

© Прокопів О.В., Мостюк А.І., Прикуда Н.М., 2012  
УДК 619.914-036-036.22-0.53.36.

О.В. Прокопів, А.І. Мостюк, Н.М. Прикуда

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ СУЧАСНОЇ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДІТЕЙ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

*Проаналізовано дані хвилеподібної динаміки стабільно високих показників захворюваності на вітряну віспу осіб всіх вікових груп упродовж останніх 12 років. Частка хворих дітей віком до 14 років протягом періоду спостережень становить в середньому 85,1 %. Констатовано 2-разове збільшення показників захворюваності на вітряну віспу дітей віком від 0 до 2 років. Наведено дані про реалізацію пренатального інфікування з розвитком у новонароджених клінічно маніфестних форм природженої вітряної віспи. Серед ускладнень вітряної віспи у дітей, потенційно небезпечних в плані несприятливих наслідків хвороби, на сьогодні чільне місце належить флегмонозним ураженням підшкірних м'яких тканин різних ділянок тіла, схильних до епіфасціального поширення та генералізації інфекції із залученням в патологічний процес внутрішніх органів.*

**Ключові слова:** вітряна віспа, захворюваність, діти, пренатальне інфікування, ускладнення, флегмона.

На сьогодні вітряна віспа займає одне з провідних місць серед інфекційних хвороб дитячого віку з повітряно-крапельним механізмом передачі збудника, поступаючись за поширеністю лише грипу та гострим респіраторним вірусним інфекціям [1-3]. Привертає увагу висока захворюваність на вітряну віспу дорослих [4-6], особливо осіб молодого віку [7]. Традиційні уявлення про вітряну віспу як класичну «дитячу інфекцію», що характеризується переважно легким перебігом і завершується повним одужанням, спростовують дані численних клініко-епідеміологічних спостережень останніх десятиліть.

На тлі стабільно високих показників захворюваності на вітряну віспу як у дітей, так і дорослих прослідковується чітка тенденція щодо неухильного почастішання тяжких та ускладнених форм хвороби. Частота розвитку ускладнень при вітряній віспі у дітей становить близько 5 %, а на тлі фонового імунодефіциту досягає 30-50 % [1].

Після перенесеної вітряної віспи збудник залишається в організмі інтегрованим в нервових клітинах гангліїв спінальних і черепних нервів. На тлі порушень імунних механізмів захисту вірус вітряної віспи, інтегрований в нервових клітинах окремого чи декількох гангліїв, може активізуватися і спричинити клінічно маніфестний оперізувальний герпес відповідної локалізації [8, 9]. Реактивація вірусу вітряної віспи та наступний розвиток оперізувального герпесу зумовлені головним чином порушеннями клітинної ланки імунітету [3]. Закономірно, що здобутки щодо вирішення окремих питань багатогранної проблеми вітряної віспи сприятимуть водночас з'ясуванню окремих проблемних питань оперізувального герпесу.

Обтяжливий вплив фонових розладів імунітету на перебіг вітряної віспи та імовірність розвитку за таких передумов оперізувального герпесу стали підґрунтям для проведення різнопланових наукових досліджень. Домінуюче місце серед них було надано розробленню препаратів для активної імунізації. Вперше живу атенуйовану вакцину проти вітряної віспи розроблено японським вченим Мікіакі Такахаші в 1974 р. Втіленням у практику цієї вакцини підтверджено її ефективність. В Європі активну імунізацію проти вітряної віспи розпочато в 1984 р. вакциною *Varilrix*, розробленою бельгійською компанією «*Glaxo Smith Kline Biologicals*».

В 1995 р. в США вакцинацію проти вітряної віспи було введено у Національний календар щеплень. Про ефективність цього планового профілактичного заходу свідчить наступне. До введення масової вакцинації в США на вітряну віспу щорічно хворіло близько 4 млн осіб, з яких понад 11 тис. підлягали шпиталізації. Уже в першому повідомленні стосовно ефективності масової імунізації проти вітряної віспи було зазначено, що у всіх осіб вакцинація запобігала розвитку середньотяжких та тяжких форм хвороби, а у 86 % вакцинованих – будь-яких клінічних проявів хво-

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

роби [10]. Протягом 5 років з часу введення планової вакцинації захворюваність на вітряну віспу в США зменшилась на 78 %. При цьому частка шпиталізованих хворих на вітряну віспу знизилась з 4,2 до 0,6 % [11]. Нагромаджені на сьогодні результати численних спостережень, проведених у різних країнах світу, підтверджують доцільність проведення активної імунізації проти вітряної віспи [12-15].

