



Опоясывающий герпес (опоясывающий лишай) в практике участкового врача-педиатра

Чернова Т.М.¹, Тимченко В.Н.¹, Эль-Хауага Е.А.¹, Булина О.В.¹, Токарская А.Ю.²

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, Санкт-Петербург

² СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №44», Санкт-Петербург

Реактивация вируса ветряной оспы (VZV) в нейронах тройничных и спинальных ганглиев вызывает заболевание известное как опоясывающий герпес (опоясывающий лишай, ОГ). Заболевание в детском возрасте встречается редко и, в основном, ассоциируется с иммуносупрессивными состояниями. В статье представлен случай ранней диагностики ОГ, развившегося вследствие действия предрасполагающих факторов у иммунокомпетентного ребенка 7 лет. Назначение противовирусной терапии при появлении первых элементов сыпи позволило быстро локализовать инфекционный процесс и обеспечить профилактику осложнений. Врачам необходимо проявлять настороженность в отношении ОГ для эффективного ограничения эпидемического процесса. Представленный клинический случай еще раз подчеркивает важность плановой вакцинации против ветряной оспы не только для предотвращения первичного заражения, но и риска развития ОГ в последующем.

Ключевые слова: опоясывающий герпес (опоясывающий лишай), дети, клиника, терапия

Herpes Zoster (Shingles) in the Practice of a Primary Care Pediatrician

Chernova T.M.¹, Timchenko V.N.¹, Elkhawaga E.A.¹, Bulina O.V.¹, Tokarskaya A.Yu.²

¹ Saint Petersburg State Pediatric Medical University Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg

² Saint Petersburg City Polyclinic No. 44, Saint Petersburg

Reactivation of the varicella-zoster virus (VZV) in neurons of the trigeminal and spinal ganglia causes a disease known as herpes zoster (shingles, ZH). The disease is rare in childhood and is mainly associated with immunosuppressive conditions. This article presents a case of early diagnosis of ZH in an immunocompetent 7-year-old child, which developed due to predisposing factors. Prescribing antiviral therapy at the first sign of a rash allowed for rapid containment of the infection and prevention of complications. Physicians must remain vigilant for herpes zoster to effectively limit the epidemic. This clinical case once again highlights the importance of routine varicella vaccination not only to prevent primary infection but also the risk of developing herpes zoster later.

Keywords: herpes zoster (shingles), children, clinical presentation, therapy

Для цитирования: Чернова Т.М., Тимченко В.Н., Эль-Хауага Е.А., Булина О.В., Токарская А.Ю. Опоясывающий герпес (опоясывающий лишай) в практике участкового врача-педиатра. Детские инфекции. 2026; 25(2):63-66. doi.org/10.22627/2072-8107-2026-25-2-63-66

For citation: Chernova T.M., Timchenko V.N., Elkhawaga E.A., Bulina O.V., Tokarskaya A.Yu. Herpes Zoster (Shingles) in the Practice of a Primary Care Pediatrician. *Detskie Infektsii = Children Infections*. 2026; 25(2):63-66. doi.org/10.22627/2072-8107-2026-25-2-63-66

Информация об авторах:

Чернова Татьяна Маратовна (Chernova T.M.), к.м.н., доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей им. профессора М.Г. Данилевича, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, t-chernova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4845-3757>

Тимченко Владимир Николаевич (Timchenko V.N.), д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней у детей им. профессора М.Г. Данилевича, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, timchenko220853@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4068-1731>

Эль-Хауага Елена Алексеевна (Elkhawaga E.A.), студент, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, AbramovaElena17@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7151-2738>

Булина Оксана Владимировна (Bulina O.V.), к.м.н., доцент кафедры реабилитологии ФП и ДПО, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, oksanabulina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2997-7777>

Токарская Анна Юрьевна (Tokarskaya A.Yu.), заведующая педиатрическим отделением СПб ГБУЗ ГП № 44, Санкт-Петербург, pd41@zdrav.spb.ru, <https://orcid.org/0009-0002-0782-2309>

Вирус ветряной оспы (вирус *Varicella Zoster*, *Varicella-zoster virus*, VZV) поражает более 90% населения во всем мире. Первичная инфекция, перенесенная обычно в детстве, протекает в виде ветряной оспы и приводит к формированию пожизненной латентной персистенции возбудителя в нейронах тройничных и спинальных ганглиев. Реактивация VZV и последующая его репликация вызывают заболевание известное как опоясывающий герпес (опоясывающий лишай, Herpes Zoster, ОГ).

