

УДК 616.982:579.842.23-07-053.2

Н.В. Бурма¹, Е.Н. Юрсова², О.Ф. Седулина², Т.В. Помелова¹, И.В. Белогорцева¹, О.А. Скалий¹, А.С. Бутюкова¹, О.В. Вялкова¹

¹ Городская клиническая больница № 2, (г. Владивосток), ² Владивостокский государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ ИЕРСИНИОЗОВ У ДЕТЕЙ В МОНО- И МИКСТ-ФОРМАХ

Ключевые слова: дети, иерсиниозы, микст-формы инфекций, клиника.

Представлены результаты клинического наблюдения 144 больных детей псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом и их сочетаний с вирусным гепатитом А. Выявлены клинические особенности спорадических вариантов указанных инфекций, их выраженная тяжесть, частота и характер экзантемного синдрома, а также сочетание симптомов иерсиниозов и вирусного гепатита А в случае микст-вариантов болезни, что необходимо учитывать в диагностике и лечении детей.

Введение. Активное изучение псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза на Дальнем Востоке — эндемичном регионе по распространению иерсиний — привело к резкому снижению заболеваемости этими инфекциями, особенно к сокращению вспышечной заболеваемости в детских учреждениях [2]. Однако частота спорадических случаев заболеваний здесь имеет неуклонную тенденцию к росту, особенно в зимне-весенний период. Необходимо учесть, что в регионе, эндемичном по какой-то инфекции, имеется возможность ее сочетанного течения с другими болезнями. При этом микст-формы могут иметь отклонения от классических проявлений моно-инфекции [1].

Целью настоящей работы явился анализ особенностей клиники моно- и микст-форм иерсиниозов у детей.

Материал и методы. Обследовано 144 ребенка в возрасте от 1 года до 14 лет, больных псевдотуберкулезом, кишечным иерсиниозом, а также их сочетанными с вирусным гепатитом А вариантами. Спорадический псевдотуберкулез диагностирован у 36 детей в возрасте от 3 до 14 лет (мальчиков в 1,6 раза больше, чем девочек). Дети от 3 до 7 лет составили в этой группе 47,6 %, от 7 до 14 лет — 52,4 %. Во всех случаях зарегистрирована среднетяжелая форма болезни. Детей, больных кишечным иерсиниозом, было 29, в возрасте от 2 лет 6 мес. до 14 лет (до 3 лет — 1 ребенок, от 3 до 7 лет — 8 и от 7 до 14 лет — 20 детей). 33 ребенка страдали вирусным гепатитом А. В 32 случаях (дети 3—14 лет) диагностировано сочетание псевдотуберкулеза и вирусного гепатита А и еще в 14 — сочетание кишечного иерсиниоза и вирусного гепатита А.

Согласно анамнестическим данным, все дети относились ко ПА группе здоровья и в течение 3—4 месяцев до настоящего заболевания у них не регистрировались какие-либо болезни. Верификация диагнозов проводилась на основании анамнестических данных, результатов лабораторных, бактериологических и серологических исследований. Серологическая

диагностика проводилась совместно с Тихоокеанским институтом биоорганической химии ДВО РАН.

Результаты и их обсуждение. Заболевание псевдотуберкулезной инфекцией начиналось остро (табл.). Температурная реакция возникала в группе детей, больных псевдотуберкулезом, в начальном периоде и была выявлена в подавляющем большинстве случаев. Повышение температуры тела до максимальных цифр происходило в первые 2—3 дня болезни. Температура поднималась до фебрильных цифр в 94,4%, а до субфебрильных — в 5,6% случаев.

Часто встречающимся проявлением токсико-аллергического синдрома была экзантема. Ее появление облегчало постановку диагноза. Экзантема отличалась обилием элементов, регистрировалась в группе детей с псевдотуберкулезом более чем в половине случаев в первые 4 дня болезни. Сыпь характеризовалась яркими мелкоточечными, мелкопятнистыми, пятнисто-папулезными, папулезными (у некоторых больных с тенденцией к слиянию) элементами. Мелкоточечные элементы локализовались на лице, груди, животе, внизу живота, спине, боковых поверхностях туловища, наружной поверхности плеч, предплечьях, тыле кистей, стоп, пальцев, по внутренней поверхности бедер, в области локтевых сгибов и по внутренней поверхности бедер (с тенденцией к сгущению). Пятнисто-папулезные и папулезные элементы в начальном периоде заболевания встречались с одинаковой частотой примерно у каждого пятого ребенка. Пятнисто-папулезные элементы мы наблюдали на боковых поверхностях туловища, груди, животе, спине, плечах, подмышечных, паховых областях, кистях, стопах. Папулезная сыпь обнаруживалась на груди, животе, спине, ягодицах, в паховых складках кожи, вокруг голеностопных и лучезапястных суставов и на тыле кистей. Мелкопятнистые элементы локализовались на шее, груди, животе, в области локтевых сгибов, подколенных ямках, с тенденцией к слиянию в паховых и подмышечных областях. Гиперемию и отечность ладоней и стоп (симптомы носков и перчаток) мы наблюдали у трети заболевших. Отечность век и инъекция сосудов склер отмечены в начальном периоде болезни. Среди других проявлений токсико-аллергического синдрома в первые 4 дня заболевания обращали на себя внимание артралгии в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах (которые возникали на фоне гипертермии) и изменения со стороны сердечно-сосудистой системы —