Оскільки в Україні вакцинацію проти вітряної віспи не включено в Національний календар щеплень, у найближчі роки марно очікувати позитивних зрушень щодо захворюваності на цю висококонтагіозну інфекційну хворобу [16]. Викликає занепокоєння почастищення тяжких та ускладнених форм вітряної віспи, насамперед у дітей. Серед ускладнень вітряної віспи привертають увагу неврологічні, а саме енцефаліт, менінгоенцефаліт [17-19], мієліт [20, 21]. Занепокоєння викликають гнійні запально-деструктивні ураження підшкірних м'яких тканин різних ділянок тіла [22]. Імовірність розвитку тяжких та ускладнених форм вітряної віспи істотно посилюється в умовах сучасних соціально-економічних та екологічних негараздів, що негативно впливають на реактивність організму [23, 24].

Відтак на сьогодні, в умовах стабільно високих показників захворюваності на вітряну віспу, з точки зору невідкладних потреб практичної медицини, вагоме значення слід надати вивченню епідеміологічних та клінічних особливостей сучасної вітряної віспи у дітей різних вікових груп, з'ясуванню причин розвитку ускладнень, потенційно небезпечних в плані несприятливих наслідків хвороби, оптимізації підходів щодо діагностики та лікування різних варіантів перебігу вітряної віспи. Це й визначило мету нашого дослідження.

### Пацієнти і методи

Вивчення епідеміологічних особливостей вітряної віспи у дітей базується на даних аналізу результатів епідеміологічних спостережень, проведених у дітей віком від 0 до 14 років, протягом 2000-2011 рр. у м. Львові та Львівській області. Показники захворюваності на вітряну віспу дітей віком 15-18 років не могли бути враховані через відсутність відповідних офіційних статистичних даних до 2007 р. Вплив вікового чинника на динаміку показників захворюваності на вітряну віспу у дітей проаналізовано за даними спостережень, проведених у таких вікових групах: від 0 до 2 років, 3-6 та 7-14 років. Окрему увагу відведено вивченню пренатальної передачі інфекції з наступним розвитком природженої вітряної віспи.

Особливості клінічного перебігу сучасної вітряної віспи у дітей різних вікових груп, включаючи період новонародженості, вивчено за результатами обстеження 262 хворих, шпиталізованих у Львівську обласну інфекційну клінічну лікарню (ЛОІКЛ) протягом вищезазначеного 12-річного періоду епідеміологічних спостережень. З огляду на рідкісність розвитку природженої вітряної віспи та окремих ускладнень, потенційно небезпечних в плані несприятливих наслідків хвороби, для поглибленого вивчення цих клінічних форм вітряної віспи період клініко-епідеміологічних спостережень розширили, окресливши його 2-разово більшим, 24-річним періодом спостережень (1988-2011 рр.).