Опоясывающий герпес (ОГ) — глобальное бремя для общественного здравоохранения. Заболеваемость в различных регионах увеличивается с возрастом, что обусловлено «старением» специфического иммунитета к VZV после перенесенной в детстве ветряной оспы [1]. Так заболеваемость ОГ пациентов старше 65 лет составляет от 3,9 до 11,8 на 1000 человек в год, значительно ниже этот показатель среди лиц молодого возраста — от 1,2 до 3,4 на 1000 человек в год. Дети болеют редко — частота ОГ в группе до 14 лет составляет всего 0,45 на 1000 человек в год [1,2], в то же

время описаны единичные случаи заболевания на первом году жизни [3]. Доказано, что вакцинация против ветряной оспы снижает риск развития ОГ у детей на 79% [4]. При этом ретроспективный анализ за многолетний период наблюдения подтвердил положительный эффект плановой вакцинации детского населения на заболеваемость опоясывающим герпесом, предположительно за счет снижения циркуляции VZV в условиях коллективного иммунитета.

Состояние вируса в ганглиях контролируется врожденными и адаптивными факторами иммунного ответа. Специфические иммуноглобулины к VZV появляются уже через неделю после появления первых элементов сыпи при ветряной оспе. IgG сохраняются длительно. Тем не менее оказалось, что их наличие даже в высоком титре не защищает от реактивации инфекции [5], поскольку латентность VZV в значительной степени регулируется антигенспецифическими Т-клетками [6]. Известно, что заболеваемость ОГ у пациентов с иммуносупрессией выше, чем у людей того же возраста с нормальным иммунитетом. К факторам риска развития

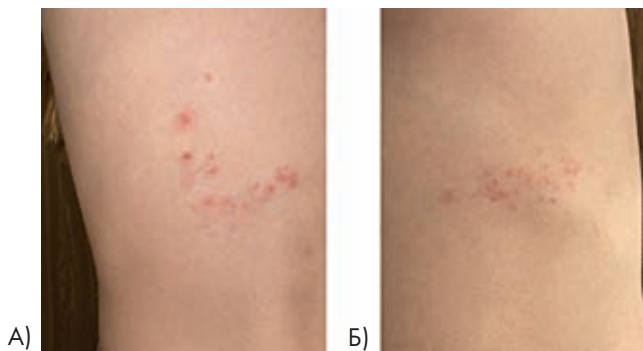


Рисунок 1. Сгруппированные пятнисто-папулезные элементы с единичными везикулами на спине (А) и передней грудной стенке (Б) в области 6–7 дерматомов (3 день болезни, 2 день сыпи)
Figure 1. Grouped maculopapular elements with single vesicles on the back (A) and anterior chest wall (B) in the area of 6–7 dermatomes (3rd day of illness, 2nd day of rash)

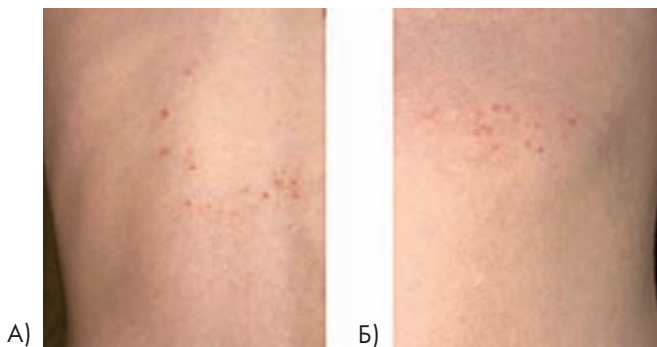


Рисунок 2. Угасание высыпаний, серозные корочки на месте везикул на спине (А) и передней грудной стенке (Б) (5 день болезни, 4 день сыпи)
Figure 2. Fading of the rash, serous crusts at the site of the vesicles (5th day of illness, 4th day of rash)

