

2. Наибольшее количество нападений клещей регистрировали с первой декады мая до конца июня, что связано с высокой валидностью очага Tick-векторных инфекций. Наиболее часто от нападения клещей страдали взрослые, а именно люди старшего возраста и пенсионеры. Среди детей преобладали организованные дети 3-6 лет и школьники.

3. Наиболее высокие показатели заболеваемости клещевыми инфекциями имели место в двух районах города, в Ленинском и Октябрьском: в т.ч. КВЭ – 4,24 и 6,91 на 100 тыс. населения соответственно; ИКБ – 28,47 и 35,92 на 100 тыс. населения соответственно, что коррелировало с частотой нападения клещей, которую изучали по обращаемости жителей этих районов в травмпункт, по причине нападения и инокуляции клещей.

Литература:

1. Дорогина Ю.В. Эколого-эпидемиологические особенности сочетанного очага клещевого энцефалита и клещевых боррелиозов на территории мегаполиса и совершенствование мероприятий по их эпидемиологическому контролю : автореф. дис. на соискание ученой степени кандидата мед.наук : 14.02.02 / Дорогина Юлия Владимировна // Уральская государственная медицинская академия – Нижний Новгород, 2012. – 21с.

2. Дорогина Ю.В. Рационализация системы эпидемиологического надзора за клещевыми инфекциями в мегаполисе / Ю.В. Дорогина, А.А. Голубкова // Здоровье населения и среда обитания. – 2010. - №9(210). – С. 12-15.

3. Дорогина Ю.В. Клещевые инфекции в условиях мегаполиса / Ю.В.Дорогина, А.А. Голубкова // Актуальные аспекты вирусных инфекций в современный период. – Екатеринбург.: Изд-во АМБ.2008. – С. 172-179.

4. Романенко В.В., Прохорова О.Г., Злобин В.И. Новая стратегия специфической профилактики клещевого энцефалита: опыт организации массовой вакцинации населения Свердловской области // Эпидемиология и вакцинопрофилактика, 2005.– №5.– С. 24-27.

5. Слободенюк А.В., Косова А.А., Романенко В.В., Лутков А.А., Ванеева Г.К.// Эпидемиологический анализ: учебно-методическое пособие. – Екатеринбург: изд. УГМА, 2004. – 52с.

УДК 616-022.6

М.А. Лыхина, Н. В. Тестоедова, Ю.Б. Хаманова
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЭКЗАНТЕМ: ЭВИ СИНДРОМ
РУКА-НОГА-РОТ, ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ КОЖИ И
СЛИЗИСТОЙ РОТОГЛОТКИ
(СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ).

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

M.A. Lykhina, N.V. Testoyedova, Yu.B. Chamanova
**DIFFERENTIAL DIAGNOSIS EKZANTY: EVI SYNDROME HAND-
FOOT-COMPANIES, HERPETIC INFECTION OF SKIN AND MUCOUS
ROTOGLOTKA (SYNDROME OF A SUDDEN EKZANTEMA).**

Chair of infectious diseases and clinical immunology

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: 151219900@mail.ru

Аннотация. Проблема дифференциальной диагностики синдрома рука-нога-рот и герпетическая инфекция кожи и слизистой ротоглотки – является актуальными для практикующих врачей. С каждым годом возрастает количество больных с этими синдромами. Проведена работа по исследованию заболеваемости детей с диагнозами: ЭВИ: синдром рука-нога-рот и ННВ6, синдром внезапной экзантемы в г.Екатеринбурге на базе ГКБ№40, инфекционное отделение №4.

Annotation. Problem of differential diagnostics of a syndrome a hand-leg-mouth and a herpetic infection of skin and a mucous rotoglotka – is actual for the practicing doctors. Every year the number of patients with these syndromes increases. Work on research of incidence of children with diagnoses is carried out: EVI: a syndrome a hand-leg-mouth and ННВ6, a syndrome of a sudden ekzantema in Yekaterinburg on the GKBN№40 base, infectious office No. 4.

Ключевые слова: энтеровирусная инфекция, герпетическая инфекция, дети.

Keywords: enteroviral infection, herpetic infection, children.