Таблица
Клинические симптомы псевдотуберкулеза у детей

Синдромы и симптомы		Частота	
		абс.	%
Токсико-аллергический синдром	Гипертермия	35	97,2
	Экзантема	25	72,2
	Симптом перчаток и носков	13	36,1
	Отечность век	14	38,9
	Склерит	6	16,7
	Головная боль	6	16,7
	Артралгии	3	8,3
	Симптомы со стороны ССС*	10	27,8
Диспептический синдром	Тошнота	15	41,7
	Рвота	15	41,7
	Диарея	23	63,9
	Абдоминальные боли	25	72,2
Синдром гепатита	Гепатомегалия	2	5,6
	Повышение аминотрансфераз	8	22,2
Катаральный синдром		30	83,3
Увеличение лимфоузлов		34	94,4

* ССС — сердечно-сосудистая система.

приглушенность сердечных тонов, систолический шум и нарушения ритма (табл).

Симптомы поражения желудочно-кишечного тракта в клинической картине начального периода псевдотуберкулеза были достаточно выражены. Ведущим симптомом здесь были абдоминальные боли, которые носили постоянный или приступообразный характер и локализовались в околопупочной, правой подвздошной области, нижних отделах живота. Диспептические явления — тошнота, рвота — отмечались с самого начала заболевания. Рвота однократная или повторная наблюдалась почти у половины детей и значительно не влияла на их состояние. Диарея также была частым симптомом заболевания. Она характеризовалась появлением жидкого, реже — кашицеобразного стула. Частота стула не превышала 6 раз в сутки. Симптомов колита выявлено не было.

Симптомы поражения печени редко отмечались в этой группе детей в начальном периоде заболевания. Гепатомегалия выявлена в 2 случаях. При лабораторных исследованиях в сыворотке крови определялось повышение уровня аминотрансфераз — в 22,2% случаев — с максимально двухкратным увеличением концентрации.

Катаральные симптомы — боль при глотании, чувство першения в горле, гиперемия дужек, миндалин, язычка, задней стенки глотки, наличие отделяемого из носа, покашливание — отмечалось в большинстве наблюдений. Увеличение лимфоузлов (задних, передних шейных, подчелюстных, паховых) было зарегистрировано у 34 больных (табл.).

Заболевание кишечным иерсиниозом начиналось остро. Повышение температуры тела в первые 3–4 дня отмечалось в 96,6% случаев. Повышение температуры тела до максимальных значений регистрировалось в первые три дня болезни. Фебрильная температура отмечалась в 72,4%, субфебрильная — в 27,6% случаев.

Основным проявлением токсико-аллергического синдрома при кишечном иерсиниозе была экзантема. В начальном периоде заболевания она отмечалась в 51,7% случаев и характеризовалась яркими мелкопапулезными, мелкоточечными, мелкопятнистыми, пятнисто-папулезными высыпаниями, нодозной эритемой и петехиальными элементами. Мелкопапулезные элементы локализовались на шее, груди, животе, спине, боковых поверхностях туловища, сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, вокруг коленных и локтевых суставов, тыле кистей и стоп. Сыпь мелкоточечного характера определялась на лице, груди, нижних отделах живота, в паховых складках кожи. Мелкопятнистые элементы мы наблюдали по всему телу, на верхних и нижних конечностях. Пятнисто-папулезная сыпь обнаруживалась на шее, груди, животе, спине, верхних и нижних конечностях, вокруг коленных суставов. Нодозная эритема локализовалась на передней поверхности голени, была багрово-синюшного цвета и болезненной при пальпации. Петехиально-геморрагические элементы отмечены у двоих детей с 3-го дня заболевания (локализовались на боковых поверхностях туловища, в локтевых, паховых, подколенных складках кожи). Также отмечались такие проявления токсико-аллергического синдрома, как симптомы перчаток и носков (20,7% случаев), склерит (24,1%), артралгии (6,9%) в коленных и мелких суставах кистей. Повышение уровня билирубина до 68 мкмоль/мл (реакция прямая замедленная) отмечено в 6,9% наблюдений. Гепатомегалия регистрировалась у 20,7% больных и характеризовалась увеличением размеров печени, край которой выступал на 2–2,5 см. Печень при пальпации была болезненна, плотной консистенции, край закруглен. Повышение уровня трансаминаз в сыворотке крови отмечалось у 13,8% заболевших кишечным иерсиниозом с увеличением концентрации ферментов в 3,5 раза. Катаральный синдром к концу первой недели болезни был купирован. Лимфоузлы (шейные, подчелюстные, паховые, мезентериальные) увеличивались с первого дня заболевания в 37,9% случаев.