ОГ относят эмоциональный стресс, переохлаждение, прием иммуносупрессивных препаратов, острые инфекции, хронические заболевания, злокачественные новообразования, которые прямо или косвенно нарушают функцию Т-клеток и сопровождаются лимфопенией. При этом снижение уровня CD8⁺ лимфоцитов связывают с повышенной реактивацией VZV, а уровня CD4⁺ лимфоцитов — с тяжестью опоясывающего герпеса [7,8]. Кроме того, высокому риску ОГ подвержены лица, перенесшие ветряную оспу в младенчестве, что связывают с незрелым Т-клеточным ответом в этом возрасте, затрудняющим впоследствии сдерживание инфекции в латентной фазе [4].

Типичными проявлениями ОГ являются сегментарно расположенные папулезно-везикулезные высыпания по ходу ветвей пораженного нерва, которые сопровождаются отеком, зудом и болевым синдромом. У педиатрических пациентов в 90% случаев поражаются грудные дерматомы, редко шейные (6%) и пояснично-крестцовые (4%) [9]. Тем не менее у пятимесячного малыша описаны высыпания в зоне иннервации I ветви тройничного нерва [3].

Осложнения опоясывающего лишая в детском возрасте развиваются редко (11–13%) [4], и могут возникать не только у пациентов с иммунодефицитом [10]. Наиболее час-

то регистрируются бактериальные суперинфекции, постгерпетическая невралгия и неврологические последствия, которые могут значительно повлиять на качество жизни. Возможно гематогенное распространение VZV с генерализацией процесса [11,12,13]. Показано, что иммунокомпетентные дети с большей вероятностью развивают осложнения, что может быть связано с проведением превентивной противовирусной терапии у пациентов с ослабленным иммунитетом.

Цель — представить раннюю клиническую характеристику опоясывающего герпеса у ребенка на педиатрическом участке для эффективного ограничения эпидемического процесса. Получено информированное согласие родителей.

Клинический случай. Мать девочки 7 лет 02.10.2025 обратилась в квартирную помощь детского поликлинического отделения с жалобами на повышение температуры тела до 37,5°C, насморк, сыпь, боль и зуд в области высыпаний.

Из анамнеза болезни известно, что 2 дня назад появились заложенность носа, боль в спине и левом боку, которая усилилась в ночное время и вызвала нарушение сна. Температуру тела не измеряли. Мать самостоятельно начала закапывать ребенку в нос сосудосуживающие капли. На 2 день болезни отмечалось повышение температуры тела 37,5°C, на фоне болевого синдрома появились небольшие сыпь на спине слева, зуд в области высыпаний, к вечеру элементы распространились на переднюю поверхность грудной клетки.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась от 2 беременностей, вторых срочных родов, закричала сразу, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, приложена к груди в родильном зале. Выписана из родильного дома на 4-ые сутки жизни. Период новорожденности без особенностей. Росла и развивалась по возрасту. Привита согласно национальному календарю профилактических прививок. Травм, операций, госпитализаций не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Хронических заболеваний нет. Из перенесенных инфекционных заболеваний: ОРВИ — 1–2 раза в год, в 1 год 6 мес. — ветряная оспа средней степени тяжести (по контакту со старшей сестрой), в 6 лет — инфекция, вызванная вирусом Коксаки. Контакт с инфекционными больными мать отрицает. В семье все здоровы. Новых продуктов питания, лекарств, моющих средств, неблагоприятных воздействий окружающей среды не отмечалось. Со слов матери в последние 2 недели девочка переживает сильный стресс (в связи с отъездом отца в длительную командировку) — находится в подавленном состоянии, часто плачет, плохо ест и спит.