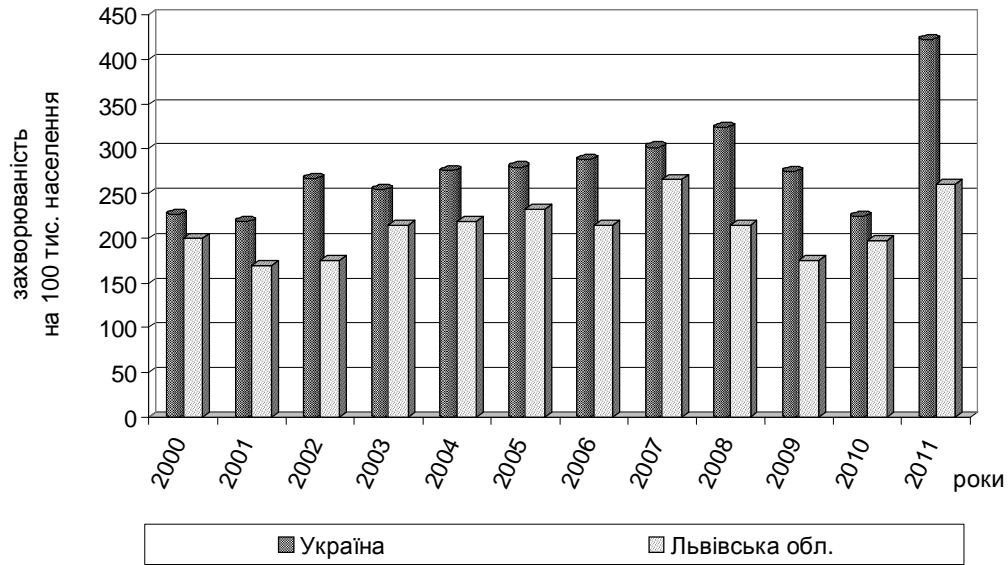
Діагноз вітряної віспи базувався на типових клінічних проявах хвороби з урахуванням даних епідеміологічного анамнезу та результатів загальноприйнятих лабораторних досліджень. За наявності гнійних ускладнень проводили посіви гнійного вмісту з ділянок локальних запальних процесів. У разі позитивних результатів визначали чутливість патогенних бактерій до антибіотиків. За потреби до обстеження хворих залучали консультантів різних фахів, проводили інші допоміжні методи досліджень.

### Результати досліджень та їх обговорення

Співвідношення показників загальної захворюваності на вітряну віспу у Львівській області за період 2000-2011 рр. порівняно з відповідними середніми даними в Україні відображено на малюнку 1.

З малюнка 1 видно, що упродовж останніх 12 років (2000-2011) у Львівській області реєструються високі показники захворюваності на вітряну віспу, коливаючись в межах від 175,6/100 тис. населення (2009 р.) до 265,8/100 тис. населення (2007 р.). Впродовж усіх років спостережень показники захворюваності на вітряну віспу у Львівській області були нижчими від середніх в Україні. Це найбільш чітко ілюструється даними зіставлення відповідних показників у 2008, 2009 та 2011 роках. Водночас виявлено принципову спільність динаміки показників захворюваності на вітряну віспу у Львівській області та в Україні.

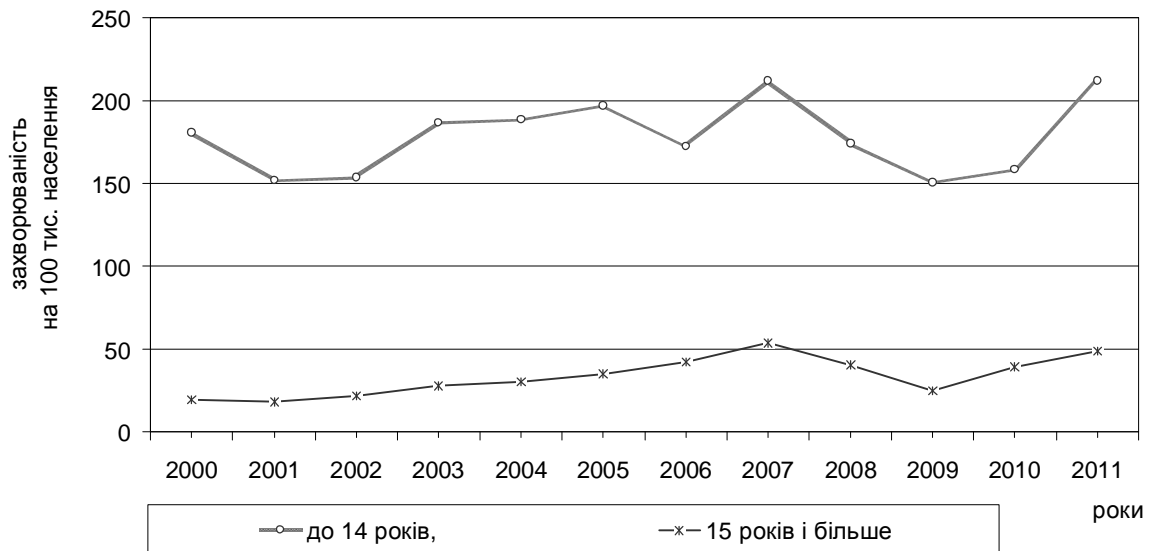
Протягом періоду спостережень показники захворюваності на вітряну віспу міського населення були значно вищими, ніж сільського, в середньому в 16,3 разу, що можна вважати наслідком впливу на ці показники процесів урбанізації. Певне значення може мати також той факт, що мешканці сіл рідше звертаються за медичною допомогою.



