

13. Лебедева Т.М., Егорова Н.Ю., Каражас Н.В. и др. Роль герпес-вирусных инфекций при длительных субфебрилитетах у детей // Детские инфекции. 2013; 12(4): 23–27.
Lebedeva T.M., Egorova N.Yu., Karagas N.V. et al. [The Role of herpesvirus infections with prolonged subfebrility in children] // Detskie Infektsii. [Children's Infections]. 2013; 12(4): 23–27. (In Russ.).
14. Попова О.П. Особенности сочетанного течения коклюша и острых респираторных вирусных инфекций у детей // Детские инфекции. 2011; №3: 18–20.
Popova O.P. [Peculiarities of combined course of pertussis and acute respiratory viral infections in children] // Detskie Infektsii. [Children's Infections]. 2011; №3: 18–20. (In Russ.).
15. Осидак Л.В. Острые респираторные микст-инфекции у детей: Автореф. дис. ... д.м.н. — СПб, 2001. — 45 с.
Osidak L.V. [Acute respiratory mixed infections in children]: Abstract of ... MD Thesis. — SPb, 2001. — 45 p. (In Russ.).
16. Скрипченко Н.В., Мазаева Е.М., Бехтерева М.К., Иванова М.В. Особенности течения менингоэнцефалита у ребенка со смешанной бактериальной инфекцией (клинический случай) // Журнал инфектологии. 2013; 5(1): 103–107.
Scripchenko N.V., Mazaeva E.M., Bekhtereva M.K., Ivanova M.V. [Peculiarities of the course of meningoencephalitis in a child with mixed bacterial infection (clinical case)] // Zhurnal Infekologii. [Journal of Infectology]. 2013; 5(1): 103–107. (In Russ.).
17. Бургасова О.А., Краева Л.А., Петрова И.С. и др. Случай тяжелого течения смешанной респираторно-вирусной инфекции (грипп А (H1N1) + RS-вирусная), осложненной внебольничной пневмонией, вызванной *Streptococcus equi* // Инфекционные болезни. 2015; №1: 71–74.
Burgasova O.A., Kraeva L.A., Petrova I.S. et al. [Case of severe mixed respiratory viral infection (influenza A (H1N1) + RS-virus), complicated community-acquired pneumonia caused by *Streptococcus equi*] // Infektsionnye Bolezni. [Infectious Diseases]. 2015; №1: 71–74. (In Russ.).
18. Санталова Г.В., Гасилина Е.С., Кондорова Е.А. и др. Иммуномодулирующая терапия хламидийной инфекции у детей // Детские инфекции. 2010; №4: 61–63.
Santalova G.V., Gasilina E.S., Kondorova E.A. et al. [The Immunomodulatory therapy of chlamydial infection in children] // Detskie Infektsii. [Children's Infections]. 2010; №4: 61–63. (In Russ.).
19. Кветная А.С., Иванова В.В., Лоскутова Н.Г. и др. Респираторная хламидийная инфекция у детей с осложненным течением острых респираторных вирусных инфекций // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 1994; №2: 49–53.
Kvetnaya A.S., Ivanova V.V., Loskutova N.G. et al. [Chlamydial Respiratory infection in children with complicated course of acute respiratory viral infections] // Zhurnal Mikrobiologii, epidemiologii i Immunobiologii. [Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology]. 1994; №2: 49–53. (In Russ.).
20. Stockmann C., Ampofo K., Byington C.I. et al. [Pneumococcal meningitis in children: epidemiology, serotypes, and outcomes from 1997–2010 in Utah] // Pediatrics. 2013; 132(3): 421–428.
21. Paul S.P., Lamont L.S. Clear and present danger: in childhood meningitis. The importance of Hib immunisation in infancy and high-risk groups // J. Fam. Health Care. 2012; 22(2): 16–19.
22. Dzharafarova K.A. To study of etiopathogenetic peculiarities of meningitis in children // Georgian Med. News. 2009; № 172–173: 59–61.
23. Макарова Т.Е., Головкова Н.Ф., Протасеня И.И. Клинические проявления бактериального гнойного менингита смешанной этиологии у детей // Здоровоохранение Дальнего Востока. 2011; № 2: 38–39.
Makarova T.E., Golovkova N.F., Protasenia I.I. [Clinical manifestations of bacterial purulent meningitis of mixed etiology in children] // Zdravookhranenie Dal'nego Vostoka. [Health of the Far East]. 2011; № 2: 38–39. (In Russ.).
24. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека. — СПб.: Спецлит, 2013. 670 с.
Isakov V.A., Arkhipova E.I., Isakov D.V. [Herpesvirus infections of humans.] — SPb.: Spetslit, 2013. 670 p. (In Russ.).
25. Симованьян Э.Н., Денисенко В.Б., Бовтало Л.Ф. и др. Гнойный менингоэнцефалит смешанной этиологии у ребенка двух лет: трудности диагностики и лечения // Детские инфекции. 2015; №4: 57–59.
Shimovonyan E.N., Denisenko V.B., Bovtalo L.F. et al. [Purulent meningoencephalitis mixed etiology in a child two years: the difficulties of diagnosis and treatment] // Detskie Infektsii. [Children's Infections]. 2015; №4: 57–59. (In Russ.).
26. Wilkesmann A., Schildgen O., Eis-Hubinger A.M. et al. Human metapneumovirus infections cause similar symptoms and clinical severity as respiratory syncytial virus infections // Eur J. Pediatr. 2006; 165 (7): 467–75.
27. Williams J.V., Wang C.K., Yang C.F., Tollefson S.J., House F.S. The role of HMPV in upper respiratory tract infection in children: a 20 year experience // J. Infect. dis. 2008; 193 (3): 387–95.
28. Jartti T., van den Hoogen B.G., Garofalo R.P. et al. Metapneumovirus and acute wheezing in children // Lancet. 2002; 360 : 1393–1394.
29. Малова И.А., Баранова И.П. Роль метапневмовируса и боксавируса в развитии острых респираторных инфекций у госпитализированных больных в эпидсезоны 2011–2014 гг. в Пензенской области // Детские инфекции. 2016; №1: 59–63.
Malova I.A., Baranova I.P. [The Role of metapneumovirus and bocavirus in the development of acute respiratory infections in hospitalized patients in epidseason 2011–2014 in the Penza region] // Detskie Infektsii. [Children's Infections]. 2016; №1: 59–63. (In Russ.).

