

УДК 616.31-002.191-022.6:616.511]-053.2

Чижевський І.В., д.мед.н., проф., Юріна М.С., Дегтяренко Є.В.
каф. стоматології дитячого віку,
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Chyzhevskiy I.V., DMD, Prof., Yurina M.S., Dehtiarenko Ye.V.
Department of Children's Dentistry Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Клінічний випадок ЕНТЕРОВІРУСНОГО ВЕЗИКУЛЯРНОГО СТОМАТИТУ З ЕКЗАНТЕМОЮ У ДИТИНИ

Clinical Case of Hand, Foot and Mouth Disease in Child

МЕТА: Виявити особливості клініки ентеровірусного везикулярного стоматиту з екзантемою у дітей на підставі аналізу клінічного випадку, провести диференційну діагностику із захворюваннями з аналогічним перебігом, опираючись на дані, отримані при аналізі. **МЕТОДИ:** Проведено аналіз особливостей клініки ентеровірусного везикулярного стоматиту з екзантемою у дитини 3-х років. При цьому враховувалися такі показники як наявність і ступінь виразності загальних симптомів, характер і локалізація елементів ураження.

РЕЗУЛЬТАТИ: Виявили такий характер клінічного перебігу ентеровірусного везикулярного стоматиту: гострий початок захворювання з підвищенням температури до 39°C, подальше зниження температури тіла до субфебрильної, яке відбулось в першу добу; слабо виражений підщелепний лімфаденіт; екзантема у вигляді ерозій та папул на м'якому піднебінні, мигдаликах, язика, щоках; везикулярно-папульозна екзантема на шкірі долонь, передпліч, колін і стоп. **ВИСНОВКИ:** Діагностика ентеровірусного везикулярного стоматиту з екзантемою може викликати труднощі через схожість симптомів із гострим герпетичним стоматитом, вітряною вісною та герпангіною. Симптомами, які дозволять відрізнити ці захворювання є: слабо виражений підщелепний лімфаденіт, характерна локалізація екзантеми (переважно шкіра долоней, передпліч, колін, стоп), екзантема без переважної локалізації, відсутність запальної реакції з боку ясен.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ентеровірусна інфекція, стоматит, екзантема, віруси Коксаки, віруси ЕCHO.

PURPOSE: To identify clinical features of enteroviral vesicular stomatitis with exanthema in children based on the analysis of a clinical case to: the differential diagnosis of diseases with similar clinical course based on the data obtained from the analysis. **Methods:** We analyzed the clinical features of enteroviral vesicular stomatitis with exanthema in 3 years old child. Factors taken into account were the presence and severity of common symptoms, the nature and localization of lesions. **Results:** The following character clinical course of enteroviral vesicular stomatitis was found: acute onset of fever up to 39° C, a further decrease in body temperature to subfebrile numbers during the early days; weakly expressed submandibular lymphadenitis; erosions and papules on the soft palate, tonsils, tongue, cheeks; vesicular-papular rash on the skin of palms, forearms, knees and feet. **Conclusions:** Diagnosis of enteroviral vesicular stomatitis with exanthema may cause difficulties because of the similarity of symptoms of acute herpetic stomatitis, chickenpox and herpangina. Symptoms that will distinguish these diseases are: slightly expressed submandibular lymphadenitis, typical localization of exanthema (preferably skin of palms, forearms, knees, feet), exanthema without preferable localization, absence of inflammatory reaction of gums.

KEY WORDS: enteroviral infection, stomatitis, rash, Coxsackie viruses, ECHO viruses.