При объективном осмотре (3 день болезни, 2 день сыпи) состояние расценено как удовлетворительное. Температура тела 37,2°C. Вяловатая, аппетит снижен. Контактная. Кожные покровы обычной окраски. Высыпания небольшие, в виде ярко-розовых сгруппированных на гиперемизированном фоне мелких пятнисто-папулезных элементов с единичными везикулами, локализируются слева на спине (от позвоночника до лопаточной линии) и передней грудной стенке (в области нижних ребер) в области 6–7 дерматомов и сопровождается умеренно выраженными зудом и колющей болью (рис. 1). Видимые слизистые розовые, чистые, влажные. Носовое дыхание свободное (после сосудосуживающих капель), отделяемого нет. Слизистая задней стенки глотки и небных дужек умеренно гиперемизирована. Миндалины I степени, не гиперемизированы, налетов и гнойного выпота в лакунах нет. Язык влажный, чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 85 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно выслушивается ясный

легочный звук над всей поверхностью легких. ЧД 25 в мин. Экскурсия грудной клетки несколько ограничена из-за болевого синдрома. Живот мягкий, доступен пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформленный, без патологических примесей. Диурез адекватный. Менингеальных и очаговых симптомов нет.

На основании характерной клинической картины выставлен диагноз: В02.9 Опоясывающий лишай без осложнений. ОРВИ, назофарингит. Назначено лечение: ацикловир по 800 мг 4 раза/сут в течение 5 дней перорально, санация носа и зева солевыми растворами 4–5 раз/сут, при заложенности носа — оксиметазолин не более 3 раз/сут 4 дня, бензидамин спрей по 4 дозы 4 раза/сут, при температуре тела 38,5°C и выше — ибупрофен 200 мг (не более 4 раз/сут), местно — каламин лосьон 2–3 раз/сут.

Уже на следующий день (4 день болезни, 3 день сыпи) отмечались улучшение самочувствия, нормализация температуры тела, отсутствие новых элементов сыпи, уменьшение выраженности гиперемии кожи, но сохранялись боль и зуд в области высыпаний. Катаральные явления стали менее выражены.

На фоне проводимой терапии к 5 дню болезни (4 день сыпи) все везикулы сохли в серозные корочки (рис. 2). Выписана с выздоровлением на 10 день от появления сыпи (5 день от последней везикулы). Легкая болезненность и незначительный зуд сохранялись до 16 дня от начала заболевания, пигментация — до 23 дня.

Обсуждение

Несмотря на то, что опоясывающий герпес у детей часто протекает в лёгкой форме, врачам следует проявлять настороженность в отношении его возникновения и возможных осложнений. Ранее ОГ в детском возрасте ассоциировался со злокачественными новообразованиями, особенно острым лимфобластным лейкозом, и ВИЧ-инфекцией. Однако в последние годы стали появляться сообщения о развитии заболевания у иммунокомпетентных детей [9, 14, 15]. Причиной реактивации VZV в этом случае является временное ослабление контроля со стороны иммунной системы. Так, у наблюдаемого нами ранее здорового ребенка триггерами ОГ послужили фоновое стрессовое состояние в сочетании с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ). Кроме того, к отягощающим моментам можно отнести возраст, в котором пациентка перенесла ветряную оспу. Считается, что высокому риску ОГ подвержены дети, заболевшие ветряной оспой на первом году жизни, вследствие незрелости Т-клеточных механизмов иммунного ответа. Однако адаптивный иммунитет, необходимый для предотвращения реактивации VZV, формируется в течении второго года жизни ребенка и в это время еще может сохраняться функциональная недостаточность Т-лимфоцитов [16]. В связи с этим некоторые авторы относят к факторам риска развития ОГ возраст заболевания ветряной оспой до 18 мес. [17]

ОГ дифференцируют с зостериформным простым герпесом, герпетиформным дерматитом Дюринга, контактным дерматитом, аллергическими реакциями [18]. Для идентификации вируса *Varicella Zoster* наиболее надёжными счита-

ются молекулярно-биологические тесты (ПЦР-тесты), позволяющие выявить ДНК возбудителя в материале из везикул на коже или слизистых оболочках [19]. Однако заболевание VZV-инфекцией требует изоляции больного, что делает практически невозможным проведение лабораторного обследования в амбулаторных условиях и диагноз выставляется на основании характерной клинической картины [20]. В нашем случае решающее значение имели одностороннее поражение, ограниченное областью иннервации одного сенсорного ганглия, и ветряная оспа в анамнезе.