Течение ветряной оспы у взрослых и детей

Г. А. ХАРЧЕНКО, О. Г. КИМИРОВА

ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России

В сообщении приведены клинко-эпидемиологические данные анализа историй болезни 100 больных ветряной оспой взрослых и детей. Дана сравнительная частота встречаемости основных симптомов ветряной оспы у взрослых больных и детей, включая новорожденных. Установлены особенности течения заболевания у взрослых: превалирование тяжелых форм (до 70%) с продромальной симптоматикой, фебрильной лихорадкой, обильной крупной сыпью с медленным обратным развитием и кожным зудом. Описана клиническая симптоматика ветряной оспы у новорожденных в зависимости от сроков заболевания ветряной оспой беременных до родов. Отмечено тяжелое течение ветряной оспы у новорожденных, возможность развития у них генерализованных форм с поражением висцеральных органов и центральной нервной системы, при заболевании беременной за

3—4 дня до родов. Приведены данные по лечению и тактике врача по профилактике ветряной оспы.

Ключевые слова: ветряная оспа, взрослые, дети, эпидемиология, клиника, лечение, профилактика

The Course of Chickenpox in Adults and Children

G. A. Kharchenko, O. G. Kimirilova

Astrakhan State Medical University Russian Ministry of Health, Astrakhan, Russian Federation

The report shows the clinical and epidemiological data analysis of 100 patients with chickenpox adults and children. The comparative frequency of the main symptoms of chickenpox in adults and children, including newborns. The features of the disease in adults: prevalence of severe (70%) with prodromal symptoms, febrile fever, rash abundant large slow and reverse the development of pruritus. We describe the clinical symptoms of chickenpox in infants, depending on the timing of chickenpox disease pregnant women before delivery. It is noted for heavy chickenpox in the newborn, the possibility of developing their generalized forms with the defeat of visceral organs and the central nervous system, diseases of pregnant 3—4 days before delivery. The data on the treatment and prevention tactics doctor for chickenpox.