Вступ

Поширені ентеровірусні інфекції характеризуються високою контагіозністю, відсутністю заходів специфічної профілактики, спалахами хвороби серед дітей [4, 5]. Для країн Азії (Китай, Таїланд, Сінгапур) притаманні щорічні спалахи епідемій ентеровірусних інфекцій з високим відсотком смертності та неврологічних ускладнень серед дітей [4, 6]. В опублікованій вітчизняній літературі ми не виявили даних про інфікування та захворюваність ентеровірусною інфекцією в Україні. Знайшли лише одне повідомлення з Донецька, де автор наводить дані аналізу 960 амбулаторних карт пацієнтів, які 2011 року звернулися в дитячу міську стоматологічну поліклініку через захворювання слизової оболонки порожнини рота [1]. Відзначили 143 випадки захворювання герпангіною, збудниками якого є ентеровіруси [2, 3]. Дізналися, що герпетична ангіна займає 2 місце після герпетичного стоматиту серед вірусних інфекцій у структурі захворюваності слизової оболонки порожнини рота у дітей та складає 14,89% від усіх звернень [1]. Відомо, що патогенні ентеровіруси, окрім вірусу герпангіни, спричиняють у порожнині рота ентеровірусний везикулярний стоматит з екзантемою, а також бостонську (Коксакі та ЕСНО) лихоманку з появою плямистої енантеми в порожнині рота. Ентеровірусний везикулярний стоматит з екзантемою (синоніми: *hand foot and mouth disease*, вірусна пухирчатка порожнини рота і кінцівок) – це поширене інфекційне захворювання, що діагностується переважно у дітей віком до 10 років [4]. Встановлено, що збудниками хвороби є віруси з сімейства *Picornaviridae*, роду *Enterovirus*, найчастіше – віруси Коксакі А 6, 10, 16 і ентеровірус 71 [3, 4, 5, 6, 7]. Захворювання передається повітряно-крапельним, кон-

тактним і фекально-оральним шляхами [3, 4].

Клінічно везикулярний стоматит з екзантемою проявляється поліморфною висипкою на шкірі та слизовій оболонці порожнини рота, підвищенням температури до 38-39 °С, порушенням загального стану. Висипка з'являється на піку лихоманки, після чого температура знижується до нормальної або субфебрильної [4, 5]. Можливі повторні висипи, що супроводжуються підвищенням температури.

Слизову оболонку порожнини рота уражають пухирці діаметром 2-10 мм на м'якому і твердому піднебінні, мигдалинах, язика, щоках. Пухирці швидко розкриваються, утворюючи болючі ерозії з червоним дном, вкриті фібринозним нальотом, оточені вінчиком гіперемії [4], з афтоподібними елементами.

Шкіру уражають плями, папули, пухирці діаметром 2-8 мм. Плями і папули – рожеві, червоні, не надто болючі; пухирці – з прозорим ясно-жовтим вмістом [3, 4]. Ураження локалізуються на долонях, стопах, пальцях, сідницях. Пухирці на шкірі з часом розкриваються, а на їх місці формуються ерозії, що покриваються сіро-жовтими кірками. Згодом елементи ураження гояться без утворення рубців [4].

Виявлено сезонні спалахи захворюваності, які зазвичай припадають на літні та осінні місяці – з липня по жовтень [5]. Захворювання, як правило, відступає через 7-10 днів, за винятком випадків, коли інфекційним агентом є ентеровірус 71, що спричиняє ускладнення: асептичний менингіт, менингоенцефаліт і млявий параліч [4, 6].

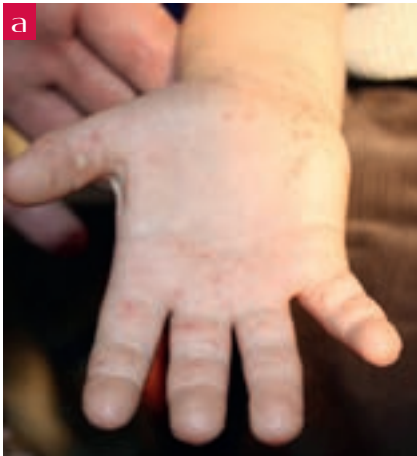
Часто висипи в порожнині рота є першим симптомом захворювання, відтак батьки із хворою дитиною звертаються до стоматолога. Дитячий стоматолог може поставити помилковий діагноз, призначивши не-

адекватне лікування, адже прояви везикулярного стоматиту в порожнині рота схожі на прояви гострого герпетичного стоматиту, вітряної віспи [5]. Збудники везикулярного стоматиту стійкі до противірусних препаратів, тому традиційна схема лікування вірусних інфекцій в таких випадках непридатна [3].