Анализ клиники сочетанных форм псевдотуберкулеза и вирусного гепатита А показал, что заболевание у этих детей начиналось остро. Повышенная температура тела была в преджелтушном периоде в 78,1%, а экзантема — только в 12,5% наблюдений. Катаральные явления несколько чаще развивались у больных с микст-инфекцией в сравнении с детьми с моновирусным гепатитом (21,4 и 9,1% соответственно). Абдоминальные боли чаще выявлялись при микст-

инфекции и локализовались, как правило, в правой илеоцекальной области, а при моновирусном гепатите А — в правом подреберье и эпигастральной области.

Таким образом, клиника распространенного в настоящее время спорадического псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза отличается выраженной температурной реакцией в начале заболевания, симптомами интоксикации и обильной экзантемой различного характера. Сочетанные формы псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза с вирусным гепатитом А характеризуются сочетанием симптомов иерсиниоза и вирусного гепатита, что необходимо учитывать в дифференциальной диагностике и терапии.

Литература

1. Савенкова М.С., Афанасьева А.А., Скурда Т.А., Капустин И.В. /Детские инфекции. — 2004. — № 4 — С. 10-14.

2. Учайкин В.Ф., Гордеев А.В., Бениова С.Н. Иерсиниозы у детей. — М.: ГЭОТАР, 2005.

Поступила в редакцию 04.06.2008.

FEATURES OF THE IERSINIOSIS IN CHILDREN IN MONO- AND MIXT-FORMS

N.V. Burma¹, E.N. Yursova², O.F. Sedulina², T.V. Pomelova¹, I.V. Belogortseva¹, O.A. Skalya¹
A.S. Butyukova¹, O.V. Vyalkova¹

¹City Hospital No. 2, (Vladivostok), ²Vladivostok State Medical University

Summary — Results of clinical supervision of 144 children with pseudo-tuberculosis and intestinal iersiniosis and their combinations to virus hepatitis A. The clinical features of sporadic variants of the specified infections, their expressed severity, frequency and character of the exanthema syndrome, and also a combination of symptoms of iersiniosis and virus hepatitis A in mixed cases are submitted, that is necessary to take into account in diagnostics and treatment of children.

Keywords: children, iersiniosis, mixed infections, clinic.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 4, p. 60-62.

УДК 616.988.55-022-053.3/5

Р.В. Ремезкова, О.Г. Савина, Л.И. Рыбаченко, М.А. Терпугова, И.Я. Белова, Н.Л. Гельцер, Е.В. Ананьева, Т.О. Свиринкова, И.А. Маслякко

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

КЛИНИКА ЭПШТЕЙНА-БАРР-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, дети, клиника.

Обследованы 113 детей в возрасте от 1 года до 14 лет, среди которых 51 (45,1%) были в возрасте от 1 года до 3 лет. У больных с помощью иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции верифицировали Эпштейна—Барр-инфекцию, преимущественно в среднетяжелой форме (97,3%). Анализ клиники показал, что у детей раннего возраста в начале болезни преобладали симптомы острого респираторного заболевания с лимфаденитом, что затрудняло диагностику инфекции, и только в разгар болезни развивался патогномичный симптомокомплекс, который регистрировался у детей старшего возраста уже в начале заболевания.

Введение. Несмотря на то что проблеме инфекционного мононуклеоза посвящено достаточно много научных трудов, актуальность ее по-прежнему остается. Это связано прежде всего с высокой заболеваемостью инфекционным мононуклеозом, которая в России составляет 7,5 случаев на 100 тыс. населения. Наиболее распространена она среди детского населения — 34,0 на 100 тыс. [5]. Клинические проявления у детей разнообразны, что создает определенные трудности для своевременной и правильной диагностики, также возникают проблемы при дифференциально-диагностическом разграничении инфекционного мононуклеоза и заболеваний, сопровождающихся мононуклеозоподобным синдромом. Частота ошибок на догоспитальном этапе составляет от 40 до 90%, особенно у детей раннего возраста [6]. Благодаря появлению новых

методов диагностики были подробнее изучены клиника и вопросы диагностики инфекционного мононуклеоза, вызванного цитомегаловирусом, герпесвирусами и сочетанными вариантами этих инфекций [2, 3, 4].

Учитывая все вышеизложенное, мы провели детальный анализ клиники и течения инфекционного мононуклеоза, вызванного вирусом Эпштейна—Барр (ВЭБ) в возрастном аспекте.

Материалы и методы. Обследованы 113 детей в возрасте от 1 года до 14 лет (69 мальчиков и 44 девочки), больных инфекционным мононуклеозом средней и тяжелой степени тяжести. Тяжелая форма регистрировалась в 2,7% случаев, среднетяжелая — в 97,3% (пациенты с легкими формами в стационар не поступали). Среди наблюдаемых были дети от 1 года до 3 лет (51 ребенок — 45,1%)

На догоспитальном этапе ошибки в постановке диагноза были достаточно часты: правильный диагноз был поставлен лишь в 30,1% случаев. Чаще дети поступали с различными формами ангины (55,8%) и острыми респираторно-вирусными инфекционными заболеваниями (14,1%), сопровождавшимися мононуклеозоподобным синдромом, лимфаденитом и гепатомегалией.

Диагноз верифицировался на основании твердофазного иммуноферментного анализа, с помощью которого определяли антитела к антигенам