Keywords: chickenpox, varicella, adults, children, epidemiology, clinical features, treatment, prevention

Контактная информация: Харченко Геннадий Андреевич — д.м.н., профессор, зав. каф. детских инфекций Астраханского государственного медицинского университета Минздрава России; 414000, Астрахань, ул. Бакинская, 121; +7(988)171-87-47; Xarchenkoga@mail.ru

Kharchenko G.A. — MD, Professor, Head Department childrens infections, Astrakhan State Medical University, Russian Federation; 414000, Astrakhan, str. Bakinskaya, 121; +7(988)171-87-47; Xarchenkoga@mail.ru

УДК 616.914-08

Заболееваемость ветряной оспой остается высокой в связи с отсутствием массовой активной иммунизации детей. 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. Большинство публикаций по проблеме ветряной оспы посвящено клиническим аспектам ветряной оспы у детей, особенности течения ветряной оспы у взрослых представлены единичными публикациями без сопоставления течения ветряной оспы у взрослых и детей [1—4].

Инкубационный период ветряной оспы от 11 до 21 дня (чаще 15—18 дней). Клиническая симптоматика заболевания полиморфна. У взрослых появлению сыпи может предшествовать головная боль, лихорадка и боли в горле, у детей продромальная симптоматика встречается редко. Первые элементы сыпи чаще появляются на теле и внутренней поверхности бедер с быстрым распространением на лицо и волосистую часть головы и проксимальные участки конечностей. Интенсивность сыпи больше на туловище, меньше на конечностях с локализацией главным образом на сгибательных поверхностях конечностей и в кожных складках. Сыпь при ветряной оспе быстро проходит стадии пятна, папулы, везикулы и корки. Клинически сыпь чаще выявляется на стадии везикул, а стадии пятна и папул остаются незамеченными из-за скорости трансформации элементов сыпи. Часть элементов может исчезать, не претерпевая полного развития. Сыпь при ветряной оспе полиморфна, состоит из элементов, находящихся на разных стадиях развития в связи с волнообразным ее появлением с интервалом в несколько дней. В первые дни заболевания сыпь может сопровождаться сильным зудом. Зрелые везикулы имеют овальную, округлую или неправильную форму, однокамерные, окружены венчиком гиперемии. Через 2—3 дня содержимое везикул утрачивает прозрачность, формируется корочка, после отпадения которой остается депигментированное пятно, которое может сохраняться до 2—3 недель и более. Изредка поражается дерма и сыпь в данном случае приводит к формированию рубца. При ветряной оспе

(как и при других инфекциях) можно обнаружить мелкие кровоизлияния на слизистых неба. В течение первых двух дней заболевания могут отмечаться катаральные явления и болезненность в зеве. Позднее на слизистой неба и глотки появляются везикулы, что приводит к усилению боли. Везикулы на языке отличаются крупными размерами. Везикулы могут появляться и на конъюнктиве глаз, сопровождаясь болями и слезотечением. Везикулы на слизистых оболочках вскрываются с образованием поверхностных язв, заживающих без рубцевания.

Считается, что у детей ветряная оспа протекает чаще легко, с редкими осложнениями. У взрослых течение заболевания более тяжелое и осложнения встречаются чаще [1—5].

Цель исследования: определить клинко-эпидемиологические особенности ветряной оспы у взрослых и детей на современном этапе.

Материалы и методы исследования

Проведен клинко-эпидемиологический анализ историй болезни 40 взрослых и 60 детей, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Областная инфекционная клиническая больница им. А. М. Ничоги» г. Астрахани с диагнозом «Ветряная оспа» в период с 2010 по 2016 гг. Обследование больных и объем медикаментозной терапии соответствовали стандартам оказания медицинской помощи при данной патологии. Статистическая обработка клинических и лабораторных данных проводилась с использованием компьютерных программ MSExcel-2003 (Microsoft, США) и Statistica 7,0 (StatSoft, США).

