

## ВЕТРЯНАЯ ОСПА У РЕБЕНКА ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница»

**G.M. Lagir, R.N. Mankevich, V.N. Miclashevskaya**  
**CHICKEN-POX OF FIRST MONTH OF LIFE CHILD**

Ветряная оспа – типичное заболевание детского возраста, хотя может встречаться и среди взрослых. Так, в 2010 году в Республике Беларусь заболеваемость ветряной оспой составила среди детей в возрасте от 0 до 17 лет 2672,7 на 100 тыс. детского населения, среди взрослых – 355,7 на 100 тыс. Болеют преимущественно дети дошкольного возраста. Дети первых шести месяцев жизни ветряной оспой болеют крайне редко, что обусловлено наличием иммунитета, передаваемого от матери. Однако у 5 – 16 % беременных женщин антитела к вирусу ветряной оспы отсутствуют [3]. При заболевании беременной в первые 20 недель гестации в 1 – 2 % случаев возможно развитие синдрома врожденной ветряной оспы. Далее опасность значительно убывает, но в целом сохраняется до 28-ой недели. В более поздние сроки беременности поражения плода обычно бессимптомны, однако у ребенка сохраняется повышенный риск раннего развития *herpes zoster*. При заболевании ветряной оспой беременной женщины в последние дни перед родами ребенок рождается с типичными проявлениями инфекции или последние появляются в течение первых 1 – 1,5 недель жизни – неонатальная ветряная оспа. Заболевание протекает особенно тяжело в случае, если ветряная оспа у матери возникла в период между 5 днями до и 2 днями после родов. В этом случае обычны висцеральные поражения, а летальность может достигать 30% [2]. В литературе описываются единичные случаи заболевания ветряной оспой детей в возрасте до 1-го месяца [1]. В связи с этим определенный интерес представляет случай ветряной оспы у ребенка 20 дней, поступившего в Городскую детскую инфекционную клиническую больницу г. Минска.

**Девочка Ш.** родилась 21.10.2010 г. от 1-ой беременности в сроке 35 недель с массой тела 3070 г. Переведена в ОИТР в первые сутки в связи с асфиксией в родах. Из роддома выписана на 7-е сутки. Находилась на естественном вскармливании. Заболела 06.11.10 г. остро (в возрасте 16 дней) с появлением единичных элементов сыпи, количество которых увеличивалось в течение 4-х дней 07.11.10 – 10.11.10 – новые элементы сыпи, ночью 10.11.10 повысилась температура до 38,2°C. Вызвали бригаду врачей скорой помощи, и ребенок госпитализирован в ДИКБ. Контакт с инфекционными больными – мама ребенка на 7 день после родов заболела ветряной оспой. При поступлении в стационар 10.11.10 г. состояние ребенка оценено как тяжелое, тяжесть обусловлена интоксикацией, обилием сыпи и наличием инфицированных элементов. Температура тела 37,8°C. Масса тела 3400 г, большой родничок 2 х 2 см, не напряжен, АД 90/40 мм рт. ст. Кожные покровы иктеричные, на волосяной части головы, лице, туловище, конечностях обильные элементы везикулезной сыпи, единичные эрозии; в области промежности, бедер, лица – более крупные элементы диаметром до 5 – 7 мм с мутным, гнойным содержимым. Дыхание через нос свободное, отделяемого из носовых ходов нет. При осмотре полости рта на слизистой оболочке единичные эрозии, неяркая

гиперемия дужек зева. Периферические лимфатические узлы не увеличены, дыхание в легких пуэрильное, ЧД – 46 дых./мин, тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 150 уд./мин, живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, перистальтика обычная. Печень выступает на 2 см из-под края правой реберной дуги, селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме. По результатам клинического осмотра выставлен диагноз: Ветряная оспа, типичная форма, инфицированная, тяжелое течение (В 01.8). Конъюгационная желтуха, затяжное течение. Недоношенность 35 недель.

Учитывая тяжесть состояния, возможность генерализации процесса, необходимость динамического наблюдения ребенок был госпитализирован в отделение интенсивной терапии и реанимации.

Общий анализ крови от 10.11.10 г.: эр.  $4,99 \times 10^{12}$ /л, Hb 173 г/л, тромб.  $274 \times 10^9$ /л, лейкоц.  $12,5 \times 10^9$ /л, э. 2 %, п. 1 %, с. 29 %, л. 64 %, м. 4 %, СОЭ 1 мм/ч.