Мал. 1. Захворюваність на вітряну віспу в Україні та Львівській області за період 2000-2011 рр.

Випадки захворювання на вітряну віспу у дітей реєструвалися впродовж усього року; чіткого сезонного розподілу захворюваності у дітей не ви-

явлено. Динаміку показників захворюваності на вітряну віспу дітей віком від 0 до 14 років та осіб старшого віку відображено на малюнку 2.



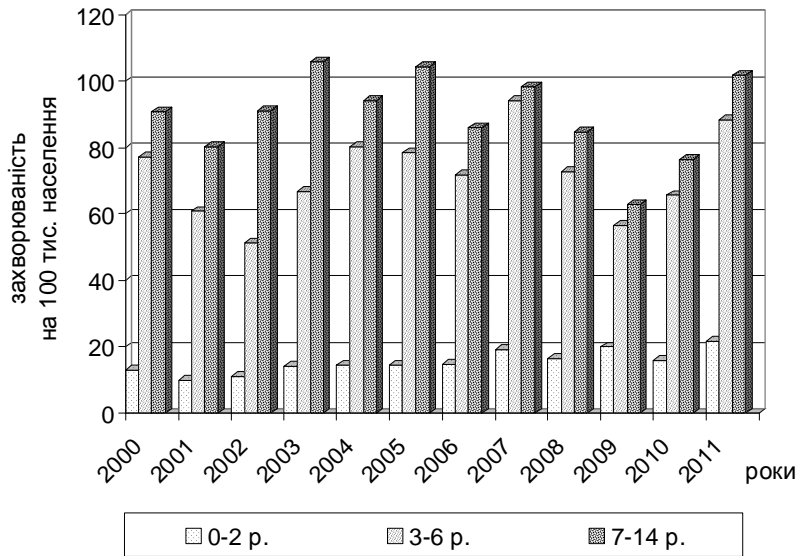
Мал. 2. Захворюваність на вітряну віспу дітей віком до 14 років і осіб старшого віку за період 2000-2011 рр.

З малюнка 2 видно, що упродовж всіх років спостережень показники захворюваності на вітряну віспу дітей віком до 14 років істотно вищі, ніж в осіб старшого віку. Виявлено однотипну спрямованість кривої динаміки показників захворюваності на вітряну віспу з характерними хвиле-

подібними коливаннями. У дітей віком до 14 років ці коливання більш виразні.

Співвідношення показників захворюваності на вітряну віспу у дітей різних вікових груп, виділених в межах вікової групи від 0 до 14 років, відображено на малюнку 3.

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



Мал. 3. Вікова структура захворюваності дітей на вітряну віспу у Львівській області за період 2000 – 2011 рр.

З малюнка 3 видно, що в межах вікової групи дітей від 0 до 14 років найвищий рівень захворюваності на вітряну віспу впродовж 2000-2011 рр. реєструвався у дітей 7-14 років. Показники захворюваності на вітряну віспу у дітей віком 3-6 років були суттєво нижчими. При цьому виявлено неоднозначну різницю між показниками захворюваності в зазначених групах зіставлення. Так, у 2002 р. при різниці показників захворюваності, що становить 33,8/100 тис. населення, у 2007 р. цей показник досягає лише 4,3/100 тис. населення. Чітка тенденція щодо неухильного підвищення захворюваності на вітряну віспу у дітей віком від 0 до 2 років констатована упродовж всього періоду 12-річних епідеміологічних спостережень, завершилася в 2011 р. 2-разовим збільшенням показників захворюваності у дітей цієї вікової групи.

Крім закономірного для вітряної віспи повітряно-крапельного механізму передачі збудника хвороби, особливу увагу слід надати пренатальній передачі інфекції з розвитком природженої вітряної віспи. Поглиблене вивчення рідкісних випадків природженої вітряної віспи, як і деяких ускладнень хвороби, потенційно небезпечних в плані несприятливих наслідків, визначили доцільність розширення періоду епідеміологічних та клінічних спостережень у межах 1988-2011 рр.