Результаты и их обсуждение

Среди взрослых больных ветряной оспой мужчин было 18 (45%), женщин 22 (55%). Среди детей мальчиков 32 (53,3%), девочек 28 (46,7%). Возрастной состав взрослых больных находился в интервале от 18 до 24 лет, детей от 0 до 20 дней жизни — 16,7% и от 2 до 6 лет — 83,3%. Течение ветряной оспы у взрослых имело свои особенности в отличие от детей (табл. 1).

Таблица 1. Клиническая симптоматика ветряной оспы у взрослых и детей (абс. (%))

Симптомы	Взрослые больные, n = 40	Новорожденные дети, n = 10	Дети от 2 до 6 лет, n = 50
Лихорадка			
37,2—38,0°C	12 (30%)	6 (10%)	38 (63,3%)
38—39,5°C	28 (70%)	4 (6,7%)	12 (20%)
Длительность лихорадки			
1—3 дня	18 (45%)	35 (58,3%)	8 (13,3%)
4—8 дней	22 (55%)	15 (25%)	2 (3,3%)
Слабость	40 (100%)	—	12 (20%)
Головная боль	24 (60%)	—	9 (15%)
Нарушение сна	15 (37,5%)	—	3 (5%)
Катаральные явления:			
кашель, насморк	9 (22,5%)	—	18 (30%)
Экзантема:			
умеренная	12 (30%)	6 (10%)	40 (66,7%)
обильная	28 (70%)	4 (6,7%)	10 (16,7%)
Кожный зуд	26 (65%)	—	11 (18,3%)
Высыпания на слизистых	13 (32,5%)	3 (5%)	19 (31,7%)
Продолжительность высыпаний:			
3—5 дней	26 (65%)	10 (16,7%)	35 (58,3%)
6—8 и более дней	14 (35%)	—	15 (25%)
Осложнения:			
пневмония	3 (7,5%)	2 (3,3%)	—
абсцесс	—	—	1 (1,7%)
Энцефалические реакции:			
судороги, нарушения сознания	—	4 (6,7%)	—
Энцефалит	—	—	2 (3,3%)
Генерализованная форма			
ветряной оспы с поражением	—	—	—
висцеральных органов	—	2 (3,3%)	—

Данные таблицы 1 демонстрируют, что у большинства детей (73,3%) заболевание протекало при нерезко страдающем самочувствии с повышением температуры тела до субфебрильных цифр. У взрослых больных в 70% температура достигала высоких значений, а самочувствие больного страдало значительно. Продолжительность лихорадки была больше у взрослых и у 55% составляла до 8 дней и более. Максимальных цифр температура тела достигала на 2—4 день высыпания, с последующим субфебрилитетом до окончания высыпания. Существенные различия определялись по частоте и выраженности тоksi-

коза и кожного зуда, встречавшегося у 65% взрослых больных и только у 18,3% детей. Катаральный синдром чаще отмечался у детей (до 30%). Характер элементов сыпи у взрослых и детей был однотипный, но у взрослых в 70% случаев преобладали обильные высыпания. Можно отметить более высокий риск развития осложнений у детей со стороны центральной нервной системы и возможность генерализации процесса [4—6].

В наше исследование ветряной оспы у взрослых вошло 10 беременных, заболевших за 2—3 недели (6 женщин) и за 3—5 дней до родов (4 женщины). Из 10 забо-

левших беременных, контакт с больным ветряной оспой установлен в 9 (90%) случаях.