Клінічний випадок

У клініку кафедри стоматології дитячого віку ДНМУ ім. М. Горького звернулися батьки зі скаргами на висипи в порожнині рота і субфебрильну температуру в їхньої трирічної дитини. Захворювання почалося за добу до візиту, проявлялося підвищенням температури до 39 °С, погіршенням загального самопочуття, яке відображалось неспокійною поведінкою дитини. До вечора того ж дня температура знизилася до 37 °С і надалі трималася на субфебрильному рівні. До відвідин стоматологічної клініки дитину оглянув лікар-інфекціоніст, поставивши діагноз «гостра респіраторна вірусна інфекція». Увечері того ж дня з'явилися висипи в порожнині рота. Дільничний педіатр, якого викликали, скерував пацієнта на консультацію до стоматолога з попереднім діагнозом гострий герпетичний стоматит, призначивши ацикловір. Вранці у день візиту до стоматолога в дитини з'явилися висипи на шкірі. На час візиту до клініки загальний стан дитини задовільний, температура 37 °С. При об'єктивному обстеженні порожнини рота виявили гіперемію та набряк мигдалин, м'якого піднебіння, задньої стінки глотки. На слизовій оболонці м'якого піднебіння і мигдалин виявили 7 елементів ураження у вигляді болючих ерозій, вкритих білявим нальотом, діаметром 1-2 мм. Аналогічні ураження виявили також на слизовій оболонці язика (3 елементи) та щік (4 елементи) (мал. 1). Ясна дитини були без па-

Мал. 1. Ерозії на слизовій оболонці м'якого піднебіння і мигдаликів на тлі гіперемії



Мал. 2 а, б, в. Везикулярно-папулезний висип на шкірі а – кисті, б – колін, в – стопи

тологічних змін, підщелепні лімфовузли дещо збільшені, але безболісні. На шкірі долонь, передпліч, колін і стоп видно численні безболісні везикули на гіперміюваній основі діаметром 2-6 мм з жовтуватим водянистим вмістом і дрібні папули рожево-червоного кольору діаметром 2-3 мм (мал. 2 а-в). На підставі типової клінічної картини захворювання встановили попередній діагноз: ентеровірусний везикулярний стоматит з екзантемою. Діагноз підтвердили позитивним результатом ПЛР на ентеровіруси. Матеріалом для дослідження був зішкріб з поверхні ерозії у порожнині рота.

Провели місцеве симптоматичне лікування, для обробки ерозій на слизовій оболонці глотки використовували спрей Тантум Верде, який має протизапальний та анальгезуючий ефект. Препарат застосовували у

формі спрею, оскільки інший метод обробки в ділянці зівя та задньої стінки глотки, де локалізувалися елементи ураження, неможливий. Для обробки ерозій на слизовій оболонці язика і порожнини рота використовували гель Холісал, до складу якого входять холіну саліцилат, що має протизапальну та місцеву анестезійну дію, і антисептично активний до супутньої мікрофлори порожнини рота цеталконію хлорид.

Загальне лікування, узгодивши з лікарем-інфекціоністом, проводили препаратом Лаферобіон ректально по 1 свічці (150000 МО) 2 рази на добу упродовж 5 днів. Пацієнт одужав без ускладнень.

Висновки

Цей клінічний випадок наочно демонструє, що діагностика ентерові-

русного везикулярного стоматиту з екзантемою може бути ускладнена через схожість його клінічних проявів із симптомами інших захворювань, насамперед гострого герпетичного стоматиту, вітряної віспи і герпангіни. Висипи на слизовій оболонці порожнини рота в усіх трьох видах патології аналогічні, тому стоматологу важливо знати особливості перебігу та характерні симптоми, що допоможе вчасно локалізувати інфекцію і запобігти спалаху захворювання серед дітей.