Протягом 1988-2011 рр. під нашим спостереженням знаходилося 13 новонароджених, у яких перші клінічні симптоми вітряної віспи появилися на 1-7-й дні життя: у 9 хворих – 1-4-й, у 4 хворих – 6-7-й. Оскільки навіть мінімальна тривалість інку-

баційного періоду вітряної віспи (9 днів) більша від термінів появи перших симптомів хвороби, можливість постнатального інфікування у цих новонароджених виключається. Отже, йдеться про їх пренатальне інфікування – природжену вітряну віспу.

При вивченні даних епідеміологічного анамнезу було з'ясовано, що 9 із 13 вагітних, діти яких захворіли на природжену вітряну віспу на 1-4-й дні життя, напередодні пологів перенесли цю інфекційну хворобу. Ці дані епіданамнезу було враховано лише після того, коли у народжених ними дітей діагностовано типову вітряну віспу. При настанні пологів у вагітних в періоді реконвалесценції у новонароджених переважали легкі форми природженої вітряної віспи (6 із 9 хворих). Очевидно, в цих випадках потрапляння відповідного вірусу в організм плода поєднується з наступним трансплацентарним проникненням дедалі більшої кількості нагромаджених специфічних материнських антитіл. Це може сприяти легшому перебігу хвороби. У 3 із цих новонароджених спостерігалася середньотяжка форма природженої вітряної віспи.

Матері 4 дітей, в яких природжену вітряну віспу діагностовано на 6-7-й дні життя, захворіли на цю інфекційну хворобу за 1-3 дні до пологів. У цих вагітних на час настання пологів ще спостерігалися виразні клінічні симптоми вітряної віспи, продовжувався період висипань.

У 3 із 4 хворих, народжених за наявності у їх матерів під час пологів виразної клінічної симп-

томатики вітряної віспи, природжена вітряна віспа перебігала в середньотяжкій формі. В одного хворого спостерігалася генералізована форма природженої вітряної віспи. Наводимо стислі дані про цей випадок.

*Хлопчик Р.Я., мешканець с. Мшана, Городоцького району Львівської області, у віці 12 днів поступив у реанімаційне відділення ЛОІКЛ у вкрай тяжкому стані 16.07.2002 р. (карта стаціонарного хворого № 1835/663). Дитина народилася від першої доношеної вагітності, стрімких пологів, масою тіла 3100 г. З пологового будинку виписаний через три дні. Знаходився на грудному вигодовуванні. На 6-й день життя мати помітила на шкірі тулуба дитини поодинокі елементи висипань. Протягом наступних двох днів появилися нові висипання на шкірі тулуба, кінцівок та волосистої частини голови. Оскільки загальний стан дитини залишався задовільним, висипання не викликали занепокоєння. Проте на 4-й день хвороби дитина стала неспокійною, температура тіла підвищилася до субфебрильної (37,2-37,6 °С). Протягом наступних двох днів на тлі значного порушення загального стану (неспокій, відмова від грудей, зригвання, часті рідкі випорожнення) та підвищення температури тіла до 38,2-39,1 °С, шкіра дитини дедалі рясніше покривалася новими елементами міхурцевих висипань. Відтак на 6-й день хвороби дитину доставлено на стаціонарне лікування в ЛОІКЛ з підозрою на тяжку форму вітряної віспи. З епідеміологічного анамнезу з'ясовано, що за 17 днів до пологів мати знаходилася в контакті з хворим на вітряну віспу. В день пологів породілля помітила окремі елементи міхурцевих висипань на шкірі тулуба і лица. Незначне порушення загального стану та навіть констатоване дворазове короткотривале підвищення температури тіла до 37,2 і 37,4 °С не привертало уваги. Очевидно, породілля перенесла легку форму вітряної віспи, а в інкубаційному періоді стала джерелом внутрішньоутробного інфікування народженої нею дитини.*

*При шпиталізації дитини в реанімаційне відділення ЛОІКЛ спостерігалася суцільне ураження шкіри та видимих слизових оболонок везикульозними елементами вітрянкової екзантеми та енантеми. Загальний стан дитини протягом 4-5 днів залишався вкрай тяжким. На тлі гіпертермії спостерігалися прояви нейротоксикозу, дихальної недостатності та розлади гемодинаміки. Констатована симптоматика поліорганної недостатності віддзеркалювала, очевидно, одночасне специфічне вірусне ураження внутрішніх органів. Завдяки включенню в комплексне лікування ацикловіру (10 мг/кг маси тіла протягом 7 днів в/в),*