Синдром рука-нога-рот. Hand, foot and mouth disease (HFMD) вызывается преимущественно вирусом Коксаки А16, но также и энтеровирусами Коксаки А5, А7, А9, А10, В2, В5 и энтеровирусом 71 типа (EV 71). Два основных генотипа энтеровируса 71 типа (В и С) являются причиной эпидемических вспышек в Австралии, Малайзии, Сингапуре, Тайване и Японии с 1997 года [4, 5,6]. Эти генотипы считаются особенно нейровирулентными и вызывают тяжелые неврологические осложнения. Этиологическим фактором данного синдрома в Европе являются вирусы Коксаки А10 (39,9%), А6 (28%) и Коксаки А16 (17,5%), энтеровирус 71 типа встречается значительно реже (6,3%). Неврологические осложнения и летальные исходы встречаются крайне редко. ННВ6 – это ДНК вирус подсемейства Betherpesviridae рода Roseolovirus имеет 2 серологических подтипа 6А и 6В. Является этиологическим агентом таких заболеваний: рассеянный склероз, энцефалит, лихорадка у детей с судорожным синдромом, инфекционный мононуклеоз и внезапная экзантема. Exanthema subitum / roseola infantum, или шестая болезнь, впервые была

описана в 1910 году, но этиологическая связь с ННУ-6 была установлена только в 1988 году [1]. Внезапная экзантема – это самая характерная манифестация первичной инфекции ВГЧ6 – она является главным проявлением первичной ВГЧ6. Поскольку экзантема проявляется при нормализации температуры тела, нередко это расценивается как проявление аллергической реакции на жаропонижающие и антибактериальные препараты и данный диагноз не верифицируется [1-3].

Цель исследования – своевременная диагностика и верификация диагнозов: ЭВИ синдром рука-нога-рот и герпетическая инфекция кожи и слизистой ротоглотки (синдром внезапной экзантемы).

Материалы и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование 30 пациентов в возрасте от шести месяцев до трех лет с диагнозами: энтеровирусная инфекция, синдром рука-нога-рот и внезапная экзантема, госпитализированных в детское инфекционное отделение МАУ «ГКБ № 40». Критериями включения в исследовательскую группу являлись: диагноз «энтеровирусная инфекция, синдром рука-нога-рот», подтвержденный методом полимеразной цепной реакции и «ННУ6, внезапная экзантема». Лабораторный блок включал определение общего анализа крови, биохимического анализа крови, полимеразной цепной реакции (ПЦР). Статистическая обработка полученных данных проводилась путем сравнения двух независимых групп, которое выполнялось с использованием параметрического метода проверки статистических гипотез – t-критерия Стьюдента для независимых выборок. Для описания взаимосвязи признаков применялся непараметрический метод Спирмена. Критический уровень статистической значимости (p) принимался равным 0,05.

Таблица

Сравнительная характеристика клинико-лабораторной картины у пациентов с ЭВИ и ННУ6

Характеристика	ЭВИ: синдром рука-нога-рот, n=10	ННУ6, синдром внезапной экзантемы, n=20
Острое начало заболевания	75%	100%
Фебрильная температура	100%	100%
Диспепсия	20%	5%*
Характеристика сыпи	Пузырьковые высыпания 4-8мм, локализованные на руках, ногах	Макулопапулезная сыпь, розового цвета, редко сливается, локализуется на туловище,

		конечностях, не сопровождается зудом
Лимфопролиферативный синдром	20%	68%*
Энантема	80%*	20%
Тонзиллит	10%	45%*
Противовирусная терапия (ацикловир)	20%	100%*
Антибактериальная терапия	20%	68%*
ПЦР	Энтеровирус-80%,	HHV6-100%