Инкубационный период заболевания составлял $14,0 \pm 3,9$ дня. Острое начало заболевания отмечалось у 6 (60%) беременных. Симптомы продромального периода (слабость, нарушение аппетита, сна и др.) отмечались только у 1 (10%) больной, кратковременно в течение первых суток заболевания. Все заболевшие госпитализировались на 2—3 день заболевания. Первые высыпания появлялись за ушами и на волосистой части головы, с последующим быстрым распространением на туловище и в меньшей степени на нижние конечности. Продолжительность высыпания составляла $5,9 \pm 1,5$ дня. Интенсивность сыпи была умеренная. У 6 (60%) больных отмечались высыпания на слизистых полости рта с болями при жевании. У 1 (10%) больной высыпания выявлялись на конъюнктиве глаз и сопровождались болями и слезотечением. Лихорадка до $38\text{—}39^\circ\text{C}$ отмечалась у 6 (60%) больных. Средняя продолжительность лихорадки составила $4,9 \pm 1,6$ дня. Течение заболевания было гладкое без осложнений. Приведенные данные не имеют каких-то существенных отличий течения ветряной оспы у беременных по сравнению с обычным течением заболевания у взрослых. Можно считать, что при заболевании беременной ветряной оспой прогноз для женщины достаточно благоприятный, в тоже время необходимо учитывать последствия перенесенного заболевания, особенно в последние дни беременности, для плода (возможно его инфицирование и развитие внутриутробной ветряной оспы новорожденных).

Учитывая продолжительность инкубационного периода ветряной оспы от 11 до 21 дня можно считать, что ветряная оспа, возникшая у новорожденных в первые 10 дней жизни, является следствием внутриутробного инфицирования [6].

По данным нашего наблюдения за 10 беременными, внутриутробное инфицирование плода имело место в 100% случаев. Тяжесть и течение врожденной ветряной оспой находятся в прямой зависимости от сроков инфицирования плода. В нашем наблюдении 6 беременных перенесли ветряную оспу за 2—3 недели до родов, у них успели выработаться специфические антитела, которые через плаценту переданы ребенку, что дает основание предполагать нетяжелое течение заболевания у новорожденного. У 2 новорожденных данной группы высыпания на кожных покровах имелись уже при рождении, температура тела не повышалась. Отмечалась сыпь в виде единичных элементов с подсыпанием в течение 2—3 дней, с переходом в корочки к 6 дню после рождения. У 4 детей сыпь появилась на $6,7 \pm 1,4$ день жизни. Температура тела повышалась от $37,5$ до 38°C . Длительность лихорадки составила $2,6 \pm 0,6$ дня. Первые высыпания на волосистой части головы, с распространением на туловище, лицо, конечности наблюдались в течение $4,3 \pm 1,3$ дней. Элементы сыпи были типичные, мелкие, необильные. Корочки отпали на $9,0 \pm 1,2$ день. Нетяжелое, гладкое течение ветряной оспы в данных случаях объясняется наличи-

ем у ребенка специфических материнских антител к вирусу ветряной оспы, которые и были определены в крови ребенка методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Приводим клиническое наблюдение течения ветряной оспы у беременной, заболевшей за 17 дней до родов, с внутриутробным инфицированием плода.

Больная А. поступила в ГБУЗ «Областная инфекционная клиническая больница им А.М. Ничоги» г. Астрахани на 2 день заболевания с жалобами на слабость, головную боль и сыпь на кожных покровах, субфебрильную температуру. Беременность 36 недель. Состояние при поступлении удовлетворительное. На коже лица, волосистой части головы, туловища, конечностей отмечалось умеренное количество элементов сыпи размером от 0,5 до 1,0 см в виде пятен и везикул с прозрачным содержимым. На туловище следы расчесов. Гемодинамика удовлетворительная. Пульс удовлетворительных качеств до 86 в минуту, артериальное давление 120 на 80 мм. рт. ст. Тоны сердца громкие, ритмичные. Границы сердца не расширены. Число дыханий 18 в минуту. Аускультативно дыхание везикулярное. Аппетит снижен, рвоты нет. Печень, селезенка не пальпируются. Размеры матки соответствуют сроку беременности.

Сыпь подсыпала в течение 3 дней, с последующим образованием корочек. Лечение проводилось в соответствии со стандартом медицинской помощи данной патологии, с включением в качестве противовирусного препарата ВИФЕРОН, суппозитории ректальные. Элементы сыпи обрабатывались раствором метиленового синего. Выписана с выздоровлением через 9 дней от начала заболевания.