*полівалентного імуноглобуліну (0,2 мл/кг маси тіла протягом 3 днів поспіль в/в), антибіотиків широкого спектру дії, середників стимуляції локальних репаративних процесів в уражених ділянках слизових оболонок і шкіри, проведенню перманентної корекції розладів гомеостазу на 16-й день стаціонарного лікування вдалося досягти повного одужання хворої дитини. Тривалими катamnестичними спостереженнями, проведеними протягом 7 років, підтверджена стійкість повного одужання дитини, яка перенесла в періоді новонародженості генералізовану форму природженої вітряної віспи.*

Крім пренатального інфікування та розвитку у 13 дітей природженої вітряної віспи, у 19 дітей в періоді новонародженості спостерігали вітряну віспу постнатального інфікування, що перебігала типово в легкій (7 хворих), середньотяжкій (9) та тяжкій (3 хворих) формах хвороби. Як при пренатальному, так і постнатальному інфікуванні, переважав неускладнений перебіг вітряної віспи. Лише у 7 із 32 (21,8 %) хворих розвинулися бактерійні ускладнення, а саме: піодермія (3 хворих), пневмонія (2), отит (2 хворих). Це визначало необхідність посилення антибактерійного лікування. Всі діти, що захворіли на вітряну віспу в періоді новонародженості, одужали.

За даними наших спостережень, серед ускладнень вітряної віспи у дітей, потенційно небезпечних в плані несприятливих наслідків хвороби, чільне місце належить флегмонозним ураженням підшкірних м'яких тканин різних ділянок тіла.

Упродовж 1988-2011 рр. ми спостерігали 35 хворих на вітряну віспу дітей з флегмонозними ураженнями підшкірних м'яких тканин. З них у 20 хворих перші клінічні симптоми флегмонозних уражень різних ділянок тіла розвинулися на 3-9-й дні хвороби, у 15 хворих – на етапі завершення періоду висипань. На тлі раптового погіршення загального стану та підвищення температури тіла до фебрильних чисел появилися інтенсивні болі в різних ділянках тіла: грудної клітки (14 хворих), черевної стінки (11), поперекової ділянки (7) та стегон (3 хворих). При огляді в цих ділянках спостерігалися почервоніння та ціанотичний відтінок шкіри, визначалася значна інфільтрація підлеглих м'яких тканин. Локальний патологічний процес швидко поширювався на суміжні ділянки тіла. Ефективність лікування флегмонозних ускладнень вітряної віспи забезпечували відповідні хірургічні втручання (здебільшого повторні), з розкриттям та дренажуванням міжфасціальних гнійних

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

запливів, що проводилися на тлі застосування потужної комбінованої антибіотикотерапії.

В однієї дитини віком 1,5 року обширне та глибоке флегмонозно-некротичне ураження правої ступні зумовило необхідність проведення радикального хірургічного втручання з ампутацією дистальних фаланг трьох пальців.

У дівчинки віком 7 років, хворої на вітряну віспу середнього ступеня тяжкості, спостерігали розвиток септикопемії із залученням в патологічний процес декількох великих суглобів, прилеглих м'яких тканин та внутрішніх органів. Проведеним комплексним лікуванням, тривалістю 40 днів, було досягнуто одужання хворої, відновлення втрачених рухових функцій в уражених суглобах. Цей випадок детально описаний нами у 2010 році [25].

Крім наведених вище 35 випадків флегмонозних ускладнень вітряної віспи, у 4 хворих віком 7, 9, 10 і 12 років на етапі підсихання кірочок діагностовано абсцеси в підшкірних м'яких тканинах ділянок живота (2 хворих) та попереку (2 хворих), у яких проведенням відповідних хірургічних втручань досягнуто швидкого одужання.

У 14 із 26 (53,8 %) обстежених хворих з вищепереліченими бактерійними ускладненнями вітряної віспи з ділянок ураження виділено патогенні бактерії: *S. aureus* (7 хворих), *S. pyogenes* (5) та *P. aeruginosa* (2 хворих). При цьому у 3 хворих одночасно виділено *S. aureus* та *S. pyogenes*.