Существует мнение, что эпизоды неосложненного ОГ в детском возрасте обычно проходят самостоятельно и этиотропная терапия не требуется [21]. Тем не менее использование препаратов аномальных нуклеозидов позволяет уменьшить не только тяжесть клинических проявлений и продолжительность заболевания, но и уменьшить риски развития осложнений ОГ [22]. Лечение необходимо начинать при появлении ранних признаков ОГ. Детям назначается ацикловир в дозе 20 мг/кг массы тела перорально 4 раза в сутки в течение 5 дней (максимальная разовая доза 800 мг), в возрасте от 3-х до 6 лет: по 400 мг 4 раза/сут, старше 6 лет: по 800 мг 4 раза/сут в течение 5 дней [18, 23].

Заключение

В клинической практике папулезно-везикулезные экзантемы встречаются при многих инфекционных и неинфекционных заболеваниях и являются частой причиной обращения к врачам различных специальностей (педиатр, инфекционист, аллерголог, дерматолог, ревматолог и др.). Однако ОГ в детском возрасте встречается редко, в основном, у иммунокомпрометированных пациентов и, как правило, протекает легче, чем у взрослых. Это может приводить к снижению настороженности медицинских работников к данной патологии, особенно в начале заболевания при слабо выраженных типичных проявлениях. В большинстве случаев диагноз ставится уже в периоде разгара болезни, когда значительно нарушается качество жизни ребенка и высок риск развития осложнений.

В представленном случае мы хотели напомнить врачам-педиатрам, что ОГ может развиваться у иммунокомпетентных детей. При проведении дифференциальной диагностики в первые дни болезни решающее значение имели одностороннее поражение, ограниченное областью одного дерматома, ветряная оспа в анамнезе и наличие предрасполагающих факторов для реактивации возбудителя. Назначение ацикловира при появлении первых элементов сыпи позволило быстро локализовать инфекционный процесс и обеспечить профилактику осложнений.

Медицинским работникам необходимо учитывать, что ранняя регистрация ОГ способствует своевременному проведению противоэпидемических мероприятий и ограничению распространения возбудителя среди не болевших ветряной оспой. Представленный случай еще раз подчеркивает важность плановой вакцинации против ветряной оспы не только для предотвращения первичного заражения, но и риска развития ОГ в последующем.

Список литературы:

1. Xia Y, Zhang X, Zhang L, Fu C. Efficacy, effectiveness, and safety of herpes zoster vaccine in the immunocompetent and immunocompromised subjects: a systematic review and network meta-analysis. *Front Immunol.* 2022;13:978203. doi: 10.3389/fimmu.2022.978203

References:

1. Xia Y, Zhang X, Zhang L, Fu C. Efficacy, effectiveness, and safety of herpes zoster vaccine in the immunocompetent and immunocompromised subjects: a systematic review and network meta-analysis. *Front Immunol.* 2022;13:978203. doi: 10.3389/fimmu.2022.978203

