

НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА

Натуральная оспа (*variola*) - острое высококонтагиозное вирусное заболевание, протекающее с тяжелой интоксикацией и развитием везикулезно-пустулезных высыпаний на коже и слизистых оболочках.

Исторические сведения. С древнейших времен натуральная оспа была известна в Китае, Индии, Египте. В VI в. она проникла в Европу, а в XVI-XVII вв. распространилась по всему миру. Только в Европе в отдельные годы оспой болели около 10 млн человек, из них умерло 25-40 % заболевших.

В 1919 г. В. И. Ленин подписал декрет об обязательном оспопрививании и с 10 апреля этого года была введена всеобщая вакцинация населения Советской России. В 1925 г. в СССР введена ревакцинация против оспы. В результате государственных мероприятий по борьбе с этим заболеванием к 1937 г. натуральная оспа в нашей стране была полностью ликвидирована.

На XI сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) в 1958 г. Советское правительство внесло предложение о проведении всемирной программы ликвидации оспы. В результате глобальных усилий международной и национальных систем здравоохранения по реализации этой программы в начале резко снизилось число стран, эндемичных по оспе, а затем заболеваемость натуральной оспой была полностью ликвидирована. В мае 1980 г. на XXXIII сессии ВАЗ был подписан сертификат о ликвидации оспы на Земле. С этого года в СССР обязательная вакцинация против этого заболевания прекращена.

Этиология. Возбудитель натуральной оспы - *Orthopoxvirus variola* из рода *Orthopoxvirus*, семейства *Poxviridae* - представлен двумя разновидностями:

- а) *O. variola var. major* - собственно возбудитель натуральной оспы;
- б) *O. variola var. minor* - возбудитель алястрима, доброкачественной формы оспы человека в странах Южной Америки и Африки.

Возбудитель натуральной оспы относится к ДНК-содержащим вирусам размерами 240-269 x 150 нм, вирус обнаруживается в световом микроскопе в виде телец Пашена. Возбудитель оспы устойчив к воздействию различных физических и химических факторов, при комнатной температуре он не утрачивает жизнеспособности даже через 17 мес.

Эпидемиология. Натуральная оспа относится к особо опасным инфекциям. Резервуар и источник вирусов - больной человек, который является заразным с последних дней периода инкубации до полного выздоровления и отпадения корочек. Максимальная заразность отмечается с 7-9-го дня болезни. Заражение оспой происходит воздушно-капельным, воздушно-пылевым, контактно-бытовым, инокуляционным и трансплацентарным путями. Наибольшее значение имеет воздушно-капельный путь передачи вирусов натуральной оспы. Восприимчивость людей к натуральной оспе абсолютная. После перенесенного заболевания сохраняется стойкий иммунитет.

Патогенез и патологическая анатомия. После проникновения в организм человека вирус реплицируется в регионарных лимфатических узлах, затем с кровью (первичная вирусемия) проникает во внутренние органы, где реплицируется в элементах системы мононуклеарных фагоцитов (в течение 10 дней). В дальнейшем наступает генерализация инфекции - вторичная вирусемия, что соответствует началу клинической манифестации болезни.

Обладая выраженным тропизмом к тканям эктодермального происхождения, вирус вызывает в них отек, воспалительную инфильтрацию, балонирующую и ретикулярную дегенерацию, что проявляется высыпаниями на коже и слизистых оболочках. При всех формах болезни развиваются паренхиматозные изменения во внутренних органах.

Клиническая картина. Различают следующие формы болезни:

1. *тяжелые* - геморрагическая оспа (оспенная пурпура, пустулезно-геморрагическая, или черная, оспа) и сливная оспа;
2. *средней тяжести* - рассеянная оспа;
3. *легкие* - вариолоид, оспа без сыпи, оспа без температуры.

Клиническое течение натуральной оспы можно разделить на ряд периодов.

Инкубационный период продолжается в среднем 9-14 дней, но может составлять 5-7 или 17-22 дня.

Продромальный период длится 3-4 дня и характеризуется внезапным повышением температуры, болями в поясничной области, миалгиями, головной болью, часто рвотой. В течение 2-3 сут у половины больных появляется кореподобная или скарлатиноподобная сыпь, локализуемая преимущественно в области бедренного треугольника Симона и грудных треугольников. К концу продромального периода температура снижается; при этом на коже и слизистых оболочках появляется оспенная сыпь.

Период высыпания характеризуется повторным постепенным повышением температуры и этапным распространением оспенной сыпи, вначале сыпь возникает на лице, затем на туловище, на конечностях, поражая ладонные и подошвенные поверхности, максимально сгущаясь на лице и конечностях. На одном участке сыпь всегда мономорфна. Элементы сыпи имеют вид пятен розового цвета, быстро превращающихся в папулы, а спустя 2-3 дня в оспенные пузырьки, имеющие многокамерное строение с пупковидным втяжением в центре элемента и окруженные зоной гиперемии.

С 7-8-го дня болезни развивается нагноение оспенных элементов, сопровождающееся значительным подъемом температуры, резким ухудшением состояния больного. Пустулы теряют многокамерное строение, спадаются при проколе, крайне болезненны. К 15-17-му дню пустулы вскрываются, подсыхают с образованием корочек, при этом болевые ощущения уменьшаются, появляется нестерпимый кожный зуд.

В течение 4-5-й недели болезни на фоне нормальной температуры тела отмечаются интенсивное шелушение, отпадение корочек, на месте которых остаются глубокие белесоватые рубчики, придающие коже шероховатый (рябой) вид. Длительность болезни при неосложненном течении 5-6 нед. Наиболее тяжело протекают геморрагические формы оспы, нередко сопровождающиеся развитием инфекционно-токсического шока.

При неосложненном течении болезни летальность достигала 15 %, при геморрагической форме колебалась от 70 до 100 %.

Диагностика натуральной оспы основывается на данных эпидемиологического анамнеза, результатах клинического обследования. Специфическая диагностика предполагает выделение вируса из элементов сыпи (электронная микроскопия), заражение куриных эмбрионов и обнаружение антител к вирусу оспы (с помощью РНГА, РТГА и метода флуоресцирующих антител).

Лечение. Применяется комплексная терапия, включающая использование противооспенного гамма-глобулина, метисазона, антибиотиков широкого спектра и дезинтоксикационных средств.

Профилактика. Следует изолировать больных, а также проводить в течение 14 дней обсервацию контактных лиц с вакцинацией их. В полном объеме осуществляются карантинные мероприятия.

Источник: Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 560 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).