Крім 35 випадків флегмонозних ускладнень вітряної віспи, виявлених нами упродовж 1988-2011 рр., у 2012 році це ускладнення розвинулося протягом одного місяця у 3 дітей віком 2,5-5 років. Ці хворі, жителі різних районів Львівської області, одночасно лікувалися в січні 2012 р. у хірургічному та реанімаційному відділеннях Львівської міської дитячої клінічної лікарні. Цей факт викликає занепокоєння як своєрідний провісник імовірного почастішання флегмонозних ускладнень вітряної віспи у дітей. Доцільно також зазначити, що у 24 із 35 (68,8 %) хворих флегмонозні ураження при вітряній віспі розвинулися протягом останніх 12 років (2000-2011), тобто в 2,2 разу частіше, ніж впродовж попереднього 12-річного етапу спостережень.

### Висновки

1. При захворюванні на вітряну віспу вагітних напередодні пологів може реалізуватися пренатальна передача інфекції з розвитком у новонароджених клінічно маніфестних форм вітряної віспи.

2. На тлі стабільно високих показників захворюваності на вітряну віспу протягом останніх 12 років констатовано 2-разове збільшення захворюваності на цю інфекцію дітей віком від 0 до 2 років.

3. Серед ускладнень вітряної віспи у дітей, потенційно небезпечних в плані несприятливих наслідків хвороби, на сьогодні чільне місце належить флегмонозним ураженням підшкірних м'яких тканин різних ділянок тіла, схильних до епіфасціального поширення та генералізації інфекції із залученням в патологічний процес внутрішніх органів.

4. Імовірність проникнення при вітряній віспі патогенних бактерій через ерозивні поверхні везикульозних елементів висипань визначає необхідність спостереження за хворим до повного завершення епітелізації уражених ділянок шкіри.

### Література

1. Крамарев С.О. Особливості сучасного перебігу вітряної віспи у дітей / С.О. Крамарев, В.В. Євтушенко // Современная педиатрия. – 2006. – № 3. – С. 39-46.
2. Чудная Л.М. Ветряная оспа: анализ проблемы и пути решения / Л.М. Чудная, А.И. Гриневич // Сучасні інфекції. – 2002. – № 2. – С. 117-120.
3. Heininger U. Ветряная оспа / U. Heininger, J.F. Seward // Therapia. – 2007. – № 1. – С. 9-20.
4. Зубленко О.В. Вітряна віспа в Україні та сучасний підхід до її профілактики / О.В. Зубленко // Сімейна медицина. – 2006. – № 2. – С. 90-92.
5. Современные особенности течения ветряной оспы у взрослых / [Е.В. Рябоконе, О.И. Гостищева, Н.С. Ушенина и др.] // Патология. – 2010. – Т. 7, № 1. – С. 96-99.
6. Клінічні особливості вітряної віспи у дорослих / Б.М. Дикий, О.П. Бойчук, О.Є. Кондрин та ін. // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 3. – С. 88-89.
7. Трихліб В.І. Вітряна віспа в осіб молодого віку / В.І. Трихліб, Б.М. Горішній // Інфекційні хвороби. – 2008. – № 2. – С. 65-69.
8. Gnann J.W. Опоясывающий герпес / J.W. Gnann, R.J. Whitley // Therapia. – 2006. – № 10. – С. 46-50.
9. Hambleton S. Ветряная оспа и опоясывающий герпес / S. Hambleton, A.A. Gershon // Therapia. – 2007. – № 1. – С. 9-20.
10. Izurienta H.S. Postlicensure effectiveness of varicella vaccine during an outbreak in a child care center / H.S. Izurienta, P.M. Strebel, P.A. Blake // JAMA. – 1997. – Vol. 278, N 5. – P. 1495-1499.
11. Live attenuated Varicella virus vaccine: efficacy trial in healthy children / [J. Seward, B. Watson, C. Peterson et al.] // JAMA. – 2002. – Vol. 287, N 5. – P. 606-611.
12. Varicella vaccination in immunocompromised children contacts / [L. Bertoluzzo, A. Timitilli, C. Micalizzi et al.] // Abstracts 5th World Congress of the World Society for Pediatric Infectious Diseases – WSPID (Bangkok, Thailand, November 15-18, 2007). – 2007. – P. 190.

