

<https://doi.org/10.34883/PI.2025.14.2.045>



Давидович Г.М.¹ ✉, Иванова М.А.¹, Барановская Н.В.²

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Городская клиническая инфекционная больница, Минск, Беларусь

Клинические случаи ветряной оспы у взрослых

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: все авторы внесли существенный вклад в проведение аналитической работы и подготовку статьи, изучили и одобрили финальную версию к публикации.

Подана: 26.05.2025

Принята: 09.06.2025

Контакты: gm120@mail.ru

Резюме

Представлены описания клинических случаев ветряной оспы у взрослых пациентов. Иммунокомпетентный пациент с убедительными эпидемическими предпосылками (контакт с источником вируса ветряной оспы) демонстрировал тромбоцитопению, элевацию печеночных трансаминаз более пяти норм по АЛТ, гнойно-некротические элементы поражения кожи. Второй представленный пациент имел иммунокомпрометированный коморбидный фон (болезнь Крона, прием азатиоприна) без контактов с возможным источником заболевания в анамнезе, что потребовало подтверждения диагноза «ветряная оспа» детекцией возбудителя методом полимеразной цепной реакции в содержимом везикул кожи.

Ключевые слова: ветряная оспа, взрослые, клинические варианты

Davidovitch G.¹ ✉, Ivanova M.¹, Baranovskaja N.²

¹ Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

² Minsk Infectious Diseases Hospital, Minsk, Belarus

Clinical Cases of Chickenpox in Adults

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: all authors made a significant contribution to the analytical work and the preparation of the article, studied and approved the final version before publication.

Submitted: 26.05.2025

Accepted: 09.06.2025

Contacts: gm120@mail.ru

Abstract

Descriptions of clinical cases of chickenpox in adult patients are presented. An immunocompetent patient with convincing epidemic prerequisites (contact with a source of varicella-zoster virus) demonstrated thrombocytopenia, elevation of hepatic transaminases more than five ALAT norms, purulent-necrotic elements of skin lesions. The second presented patient had an immunocompromised comorbid background (Crohn's disease, azathioprine administration) with no history of contact with a possible source of

the disease, which required confirmation of the diagnosis of chickenpox by detection of the pathogen by polymerase chain reaction in the contents of skin vesicles.

Keywords: chickenpox, adults, clinical variants

■ ВВЕДЕНИЕ

Ветряная оспа (B01.9 по МКБ-10) – острое антропонозное заболевание, вызываемое вирусом *Varicella Zoster* (B3B), передающееся воздушно-капельным путем, сопровождающееся лихорадкой, симптомами интоксикации, поражением кожи и слизистых оболочек в виде пятнисто-папулезной и везикулезной сыпи. Экзантема при ветряной оспе имеет распространенный характер, локальные везикулезные высыпания наблюдаются при таких заболеваниях, как простой герпес и опоясывающий лишай. Кроме того, у детей с импетиго, вызванным стафилококковой инфекцией кожи, в летний период могут возникать везикулезные высыпания, а у взрослых пациентов с заболеваниями печени, почечной недостаточностью и сахарным диабетом буллезное поражение кожи может быть связано с *V. vulnificus* бактериемией [1]. Поражение кожи везикулезного характера часто встречается у пациентов с гематологическими злокачественными новообразованиями, что требует исключения герпетической и энтеровирусной инфекций. Поражение кожи и слизистых оболочек при ветряной оспе необходимо дифференцировать с контактным дерматитом, лекарственным поражением кожи, ранним синдромом Стивенса – Джонсона и аутоиммунными заболеваниями с волдырями, включая синдром Свита.

В последние годы увеличение частоты инвазивных инфекций мягких тканей (гангренозной формы ветряной оспы, некротизирующего фасциита), связанных с присоединением вторичной бактериальной инфекции, регистрируется не только у иммунокомпрометированных взрослых. Ранним проявлением бактериальной суперинфекции служат гиперемия основания свежих везикул или пустул, повторный подъем температуры тела через несколько дней после появления сыпи, изменения воспалительного характера в анализах крови [2, 3].

Восприимчивость к ветряной оспе почти абсолютная, что обуславливает высокую заболеваемость среди детей дошкольного и школьного возраста. По данным ВОЗ, ежегодно госпитализируется 4,2 миллиона пациентов с тяжелой ветряной оспой, а летальность достигает 4200 случаев во всем мире. Учитывая широкое распространение и высокую контагиозность, заболевание встречается и у взрослых. Уровень заболеваемости ветряной оспой среди взрослых невысокий, однако риск возникновения у них тяжелых осложнений и летальных исходов выше, чем у детей [4, 5]. По данным литературы, в структуре осложнений ветряной оспы описаны кожные инфекции, инфекции мягких тканей, дисфункция ЦНС, коагулопатия, кератоконъюнктивит, пневмонит, гепатит, нефропатия, другие осложнения [4]. Наибольший риск тяжелого и осложненного течения ветряной оспы наблюдается у лиц с коморбидными состояниями: ВИЧ-инфекцией, сахарным диабетом, аутоиммунными заболеваниями, бронхиальной астмой, хроническим гепатитом, системными заболеваниями соединительной ткани [6].

■ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Пациент К., мужчина, 26 лет, обратился самостоятельно в приемное отделение УЗ ГКИБ 20.12.2023 с жалобами на лихорадку до 39 °С, боли в горле, обильные высыпания на коже туловища, конечностей, лица и волосистой части головы. Из анамнеза установлено, что заболел 14.12.2023, когда появились первые элементы пятнисто-папулезной сыпи, лихорадка до 38 °С. Все последующие дни отмечал увеличение количества элементов сыпи на туловище, конечностях с распространением на слизистые оболочки полости рта и половых органов. Весь период высыпаний сохранялась фебрильная лихорадка.

Из эпидемиологического анамнеза выявлено, что накануне заболевания был в контакте с родными сестрами, перенесшими ветряную оспу ранее. Объективный статус: общее состояние средней тяжести, температура тела 38 °С. В сознании, на вопросы отвечает по существу. Очаговой неврологической симптоматики и менингеальных знаков нет. На коже волосистой части головы, туловища, конечностей имеются множественные элементы пятнисто-папулезной, везикулезной и пустулезной сыпи, отдельные элементы имеют вид язвочек с глубоким некротическим дном. Многочисленные везикулы и афты на слизистой полости рта, гениталий. В легких дыхание жесткое, ЧД 16 в минуту. Сатурация 98% при дыхании атмосферным воздухом. Ритм сердца правильный, тоны приглушены, ЧСС 122 удара в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления без особенностей. Госпитализирован с диагнозом «ветряная оспа, тяжелое течение».

Результаты лабораторных и инструментальных исследований от 20.12.2023. Общий анализ крови (ОАК): гемоглобин 140 г/л; лейкоциты $12,4 \times 10^9$ /л; эозинофилы 1%; палочкоядерные нейтрофилы 8% ($0,992 \times 10^9$ /л при норме 0,04–0,3); сегментоядерные нейтрофилы 42%; лимфоциты 37%; моноциты 12%; тромбоциты 150×10^9 /л; СОЭ 7 мм/ч.

Биохимический анализ крови (БАК): АЛТ 347 Ед/л (0–65); АСТ 318 Ед/л (0–50); ЛДГ 843 Ед/л (207–414); ферритин 3647 мкг/л (20–250); СРБ 95 мг/л (0–5).

Распространенность сыпи, пустулезно-некротический характер элементов, нейтрофильный лейкоцитоз и тромбоцитопения в гемограмме, высота лихорадки, elevation печеночных трансаминаз (более пяти норм по АЛТ), повышение уровня СРБ свидетельствовали о тяжести заболевания, что потребовало назначения как противовирусных, так и антибактериальных лекарственных средств, гепатопротекторов: валациклоvir 1000 мг 3 раза в сутки внутрь; цефтриаксон 2 г/сутки; аденOMETионин (гептал-НАН). Проводилась обработка кожи спиртовым раствором бриллиантового зеленого, обработка слизистых хлоргексидином и фурацилином.

На вторые сутки (21.12.2023) отмечалось снижение уровня тромбоцитов до 145×10^9 /л с последующим восстановлением до нормы (332×10^9 /л). Гемостазиограмма: Д-димер 1451 нг/мл (0–250); АЧТВ 53 с (25,4–36,9); ПТИ 111% (70–128); фибриноген 2,9 г/л (2,76–4,71).

Рентгенография ОГК от 21.12.2023: без патологических изменений. ИФА ВИЧ отрицательно, маркеры вирусных гепатитов отрицательные.

В динамике увеличилось количество пустулезных элементов сыпи, появился зуд кожи. Более обильными стали высыпания на слизистой полости рта и гениталий. На 6-е сутки терапии наблюдалась нормализация лабораторных показателей. С 8-го дня болезни прекратились новые высыпания, температура снизилась до субфебрильных

цифр с последующей нормализацией на 10-й день болезни. С 12-го дня болезни наблюдалась обратная динамика сыпи с трансформацией в корочки и рубцеванием на местах некротических элементов. Выписан в удовлетворительном состоянии 27.12.2023 на 14-е сутки от начала заболевания.

Пациент Ш., мужчина, 43 года, переведен в УЗ ГКИБ 09.05.2022 на 10-й день болезни из гастроэнтерологического отделения общесоматического стационара, где он находился на лечении с диагнозом «болезнь Крона, терминальный илеит, поражение дистальных отделов подвздошной кишки, тощей и 12-перстной кишки, желудка, воспалительная форма, активность высокой степени, рецидив на фоне проводимого лечения (азатиоприн, месалазин)» с 03.05.2022.