Діагностуючи ентеровірусний везикулярний стоматит з екзантемою, ми враховували, що гострий герпетичний стоматит супроводжується гострим катаральним або виразково-некротичним гінгівітом, збільшенням і вираженою болючістю підщелепних лімфовузлів. Висипи на шкірі при герпетичній інфекції зазвичай спостері-

гаються в приротовій ділянці, на мочках вух і крилах носа, можливе виникнення герпетичної пароніхії. У разі ентеровірусного везикулярного стоматиту висипи локалізуються на шкірі долонь, стоп, сідниць, передпліч. Діагноз гострий герпетичний стоматит можна підтвердити проведенням ПЛР, оцінкою рівнів специфічних імуноглобулінів IgM і IgG [2, 3]. Доступним методом експрес-діагностики є цитологічний, при якому в мазку виявляють гігантські багатоядерні клітини [2, 3], що є патогномнічним для герпесвірусних інфекцій

(герпетичного стоматиту, вітряної віспи, оперізувального лишая), в той час при ентеровірусних інфекціях специфічних змін епітеліальних клітин не спостерігається [2].

При вітряній віспі екзантема має генералізований характер. Перші висипи зазвичай з'являються на межі шкіри лоба і волосної частини голови, найбільше їх локалізується на обличчі і тулубі, долоні та стопи не підлягають ураженню [3]. Пухирці на шкірі підсихають через 1-2 дні, на їх місці утворюються тонкі бурі кірочки, які безслідно відпадають. Отже, висипи на шкірі при

вітряній віспі аналогічні висипам при везикулярному стоматиті, однак відрізняються коротким періодом розвитку та інволюції. У порожнині рота, як і при везикулярному стоматиті, відсутні явища гострого катарального гінгівіту. Слід зауважити, що при вітряній віспі та ентеровірусному стоматиті характерні повторні висипи з підвищенням температури тіла.

Герпангіні притаманне ізольоване ураження слизової оболонки глотки, мигдалин, м'якого піднебіння і язичка; при цьому шкіра залишається не ураженою [3].

Список використаної літератури

1. Дегтяренко Е.В. Структура заболеваемости слизистой оболочки полости рта у детей г. Донецка / Матеріали 74 Міжнародного медичного конгресу молодих вчених «Актуальні проблеми клінічної, теоретичної, профілактичної медицини, стоматології та фармації». – С. 278.
2. Mahy B. W. J. Encyclopedia of Virology / B. W. J. Mahy, M. H. V. Van Regenmortel. – [3d ed.]. – Amsterdam, Boston: Elsevier inc., 2008. – 623 p.
3. Wolff K. Fitzpatrick's Color Atlas & Synopsis of Clinical Dermatology / K. Wolff, R. A. Johnson. – [6th ed.]. – New-York: McGraw-Hill Medical, 2009. – 1114 p.
4. Muppa R. Hand, foot and mouth disease / R. Muppa, P. Bhupatiraju, M. Duddu, A. Dandampally // Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. – 2011. – Vol. 29. – No. 2. – Pp. 165–167.
5. Zhang Y. An emerging recombinant human enterovirus 71 responsible for the 2008 outbreak of Hand Foot and Mouth Disease in Fuyang city of China / Y. Zhang, Z. Zhu, W. Yang, J. Ren [et al.] // Virology Journal. – 2010. – 7:94.
6. Bracho M. Enterovirus Co-infections and Onychomadesis after Hand, Foot, and Mouth Disease, Spain, 2008 / M. Bracho, F. González-Candelas, A. Valero, J. Córdoba // Emerging Infectious Diseases. – 2011. – No. 17 (12). – P. 2223–2231.

Надійшла в редакцію 22 листопада 2012 року