2. Nair PA, Patel BC. Herpes zoster. В кн.: Shumway K, ред. StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls, 2024. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441824/> (дата обращения: доступ свободный).
3. Шишов А.С., Шакарян А.К., Белялетдинова И.Х., Митрофанова И.В. Особенности клиники опоясывающего герпеса у грудных детей. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(7, вып. 2): 67–73. doi: 10.17116/jnevro201911907267
4. Pietrzak MK, Pokorska-Śpiewak M. Shingles in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2024;43:e275–e277. doi: 10.1097/INF.0000000000004404
5. Приходченко Н.Г. Инфекция, вызванная вирусом ветряной оспы: особенности течения, клинические проявления, осложнения и возможности профилактики. *Терапевтический архив*. 2021;93(11):1401–1406. doi: 10.26442/00403660.2021.11.201192
6. Zhang S, Kim VHD, Grunebaum E. Pediatric herpes zoster: should I be concerned for immunodeficiency? A review. *Front Pediatr*. 2025;13:1561339. doi: 10.3389/fped.2025.1561339
7. Laing KJ, Ouwendijk WJD, Koelle DM, Verjans GMGM. Immunobiology of varicella-zoster virus infection. *J Infect Dis*. 2018;218(suppl_2):68–74. doi: 10.1093/infdis/jiy403
8. Patil A, Goldust M, Wollina U. Herpes zoster: a review of clinical manifestations and management. *Viruses*. 2022;14:192. doi: 10.3390/v14020192
9. Latif TM, Hasan AI, Muhammad KA. Herpes zoster in children: A prospective study. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*. 2023;33(3):813–816.
10. Bieńkowski C, Talarek E, Pokorska-Śpiewak M. The clinical course of herpes zoster is similar in immunocompetent and immunocompromised paediatric patients. *J Paediatr Child Health*. 2023;59(10):1112–1114. doi: 10.1111/jpc.16461
11. Kanamori K, Shoji K, Kinoshita N, Ishiguro A, Miyairi I. Complications of herpes zoster in children. *Pediatr Int*. 2019;61(12):1216–1220. doi: 10.1111/ped.14025
12. Gündoğdu M, Erden N, Karagun E, AŞF A, Vural S. Annual pattern and clinical characteristics of herpes zoster in immunocompetent children in a rural area. *Dermatol Ther*. 2021;34(1):e14570. doi: 10.1111/dth.14570
13. Raquet B, Murphy KN, Lawson L. Pediatric Herpes Zoster in a 10-Year-Old Boy With Delayed Immunizations: A Case Report. *Cureus*. 2025;17(3):e80787. doi: 10.7759/cureus.80787
14. Вьяльцева Ю.В., Рымаренко Н.В., Черняева Е.С. Опоясывающий лишай у детей в постковидный период: разбор клинического случая. Журнал инфектологии. 2025;17(3):169–174. doi: 10.22625/2072-6732-2025-17-3-169-174
15. Титов Л.П., Кирильчик Е.Ю., Канашкова Т.А. Особенности строения, развития и функционирования иммунной системы детского организма. *Медицинские новости*. 2009;5. URL: <https://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=4299> (дата обращения: доступ свободный).
16. Сабурова О.А., Собчак Д.М., Отмахова К.А. Изучение Т-клеточного иммунитета, интерфероногенеза, медиаторов воспаления у детей с инфекцией, вызванной вирусом Varicella zoster. *Детские инфекции*. 2022;21(1):41–44. doi: 10.22627/2072-8107-2022-21-1-41-44
17. Тимченко В.Н., Павлова Е.Б., Михайлов И.Б., Хмилевская С.А. Диагностика и лечение детских инфекций (Справочник). Санкт-Петербург: СпецЛит, 2025. 463 с.
18. Герпес опоясывающий. Клинические рекомендации. 2016. URL: https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/gerpes-opoyasyvayuschij_13968 (дата обращения: доступ свободный).
19. Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая. СанПиН 3.3686-21. «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».
20. Janniger CK, Elston JS, Hostenenthal DR, Moon JE. Herpes Zoster Treatment & Management. Medscape. Mar 11, 2025. URL: <https://emedicine.medscape.com/article/1132465-treatment> (дата обращения: доступ свободный).
21. Игнатовский А.В. Опоясывающий герпес — современные подходы к диагностике и лечению. *Врач*. 2022;33(10):24–32. doi: 10.29296/25877305-2022-10-04
22. Ацикловир. Инструкция по применению. URL: https://www.vidal.ru/drugs/aciclovir_29945 (дата обращения: доступ свободный).
