

УДК 578.835.17-022.6-053.2

РИХСИЕВ У.Ш., ЮЛДАШЕВ М.А., МУН А.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИРУСНОЙ ЭКЗАНТЕМОЙ, В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Резюме. В статье представлены данные о вирусной экзантеме, вызываемой энтеровирусом Коксаки (Coxsackie A16), у детей. Описаны особенности течения и трудности в диагностике и лечении заболевания в аридном регионе.

Ключевые слова: вирусная экзантема, энтеровирус Коксаки, дети.

В практической деятельности инфекционистов, педиатров, гастроэнтерологов, дерматологов, аллергологов и особенно врачей общей практики (ВОП) часто приходится сталкиваться с проявлениями экзантемы (внезапная экзантема, вирусная пузырчатка, exanthem subitum, roseola infantum). Диагноз вирусной экзантемы (ВЭ) в практике вышеперечисленных специалистов ставится крайне редко, хотя, по данным мировой литературы, до 10 % детей младшего возраста с лихорадочными состояниями госпитализируются именно по этой причине [1]. Низкая диагностика ВЭ в первую очередь зависит от этиологических факторов и патогенетических механизмов, которые в научной литературе освещены недостаточно. Более того, согласно мировому опыту, сходная симптоматика (лихорадка, экзантема) наблюдается при многих вирусных заболеваниях, вызываемых вирусом герпеса человека 6-го и 7-го типа, энтеровирусной инфекции Коксаки А и В, ЕСНО [2–4]. Во-вторых, современные методы дифференциальной этиологической диагностики вирусных инфекций у детей изучены недостаточно и используются не в полной мере в практической медицине [5].

Известно, что Центральная Азия является аридным регионом, и практикующие врачи данного региона очень часто сталкиваются с наиболее распространенной формой ВЭ, вызываемой энтеровирусом Коксаки (Coxsackie A16). Это заболевание — частая причина госпитализации, хотя до сих пор остается плохо изученной нозологией. Неправильная диагностика и неадекватное лечение в самом начале заболевания со стороны врачей, и в первую очередь ВОП, часто приводят к непрофильной госпитализации и развитию нежелательных осложнений, требующих более длительного стационарного лечения. Знание причин экзантемных заболеваний в детском возрасте имеет большое значение для выделения групп жизнеугрожающих заболеваний и проведения профилактических мероприятий.

Своевременная диагностика и выбор правильной тактики лечения требуют междисциплинарной кооперации специалистов, поэтому мы остановимся на ВЭ, вызываемой энтеровирусом Коксаки, более подробно. Начальные проявления этой формы ВЭ схожи с проявлениями многих других инфекционных (лихорадка, слабость, боли в животе, артралгия и т.д.) и аллергических (макулезная, макулопапулезная сыпь в начале) заболеваний с поражениями респираторного и гастроинтестинального трактов, затрудняющими дифференциальную диагностику. Клиническая картина с характерной морфологией часто оказывается важным диагностическим критерием, как и анамнез, физикальное обследование (наличие сопутствующих симптомов, а также возраст ребенка). При сомнительных случаях можно провести лабораторные (серологические) исследования для подтверждения диагноза [6].

ВЭ обычно поражаются дети младшего возраста до 10 лет, реже — взрослые. Эпидемии возникают каждые 3 года и имеют широкое распространение; в аридных регионах пик заболеваемости приходится на конец весны — начало лета. Причиной заболевания чаще является вирус Коксаки А16, относящийся к семейству пикорнавирусов. Заражение ими происходит контактным (изо рта в рот) и фекально-оральным путем, при этом контагиозность становится высокой. Время инкубации составляет 3–8 дней. Заболевание начинается с лихорадки, насморка, кашля, боли в горле, артрал-

Адреса для переписки с авторами:

Юлдашев Музаффар Акрамович

E-mail: muzaffar7373@mail.ru

Мун Андрей Витальевич

E-mail: moonik88@mail.ru

© Рихсиев У.Ш., Юлдашев М.А., Мун А.В., 2015

© «Актуальная инфектология», 2015

© Заславский А.Ю., 2015

гии, диареи, боли в животе. Примерно через 12–24 ч от начала продромальных явлений на слизистых оболочках полости рта появляются множественные болезненные язвы, из-за которых ребенок отказывается от приема пищи. Почти одновременно или с небольшим перерывом на коже, преимущественно на внутренней поверхности кистей и стоп, реже — на коже ягодиц и разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов, появляются пятнистые и папулезные высыпания, быстро превращающиеся в везикулы характерной вытянутой формы, с прозрачным серозным содержимым, имеющие склонность к помутнению и нагноению. Количество высыпаний может варьировать от нескольких единиц до сотни. В тяжелых случаях сыпь может наблюдаться по всему кожному покрову [7].

Вирус Коксаки, внедрившись в организм через слизистые желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сначала попадает в регионарные лимфоузлы, и спустя 72 ч наблюдается виремия. Заболевание обычно протекает самостоятельно, виремия устраняется в течение 7–10 дней. Но в регионах с резко континентальным климатом заболевание может длиться дольше и нередко вызывает тяжелые осложнения: миокардит, менингоэнцефалит, асептический менингит, миелит с параличами, системная инфекция с генерализованной сыпью и тяжелым общим состоянием. При возникновении заболевания в первом триместре беременности наблюдается высокая вероятность самопроизвольного аборта.

Приводим наши наблюдения. В консультативно-диагностическую поликлинику клиники ТашПМИ и городского детского диагностического центра г. Ташкента за весенне-летний период 2015 года обратилось 86 детей в возрасте от 6 мес. до 11 лет из различных регионов Республики Узбекистан, которым после необходимых лабораторных исследований и совместного осмотра дерматолога, педиатра и инфекциониста был выставлен диагноз ВЭ. Всем этим детям были проведены комплексные терапевтические мероприятия исходя из возраста больных и тяжести течения ВЭ. При этом противовирусные препараты назначались на фоне иммунотерапии, и особое внимание нами было уделено восстановлению функции ЖКТ при помощи адсорбентов, пре- и пробиотиков нового поколения. Это позволило повысить эффективность лечения, сократить курс терапии и предотвратить возможные тяжелые осложнения. Следует отметить, что при лечении грудных детей и детей раннего возраста хорошо зарекомендовал себя препарат энтерол 250. Он обладает быстрым антиоксидантным и противовоспалительным действием на слизистую оболочку ЖКТ, особенно в комбинации с ректальными свечами виферон, которые, в свою очередь, обладают выраженным противовирусным и иммуномодулирующим свойством. Дозы препаратов назначались исходя из возраста и тяжести состояния больных детей. В процессе проведенной терапии мы наблюдали уже на 2-е сутки заметное снижение явлений общей интоксикации, и на 4–6-е сутки подавляющая часть высыпаний рассасывалась. За период иссле-

дования в отделение интенсивной терапии клиники ТашПМИ было госпитализировано 4 больных, поступивших в тяжелом состоянии, с различными осложнениями ВЭ, что было обусловлено их более поздним обращением к нам. Но, несмотря на тяжесть состояния и затяжной характер течения, после междисциплинарной кооперации различных специалистов нашей клиники проводимая терапия дала хорошие результаты.

Следует отметить, что только у 37 детей, больных ВЭ, из 86 обратившихся на момент поступления имелись на руках направления, выданные педиатрами, дерматологами или инфекционистами с мест проживания больных, и, что самое главное, только в 8 случаях был выставлен правильный направительный диагноз. Из этого следует, что, к сожалению, не только ВОП, но и дерматологи и инфекционисты на местах при первичном осмотре затрудняются в постановке диагноза ВЭ, не говоря уже об адекватном лечении. С этим, наверное, и связан тот факт, что многие больные не имели направления со стороны ВОП, хотя почти все они обращались первично в данное звено.