Примечание – значимость различий при сравнении показателей: * - значимые различия между группами, $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Основной клинический симптомокомплекс синдрома рука-нога-рот сохранял свои типичные черты и соответствовал данным предыдущих исследователей. Заболевание проявлялось в теплое время года (лето-осень), у детей в возрасте от одного года до трех лет. Продромальный период заболевания сопровождался незначительным повышением температуры, анорексией, слабостью (75%). Первоначально поражалась слизистая ротовой полости: появлялись везикулярные высыпания на мягком небе, языке, внутренней поверхности щек, которые быстро вскрывались и образовывались язвочки, окруженные венчиком гиперемии (у 80% пациентов). В это время дети жаловались на сильные боли во рту (100%), беспокойство, лихорадка 38-39°C (89%), которая сохранялась до 24-48 часов. Одновременно у больных появляются пузырьковые высыпания на ладонях (у 87,6%) и стопах (у 86,8%) диаметром 4-8 мм, у 54,3% пациентов сыпь распространилась выше ягодиц. В течение недели содержимое высыпания исчезли. Рвота встречалась в 37,2% случаев (таблица 1). В общем анализе крови наблюдались лейкоцитоз ($9,5 \pm 1,5 \times 10^9 / л$), нейтрофиллез ($68,5 \pm 15,2\%$), Противовирусная терапия ацикловиром назначалась на догоспитальном этапе у 20 % детей. Синдром внезапной экзантемы встречался в 2 раза чаще у госпитализированных детей, чем ЭВИ. Пик заболеваемости приходился на осенне-зимний период, возраст детей от 6 до 18 месяцев, чаще болели мальчики. Направительные диагнозы включали следующие нозологии: ОРВИ, аллергический дерматит; ветряная оспа; лакунарная ангина; инфекционный мононуклеоз; фарингит. Ни в одном случае на догоспитальном этапе диагноз не был установлен как внезапная экзантема. У всех больных диагноз подтвержден методом полимеразно-цепной реакции – выявлением вируса герпеса 6 типа в крови. Острое начало,

фебрильная лихорадка наблюдались у 100 % пациентов, после нормализации температуры тела появлялась макулопапулезная экзантема на коже туловища, лица и конечностей, которая сохранялась до 3-4 дней, не сопровождалась зудом. Катаральные явления отмечены у 30%, экзантема - у 20%, налеты белого цвета в лакунах миндалин (тонзиллит) – у 45%, лимфопролиферативный синдром – у 68% больных (таблица 1). В общем анализе крови наблюдались лейкопения ($5,4 \pm 1,8 \times 10^9/\text{л}$), нейтропения ($24,5 \pm 11,2\%$), тромбоцитопения ($190 \pm 46,5 \times 10^9/\text{л}$). Ацикловир получали все дети с лечебной целью.

Выводы:

1. По результатам проведенной работы с каждым годом заболеваемость пациентов с данными диагнозами возрастает. Так как в последние годы для диагностики используется ПЦР диагностика, которая обладает рядом преимуществ: высокой специфичностью, чувствительностью и быстротой исполнения.

2. Синдром внезапной экзантемы встречается в 2 раза чаще, чем ЭВИ.

3. Характерна сезонность заболеваемости. Протекают данные заболевания типично, без осложнений, начинаются остро с фебрильной лихорадки, остальные симптомы появляются несколько позже, поэтому поставить диагноз впервые часы и сутки заболевания затруднительно.

4. Для ЭВИ характерно лейкоцитоз, нейтрофиллез, а при синдроме внезапной экзантемы – лейкопения, нейтропения, поэтому для верификации диагноза необходима лабораторная диагностика.

Литература:

1. Абатуров А.Е., Шостакович-Корецкая Л.Р. ННV-6-инфекция у детей
2. Никольский М.А. Внезапная экзантема у госпитализированных детей грудного и раннего возраста/ М.А. Никольский, Е.Д. Соколова, А.А. Вязовая и др. // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского – 2013. – №1. – С. 27-30
3. Фомин В.В. Герпетическая инфекция у детей / В.В. Фомин, А.У. Сабитов, С.А. Царькова, Я.Б. Бейкин // Екатеринбург: УГМА, 2008. – 184 стр.
4. Энтеровирусные заболевания: клиника, лабораторная диагностика, эпидемиология, профилактика: Методические указания (МУ 3.1.1.2130–06). – М., – 2006.
5. Tu PV, Thao NT, Perera D. et al. Epidemiologic and virologic investigation of hand, foot, and mouth disease, southern Vietnam, 2005. *Emerg Infect Dis.* 2007;13:1733–41
6. Ooi M. H., Wong S. C., Podin Y. et al. Human enterovirus 71 disease in Sarawak, Malaysia: a prospective clinical, virological, and molecular epidemiological study. *Clin Infect Dis.* 2007;44:646–56.
7. Thao NT. Hand, foot and mouth disease – Viet Nam (03): Ho Chi Minh City. ProMed. 2011 Jun 6 [cited 2012 Aug 1].