Общий анализ мочи от 10.11.10 г. без патологических изменений.

Биохимический анализ крови от 10.11.10 г.: общий белок 54,9 г/л, альбумин 40 г/л, мочевина 1,83 ммоль/л, креатинин 37 мкмоль/л, СРБ < 6 г/л, АСЛ-О < 200 IU/мл, билирубин общий 94,8 мкмоль/л (связанный 7,0 мкмоль/л, свободный 87,8 мкмоль/л), глюкоза 4,5 ммоль/л, щелочная фосфатаза 224 ЕД/л, ГГТП 79,7 ЕД/л, АСТ 114 ЕД/л, АЛТ 26 ЕД/л, калий 5,2 ммоль/л, кальций 2,12 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, хлориды 102 ммоль/л, сыв. железо 14,8 мкмоль/л, КК-МВ 50 ЕД/л. Биохимический анализ крови от 17.11.10 г.: билирубин общий 19,8 мкмоль/л (связанный 5,8 мкмоль/л, свободный 14,0 мкмоль/л), ГГТП 64 ЕД/л, АСТ 29 ЕД/л, АЛТ 12 ЕД/л, СРБ 3,4, сыв. железо 12,2 мкмоль/л.

Осмотр ЛОР 11.11, 19.11.10 – ЛОР органы без патологии. Рентгенограмм органов грудной клетки 23.11.10 – без патологии. Посев мочи на флору от 23.11.10 – стерильно. Кровь на вирус простого герпеса I и II типа методом иммунофлюоресценции от 24.11.10 – антигены ВПГ I и II типа не обнаружены. Кровь на вирус краснухи (ИФА) 24.11.10 – IgM – отрицательные, IgG – положительные. Кровь на цитомегаловирус (ИФА) от 24.11.10 – IgM – отрицательные, IgG – положительные. Кровь на *Chlamidia trachomatis* (ИФА) 24.11.10 – IgM – отрицательные, IgG – 1:10 (слабоположительные).

Проведено следующее лечение: виролекс 60 мг – 3 раза в день в/в 10-11.11, ацикловир 60 мг – 3 раза в день в/в 11-23.11.11, цефантрал 120 мг – 3 раза в день в/в 10-19.11.11, инфузионная терапия (глюкозо-солевые растворы), местно бриллиантовый зеленый.

Появление свежих элементов продолжалось в течение 7 дней (по 12.11.10г.), новые инфицированные элементы не появлялись. Субфебрильная температура сохранялась трое суток до 13.11.10 г. Заболевание протекало тяжело, с инфицированными

ем, но без висцеральных проявлений. Девочка выписана на 21-е сутки от начала заболевания с выздоровлением (из них в стационаре проведено 15 койко-дней).

Таким образом, в представленном нами случае девочка заболела на 16 день от рождения после контакта с больной ветряной оспой матерью, у которой заболевание проявилось на 7 день после родов.

В настоящее время созданы и зарегистрированы в ряде стран, в том числе и в Республике Беларусь, вакцины, которые способны защищать восприимчивых лиц до или даже после состоявшегося инфицирования. К сожалению, данные препараты разрешены к использованию в группах риска с 9 – 12-месячного возраста. Поэтому, чтобы исключить возможность развития неонатальной ветряной оспы, вероятно, при планировании последующей бере-

менности серонегативным женщинам, имеющим детей, не болевших ветряной оспой и посещающих детские дошкольные учреждения, необходимо проведение активной иммунопрофилактики.

### **Литература**

1. Астапов, А. А. Ветряная оспа у новорожденного / А. А. Астапов, М. И. Долбик, Р. С. Касперович // *Здравоохранение Белоруссии*. 1983. № 12. С. 60 – 61.
2. Матвеев, В. А. Инфекция, вызываемая *Varicella-Zoster* вирусом / В. А. Матвеев, В. В. Шевцова // *Инфекция, вызываемая *Varicella-Zoster* вирусом: учеб.-метод. пособие*. Минск, 2009. 32 с.
3. Тимченко, В. Н. Воздушно-капельные инфекции в практике педиатра и семейного врача: рук. для врачей всех специальностей / В. Н. Тимченко // *СПб.: ЭЛБИ-СПб*, 2007. С. 208 – 217.

*Поступила 21.06.2011 г.*