Заключение

Таким образом, вирусная экзантема, вызываемая энтеровирусом Коксаки (Coxsackie A16), имеет особую актуальность на сегодняшний день среди детского населения, особенно для проживающих в аридном регионе. В связи с высокой частотой встречаемости и распространенности заболевания, имеющих ошибки и трудностей в постановке диагноза со стороны различных специалистов, и особенно ВОП, говорят о несовершенстве диагностических методов, применяемых при данной патологии. С целью снижения частоты ошибочной постановки диагноза и назначения неадекватной терапии целесообразно уделить больше внимания ВЭ, дать дополнительную подробную информацию ВОП путем издания современного алгоритма диагностики, разработки методических пособий с учетом применения современных противовирусных и иммуномодулирующих препаратов и внедрения их в практическую деятельность первичного звена здравоохранения.

Список литературы

1. Caselli E., Di Luca D. *Molecular biology and clinical associations of Roseoloviruses human herpes virus 6 and human herpes virus 7* // *New Microbiol.* — 2007. — № 30(3). — P. 173-187.
2. Farshadmoghadam H., Pourakbari B., Mahmoudi S., Sadeghi R.H., Mamishi S. *Human herpesvirus 6 infection in febrile children: frequency in an Iranian referral hospital* // *British Journal of Biomedical Science.* — 2014. — № 71(3).
3. Magalhães I.M., Martins R.V.N., Vianna R.O., Moysés N., Afonso L.A., Oliveira S.A., Cavalcanti S.M.B. *Detection of human herpesvirus 7 infection in young children presenting with exanthema subitum* // *Mem. Inst. Oswaldo Cruz.* — Rio de Janeiro, May 2011. — Vol. 106, № 3.
4. Magalhães I.M., Martins R.V.N., Cossatis J.J., Cavaliere R.M., Afonso L.A., Moysés N., Oliveira S.A., Cavalcanti

ti S.M.B. *Detection of human herpesvirus 6 and 7 DNA in saliva from healthy adults from Rio de Janeiro, Brazil // Mem. Inst. Oswaldo Cruz. — 2010. — № 105. — P. 925-927.*

5. Revest M., Minjolle S., Veyer D., Lagathu G., Michelet C., Colimon R. *Detection of HHV-6 in over a thousand samples: new types of infection revealed by an analysis of positive results // J. Clin. Virol. — 2011. — № 51(1). — P. 20-4.*

6. Гейдарова Н.Ф. *Оценка влияния энтеровирусной инфекции на состояние новорожденных // Фундаментальные исследования. — 2014. — № 4-1. — С. 72-75.*

7. Никольский М.Л., Соколова Е.Д., Мессорош В.Г., Минченко С.И. *Актуальность диагностики вируса герпеса человека 6-го типа у детей // Детские инфекции. — 2009. — № 4. — С. 65-66.*

Получено 19.10.15 ■

Рихсієв У.Ш., Юлдашев М.А., Мун А.В.
Ташкентський педіатричний медичний інститут,
Республіка Узбекистан

ДІАГНОСТИЧНІ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ ТРУДНОЩІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВІРУСНУ ЕКЗАНТЕМУ, У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Резюме. У статті наведені дані щодо вірусної екзантеми, викликані ентеровірусом Коксакі (Coxsackie A16), у дітей. Описано особливості перебігу і труднощі в діагностиці та лікуванні захворювання в аридному регіоні.

Ключові слова: вірусна екзантема, ентеровірус Коксакі, діти.

Rykhshiev U.Sh., Yuldashev M.A., Mun A.V.
Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent,
Uzbekistan

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC DIFFICULTIES IN CHILDREN WITH VIRAL EXANTHEMA IN THE PRACTICE OF GENERAL PRACTITIONERS

Summary. The article presents data on viral exanthema caused by Coxsackie enterovirus (Coxsackie A16) in children. The features of the course and the difficulty in the diagnosis and treatment of this disease in the arid region are described.

Key words: viral exanthema, Coxsackie enterovirus, children.