номера страниц в выпуске: 39-41
Теги: ветряная оспа, детские инфекции, иммунитет