Роды на 38 неделе беременности. Масса ребенка при рождении 2850,0. Длина тела 45 см. На коже туловища при первичном осмотре новорожденного обнаружены единичные везикулы с прозрачным содержимым. Сыпь подсыпала на 2 и 3 день после родов, с последующим образованием корочек и их отпадением к 8 дню жизни ребенка. Заболевание протекало при нормальной температуре тела. Диагноз ветряной оспы подтвержден результатами иммуноферментного анализа и ПЦР. Данное наблюдение демонстрирует типичное течение среднетяжелой формы ветряной оспы у беременной и внутриутробной ветряной оспы у новорожденного. С учетом сроков заболевания беременной у нее выработались антитела, которые через плаценту поступили к ребенку, что и обусловило гладкое, нетяжелое течение заболевания у ребенка.

У 4 новорожденных, родившихся от матерей, заболевших ветряной оспой за 3—5 дней до родов, заболевание протекало тяжело. Сыпь на кожных покровах появилась на $11,0 \pm 1,2$ день после родов. На фоне появления сыпи температура тела повышалась до $39\text{—}40^\circ\text{C}$. Высыпания на коже наблюдались обильные, крупные с медленным обратным развитием и переходом в корочки. Высыпания на слизистых полости рта, языка — с образованием эрозий. Отмечалась неврологическая симптоматика в виде энцефалических реакций, судорог тонико-клониче-

ского характера, нарушения сознания. У 2 новорожденных заболевание протекало в виде генерализованной формы с летальным исходом в течение 2 недель после рождения (табл.1). Диагноз ветряной оспы был подтвержден лабораторно методом полимеразной цепной реакции.

При патоморфологическом исследовании у 2 умерших детей определялись асептические некрозы в легких, печени, поджелудочной железе, надпочечниках, миокарде; серозный менингит; дистрофические изменения внутренних органов.

В случаях рождения ребенка через 3—5 дней от начала заболевания матери, вероятность тяжелого, неблагоприятного течения внутриутробной ветряной оспы у ребенка велика и объясняется тем, что в данные сроки заболевания у матери не успевают выработаться антитела, а, следовательно, они отсутствуют и у новорожденного [6]. Данному факту не всегда придается должное значение при диагностике и лечении внутриутробной ветряной оспы.

В лечении тяжелых форм ветряной оспы при назначении с первого дня заболевания эффективны Ацикловир, Видарабин из расчета 10—15 мг/кг массы тела в сутки, внутривенно капельно. Курс лечения 5 дней и более по показаниям [4, 7].

Вопросам профилактики ветряной оспы у детей, в том числе у новорожденных, беременных, при контакте с больным ветряной оспой уделяется недостаточно внимания, что объясняется существующим мнением, в том числе и у медицинских работников о легком течении данного заболевания.

В настоящее время используется вакцина Варилрикс (Глаксо Смит Кляйн, Англия), вводится подкожно или внутримышечно в область дельтовидной мышцы плеча в дозе 0,5 мл. Одна доза вакцины Варилрикс назначается детям с 12-месячного возраста и до 13 лет, а две дозы — подросткам с 13 лет и взрослым с интервалом 6—10 недель для оптимальной защиты (95%) против ветряной оспы. В России зарегистрированы также вакцины против ветряной оспы Окавакс (Япония) и Варивакс (Нидерланды) [8, 9]. Для постэкспозиционной профилактики введение в период до 96 часов (предпочтительно в течение 72 часов) после контакта дает защитный эффект до 90%. Беременным прививки противопоказаны.

Профилактика ветряной оспы у беременных проводится внутримышечным или внутривенным введением специфического иммуноглобулина — Зостергама, а при его отсутствии — Цитотекта не ранее, чем через 2 дня и не позже 4 дня после контакта с больным ветряной оспой. Беременным, заболевшим ветряной оспой, за 5 дней до родов или через 48 часов после родов вводится специфический иммуноглобулин, назначают ацикловир или видарабин в дозе 15 мг/кг, в течение 5 дней и более по показаниям.

Здоровому новорожденному, родившемуся от больной или переболевшей ветряной оспой во время беременности матери, показано внутривенное введение зос-

тергама или цитотекта, а в случае заболевания матери за 3—4 дня до родов, кроме иммуноглобулина, назначить ацикловир в течение 5—10 дней [7, 10].

