

О.Н. Иванова

УДК 616-001:611.33+611.342(571.56)

**ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ**

Проведен анализ клинического течения энтеровирусной инфекции у детей на базе Детской городской клинической больницы №2 г. Якутска. Всем детям проведены исследования клинического минимума: общий анализ крови и мочи, мазок из носа и зева; взят анализ кала на энтеровирусную инфекцию. Клинически энтеровирусная инфекция проявлялась как герпетическая ангина с явлениями диареи и высокой температурой. Выявлено, что применение противовирусных препаратов в комбинации с цефотаксимом (100 мг/кг/сут) имеет хороший клинический эффект.

**Ключевые слова:** энтеровирусная инфекция, герпетическая ангина, вирусы, анализы, энтеровирус.

The analysis of clinical course of enterovirus infection at children has been carried out. On the base of the Children's city clinical hospital №2 all children underwent the clinical research minimum: complete blood count and clinical urine analysis, throat and nasal swab, including stool sample taken on enterovirus infection. Clinically the enterovirus infection has been detected as herpetic angina with diarrhea and fever. Antiviral drug intake in combination with Cefotaxime (100 mg/kg/day) has manifested good clinical effect.

**Keywords:** enterovirus infection, herpetic angina, viruses, analyses, enterovirus.

Энтеровирусные инфекции – это группа заболеваний, вызываемых вирусами Коксаки, ЕСНО и полиовирусами. Эти вирусы имеют в своем строении капсулу и ядро, содержащее РНК. Строение капсулы может сильно различаться, поэтому выделяют так называемые серотипы (разновидности). У полиовирусов выделяют 3 серологических типа. Вирусы группы Коксаки делятся на Коксаки А и Коксаки В. У вирусов Коксаки А выделяют 24 серологических разновидности, у Коксаки В – 6. У вирусов ЕСНО выделяют 34 серологических типа. Заражение происходит несколькими путями. Вирусы в окружающую среду могут попадать от больного ребенка или ребенка, который является вирусоносителем [1–3].

Механизм передачи воздушно-капельный и фекально-оральный. Чаще всего заражение происходит через воду, при употреблении сырой воды. Заболевание начинается остро – с повышения температуры тела до 38–39°C, которое сохраняется 3–5 дней, после чего температура снижается до нормальных цифр. Очень часто температура имеет волнообразное течение: в первые 2–3 дня она повышается, затем снижается и 2–3 дня находится на нормальном уровне, затем снова поднимается на 1–2 дня и вновь нормализуется уже окончательно. При поражении слизистой ротоглотки происходит развитие энтеровирусной ангины. Она проявляется повышением температуры тела, общей интоксикацией и наличием везикулярной сыпи в виде пузырьков, заполненных жидкостью, на слизистой ротоглотки и миндалинах. Пузырьки лопаются,

и на их месте образуются язвочки, заполненные белым налетом. После выздоровления на месте язвочек не остается никаких следов [1–3].

**Цель исследования:** изучить клинические особенности течения энтеровирусной инфекции у детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** Нами осмотрено 50 детей, прошедших лечение в Детской городской клинической больнице №2 г. Якутска, с клиническим диагнозом: Герпетическая ангина. Энтеровирусная инфекция. Всем детям проведены исследования клинического минимума: общий анализ крови и мочи, мазок из носа и зева. У всех детей взят анализ кала на энтеровирусную инфекцию и выявлен энтеровирус. Вирусологические методы исследования направлены на выделение из клинического материала (кровь, фекалии, ликвор) энтеровирусной инфекции на культурах чувствительных клеток.

**Результаты исследования.** У 90% обследованных детей выявлено наличие герпетической ангины. У 25% детей отмечался жидкий стул до 5–6 раз в сут без патологических примесей; у 15 – наличие мелкоочечной сыпи, у 90% – заболевание сопровождалось высокой температурой до 40°C. Все обследованные дети лечились до поступления в стационар амбулаторно, получали препараты амоксициллов (21 ребенок), аугментин (15 детей) и сумамед (14 детей). Ни у одного ребенка не отмечено положительной динамики течения энтеровирусной инфекции в результате полученного амбулаторного лечения. Наивысшие цифры температуры (до 40°C) отмечались в период высыпания герпетических элементов на мягком небе.

Результаты общего анализа крови показали лейкоцитоз свыше 15•10<sup>9</sup> у

60% детей с герпетической ангиной, других изменений в анализе периферической крови не отмечено. Все дети получали интерферон лейкоцитарный в каплях интраназально, а также цефотаксим в возрастной дозе 100 мг/кг/сут, обработка зева производилась раствором мирамистина, детям старше 2 лет – 0,2%-ным раствором хлоргексидина. Все обследованные дети получали стационарное лечение от 5 до 7 дней.

**Выводы:**

1. Энтеровирусная инфекция протекает с высокой температурой, жидким стулом и герпетической ангиной.

2. Лечение пероральными препаратами амоксициллина и сумамеда неэффективно.

3. Применение противовирусных препаратов в комбинации с цефотаксимом (100 мг/кг/сут) показало высокую эффективность.

**Литература**

1. Амвросьева Т.В. Клинико-эпидемиологические особенности и лабораторная диагностика энтеровирусной инфекции в Республике Беларусь / Т.В. Амвросьева, Н.В. Поклонская, З.Ф. Богуш, О.Н. Казинец // Микробиология. – 2005. – №2. – С. 20–25.

Amvrosieva T.V. Clinical and epidemiological features and laboratory diagnosis of enterovirus infection in the Republic of Belarus / T.V. Amvrosieva., N.V. Poklonskaya, Z.F. Bogush, O.N. Kazinets // Microbiology. – 2005. – №2. – P.20–25.

2. Лукашов А.Н. Роль рекомбинации и эволюции энтеровирусов / А.Н. Лукашов // Микробиология. – 2005. – №4. – С. 83–89.

Lukashov A.N. The role of enterovirus recombination and evolution / A.N. Lukashov // Microbiology. – 2005. – №4. – P. 83–89.

3. Perez C. En ferm infection/ M.J. Pena, L. Molina // Microbiology Clinical. – 2003. – 21 (7). – 340–5.