2. Nair PA, Patel BC. Herpes zoster. In: Shumway K, editor. StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls; 2024. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441824/>
3. Shishov AS, Shakaryan AK, Belyaletdinova IKh, Mitrofanova IV. Clinical features of herpes zoster in infants. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2019;119(7, issue 2):67–73. doi: 10.17116/jnevro201911907267 (In Russ).
4. Pietrzak MK, Pokorska-Śpiewak M. Shingles in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2024;43:e275–e277. doi: 10.1097/INF.0000000000004404
5. Prikhodchenko NG. Varicella zoster virus infection: clinical features, manifestations, complications and prevention possibilities. *Therapeutic Archive*. 2021;93(11):1401–1406. doi: 10.26442/00403660.2021.11.201192 (In Russ).
6. Zhang S, Kim VHD, Grunebaum E. Pediatric herpes zoster: should I be concerned for immunodeficiency? A review. *Front Pediatr*. 2025;13:1561339. doi: 10.3389/fped.2025.1561339
7. Laing KJ, Ouwendijk WJD, Koelle DM, Verjans GMGM. Immunobiology of varicella-zoster virus infection. *J Infect Dis*. 2018;218(suppl_2):68–74. doi: 10.1093/infdis/jiy403
8. Patil A, Goldust M, Wollina U. Herpes zoster: a review of clinical manifestations and management. *Viruses*. 2022;14:192. doi: 10.3390/v14020192
9. Latif TM, Hasan AI, Muhammad KA. Herpes zoster in children: A prospective study. *J Pak Assoc Dermatol*. 2023;33(3):813–816.
10. Bieńkowski C, Talarek E, Pokorska-Śpiewak M. The clinical course of herpes zoster is similar in immunocompetent and immunocompromised paediatric patients. *J Paediatr Child Health*. 2023;59(10):1112–1114. doi: 10.1111/jpc.16461
11. Kanamori K, Shoji K, Kinoshita N, Ishiguro A, Miyairi I. Complications of herpes zoster in children. *Pediatr Int*. 2019;61(12):1216–1220. doi: 10.1111/ped.14025
12. Gündoğdu M, Erden N, Karagun E, AŞF A, Vural S. Annual pattern and clinical characteristics of herpes zoster in immunocompetent children in a rural area. *Dermatol Ther*. 2021;34(1):e14570. doi: 10.1111/dth.14570
13. Raquet B, Murphy KN, Lawson L. Pediatric Herpes Zoster in a 10-Year-Old Boy With Delayed Immunizations: A Case Report. *Cureus*. 2025;17(3):e80787. doi: 10.7759/cureus.80787
14. Vyal'tseva YuV, Rymarenko NV, Chernyaeva ES. Herpes zoster in children in the post-COVID period: a clinical case analysis. *Journal of Infectology*. 2025;17(3):169–174. doi: 10.22625/2072-6732-2025-17-3-169-174 (In Russ).
15. Titov LP, Kiril'chik EYu, Kanashkova TA. Features of the structure, development and functioning of the immune system of the child's body. *Medical News*. 2009;5. Available at: <https://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=4299> (In Russ).
16. Saburova OA, Sobchak DM, Otmakhova KA. Study of T-cell immunity, interferonogenesis, inflammatory mediators in children with Varicella zoster virus infection. *Children's Infections*. 2022;21(1):41–44. doi: 10.22627/2072-8107-2022-21-1-41-44 (In Russ).
17. Timchenko VN, Pavlova EB, Mikhailov IB, Khmylevskaya SA. Diagnosis and treatment of childhood infections (Handbook). Saint Petersburg: SpetsLit; 2025. 463 p. (In Russ).
18. Herpes zoster. Clinical recommendations. 2016. Available at: https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/gerpes-opoyasyvayuschij_13968 (In Russ).
19. Prevention of chickenpox and shingles. SanPiN 3.3686-21. «Sanitary and epidemiological requirements for the prevention of infectious diseases». (In Russ).
20. Janniger CK, Elston JS, Hostenenthal DR, Moon JE. Herpes Zoster Treatment & Management. Medscape. 2025 Mar 11. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/1132465-treatment>
21. Ignatovsky AV. Herpes zoster — modern approaches to diagnosis and treatment. *Doctor*. 2022;33(10):24–32. doi: 10.29296/25877305-2022-10-04 (In Russ).
22. Acyclovir. Instructions for use. Available at: https://www.vidal.ru/drugs/aciclovir_29945 (In Russ).

Статья поступила 27.10.25

Конфликт интересов: Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest: The authors confirmed the absence conflicts of interest, financial support, which should be reported