Заболел 30.04.2022, когда появилась лихорадка до 38 °С. Был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с подозрением на рецидив болезни Крона на 3-и сутки лихорадки. Первые элементы пятнисто-папулезной сыпи на коже появились в день госпитализации, в течение последующих пяти суток сыпь стала более обильной и приобрела везикулезно-пустулезный характер, распространилась на слизистые полости рта и половых органов. Весь период высыпаний сохранялась лихорадка до 39 °С с последующим снижением до субфебрильных цифр. Осматривался аллергологом, предполагался аллергический генез сыпи, был назначен преднизолон 60 мг внутривенно, антигистаминные препараты. Подозрение на ветряную оспу возникло на 6-е сутки пребывания в общесоматическом стационаре, и пациент был переведен в инфекционную больницу. При поступлении в инфекционный стационар жаловался на слабость, обильные высыпания на коже, рези при мочеиспускании, боли в горле, жидкий стул, однократно рвоту утром. Ранее ветряной оспой не болел, контакт с больными ветряной оспой отрицал. Объективный статус: общее состояние средней тяжести. Температура 37,2 °С. Сознание ясное, тревожен, эмоционально лабилен. Менингеальных симптомов нет. Телосложение гиперстеническое, ИМТ = 29,1 кг/м². На коже волосистой части головы, туловища, конечностей обильная полиморфная сыпь в виде папул, везикул и пустул с широким гиперемическим ареолом. Шейная лимфаденопатия до 1,5 см в диаметре. АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, хрипы не прослушиваются. ЧД 22 в минуту. Сатурация 97% при дыхании атмосферным воздухом. Слизистая полости рта гиперемирована, на слизистой мягкого и твердого неба афты. Язык суховат. Живот мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень на 2 см ниже края реберной дуги, пальпация безболезненна. Селезенка не пальпируется. Стул два раза кашицеобразный. Рези при мочеиспускании, диурез сохранен, моча обычного цвета. Пустулы и афты на слизистой полового члена.

При обследовании ОАК от 10.05.2022: гемоглобин 134 г/л; лейкоциты $6,4 \times 10^9$ /л; эозинофилы 1%; палочкоядерные нейтрофилы 12%; сегментоядерные нейтрофилы 70%; лимфоциты 9%; моноциты 8%; СОЭ 34 мм/ч. БАК: АЛТ 130 Ед/л (0–65); ферритин 573 мкг/л (20–250). Гемостазиограмма от 10.05.2022: Д-димер 1108 нг/л (0–250); МНО 0,96 (0,8–1,2). ИФА ВИЧ отрицательно.

Лихорадка с полиморфной сыпью у иммунокомпрометированного пациента, независимо от возраста, может быть проявлением герпетической инфекции, в частности ВЗВ-инфекции. Было решено начать эмпирическую противогерпетическую терапию валацикловиром 1000 мг 3 раза в сутки внутрь. Пустулезный характер элементов

с широким гиперемическим ареолом свидетельствовал о бактериальной инфекции кожи, что потребовало назначения антибактериальных лекарственных средств: моксифлоксацин 400 мг/сутки.

Для уточнения диагноза было проведено исследование содержимого везикул методом ПЦР, где обнаружена ДНК ВЗВ (11.05.2022). Это позволило уточнить диагноз «ветряная оспа» и продолжить этиотропную терапию валацикловиром.

На 11-й день от начала заболевания нормализовалась температура тела, улучшилось самочувствие, элементы сыпи трансформировались в корочки. Выписан в удовлетворительном состоянии 13.05.2022 на 14-й день от начала заболевания.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Особенность представленных случаев состоит в трудности дифференциальной диагностики везикулезных поражений кожи и слизистых оболочек у взрослых пациентов с лихорадкой. Пациенты, независимо от коморбидного состояния, демонстрировали гнойно-некротический характер высыпаний и распространенную экзантему. Были отмечены тромбоцитопения и элевация печеночных трансаминаз, что отражало системность поражения. Оба пациента нуждались в назначении не только противовирусной, но и антибактериальной терапии.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kang J.H. Febrile Illness with Skin Rashes. *Infect Chemother.* 2015;47(3):155–166.
2. Balikin V.F., Filosofova M.S. (2014) Expansion of clinical polymorphism and increasing severity of Varicella Zoster infection in children. *XIII Congress of Children's Infectious Disease Specialists of Russia "Current Issues of Infectious Pathology and Vaccine Prevention"*, Moscow. P. 8. (in Russian)
3. Kuvatov S.S. A case of gangrenous chickenpox in a 9-year-old patient. *Pediatrician.* 2008;6:11–13. (in Russian)
4. Zryachkin N.I., Buchkova T.N., Chebotareva G.I. Complications of chickenpox (literature review). *Journal of Infectology.* 2017;9(3):117–126. (in Russian)
5. Tunbridge A.J., Breuer J., Jeffery K.J.M. Chickenpox in adults – Clinical management. *Journal of Infection.* 2008 Aug;57(2):95–102. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2008.03.004>
6. Zykova O.A., Vorob'eva E.A. Chickenpox in Adults and Children. *Infection. dis.: news, opinions, education.* 2016;3:64–68. (in Russian)