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

13. Etienne J. Vaccination: actualites et perspectives / J. Etienne // INSERM Expertise collective. Paris. – 1999. – P. 294-295.
14. Representation of varicellae for a three year period with children / I. Timovski, V. Angelovska, V. Timovski, S. Naunova // Abstracts 5th World Congress of the World Society for Pediatric Infectious Diseases – WSPID (Bangkok, Thailand, November 15-18, 2007). – 2007. – P. 260.
15. Prospective surveillance of hospitalizations associated with varicella-zoster virus infections in children and adolescents / [J. Bonhoeff, G. Baer, B. Muehleisen et al.] // Eur. J. Pediatr. – 2005. – Vol. 164. – P. 366-370.
16. Задорожна В.І. Дитячі інфекційні хвороби та перспективи сучасної вакцинології / В.І. Задорожна // Профілактична медицина. – 2008. – № 2. – С. 63-68.
17. Харченко Г.А. Энцефалит при ветряной оспе / Г.А. Харченко, Л.С. Чанпалова // Педиатрия. – 1991. – № 6. – С. 83-84.
18. Ветряночный энцефалит / [А.В. Краснов, Г.И. Кожевина, Е.Н. Воронина и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. – 2009. – № 3 (38). – С. 35-37.
19. Cerebellar ataxia due to varicella in children / [J. Kavaliotis, A. Sakellaropoulou, E. Stergiou et al.] // Abstracts 5th World Congress of the World Society for Pediatric Infectious Diseases – WSPID (Bangkok, Thailand, November 15-18, 2007) – 2007. – P. 251.
20. Мієліт – ускладнення вітряної віспи, що трапляється нечасто / В.П. Малий, П.В. Нартов, О.В. Волобуєва, В.Н. Братусь // Інфекційні хвороби. – 2004. – № 4. – С. 92-93.
21. Ветряночный миелит / [С.А. Мальмберг, О.Ю. Хаванская, В.В. Дьякова и др.] // Неврологический журнал. – 2004. – № 5. – С. 33-37.
22. Морозов Э.Ф. Опыт лечения некротической флегмоны подкожной клетчатки у детей на фоне ветряной оспы / Э.Ф. Морозов, Ю.Э. Шимкус // Актуальные вопросы детской хирургии. – 1989. – Т. 122. – С. 43-45.
23. Злоякісний перебіг вітряної віспи у дітей Донецького регіону / [Н.П. Скородумова, А.І. Бобровицька, Л.О. Гончарова та ін.] // Тяжкі форми інфекційних хвороб і невідкладні стани: матер. наук.-практ. конф. і пленуму Асоціації інфекціоністів України (16-17 травня 2002 р., Дніпропетровськ). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 191-192.
24. Фролов В.М. Цитокиновий профіль у хворих з ускладненнями вітряної віспи / В.М. Фролов, І.В. Лоскутова // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – Київ – Луганськ – Харків, 2006. – Вип. 1 (70). – С. 100-106.
25. Прокопів О.В. Септикопемія як ускладнення вітряної віспи / О.В. Прокопів, А.І. Мостюк, Н.М. Прикуда // Сучасні інфекції. – 2010. – № 1. – С. 83-86.

### EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS OF CURRENT CHICKEN POX IN CHILDREN

O.V. Prokopiv, A.I. Mostiuk, N.M. Prikuda

*SUMMARY. The data of wavy dynamics of constantly high chicken pox incidence rate in persons of all age groups for the last 12 years has been analyzed. The part of children under 14 having chicken pox constitutes 85.1% on average. A 2-fold increase of chicken pox incidence rate of children from 0 to 2 years old has been recorded. The data on prenatal infection with the development of clinically manifest forms of congenital chicken pox in newborns has been presented. Among the potentially dangerous complications of chicken pox in children in terms of adverse effects, nowadays the leaders are the phlegmonous lesions of subcutaneous soft tissues of parts of the body prone to epifastial expansion and infection generalization with involvement into the pathological process of internal organs.*

**Key words:** Chicken pox, incidence, children, prenatal infection, complications, phlegmon.

Отримано 11.04.2012 р.