Литература/ References:

1. Таточенко В.К., Озеретковский Н.А., Федоров А.М. Ветряная оспа клиническая картина // Бюллетень вакцинации. 2009; 1: 3—9. Tatochenko V.K., Ozeretskovskiy N.A., Fedorov A.M. [Chickenpox clinical picture] // *Bulletin Vaksinatcii*. 2009; 1: 3—9. (In Russ).
2. Воронин Е.М., Ермоленко М.В., Чернова А.М. Современные особенности эпидемического процесса при ветряной оспе // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2010; 6(55): 17—23. Voronin E.M., Ermolenko M.V., Chernova A.M. [Modern features of epidemic process varicella] // *Epidemiology and Vaksinoprofilaktika*. 2010; 6(55): 17—23. (In Russ).
3. Кузьмина Т.Ю., Тихонова Ю.С., Тихонова Е.П. и др. Особенности ветряной оспы у взрослых // Сибирское медицинское обозрение. 2013; 2: 72—76. Kuzmina T.U., Tikhonova Yu.S., Tikhonova E.P. et al. [Features of varicella in adults] // *Siberian Medical Obozrenie*. 2013; 2: 72—76. (In Russ).
4. Кимирилова О. Г., Харченко Г. А., Кимирилов А. А. Клиническое наблюдение течения энцефалита при ветряной оспе у детей // Детские инфекции. 2015; 14(4): 67—69. Kimirilova O.G., Kharchenko G.A., Kimirilov A.A. [Clinical observation flow varicella encephalitis in children] // *Childrens Infections*. 2015; 14 (4): 67—69. (In Russ).
5. Белялетдинова И.Х., Малинникова Е.Ю., Митрофанова И.В., Прыткова М.И. Поражения нервной системы, вызванные вирусом Варицелла-Зостер, у детей // Детские инфекции. 2016; 15(3): 10—15. Belyaletdinova I.H., Malinnikova E.Y., Mitrofanova I.V., Prytkova M.I. [The lesions of the nervous system caused by virus Varicella-Zoster in children] // *Childrens Infections*. 2016; 15 (3): 10—15.
6. Казанцев А.П., Попова Н.И. Внутриутробные инфекционные заболевания у детей и их профилактика. — М., Медицина, 1980. — 228 с. Kazantsev A.P., Popova N.I. [Intrauterine infectious diseases in children and their prevention]. — M., Medicine, 1980. — 228 p. (In Russ).
7. Тимченко В. Н., Сергеева С. А. Булавина О.В. и др. Лечение и профилактика ветряной оспы у детей в современных условиях: Метод. рекомендации. — СПб., 2008. — 32 с. Timchenko V.N., Sergeeva S.A., Bulavina O.V. et al. [Treatment and prevention of varicella in children in modern conditions]: Method. rekomendatsii. — SPb., 2008. — 32 p. (In Russ).
8. Воробьева М.С., Ладыженская И. П., Барханова О. А. и др. Вакцина для профилактики ветряной оспы // Биопрепараты. 2010; 1(37): 32—34. Vorobjeva M.S., Ladyzhenskaya I.P., Barhanova O.A. et al. [A vaccine for the prevention of chickenpox] // *Biopreparaty*. 2010; 1(37): 32—34. (In Russ).
9. Вишнева Е.А., Намазова-Баранова Л.С. Ветрянка прорыва: изменит ли ситуацию новая схема вакцинации // Педиатрическая фармакология; 2011. 8(6): 20—22. Vishneva E.A., Namazova-Baranova L.S. [Chickenpox breakthrough: will the new scheme the vaccination situation] // *Pediatric Farmakologiya*. 2011; 8(6): 20—22. (In Russ).
10. Харченко Г.А., Захарова Ю.Е. Внутриутробные инфекционные заболевания у детей. — Астрахань, 2001. — 186 с. Harchenko G.A., Zakharova Yu.E. [Intrauterine infections in children]. — Astrakhan, 2001. — 186 p. (In Russ).