

ложению стрептококковой инфекции в виде некротической инфекции мягких тканей и тромбоваскулиту нижних конечностей у ребенка со вторичным иммунодефицитным состоянием и сопутствующими цитомегаловирусной и хламидофильной инфекциями.

Литература:

1. Хирургические инфекции мягких тканей. Российские национальные рекомендации под ред. академика РАН и РАМН Савельева В.С. — 2009. — С. 39–45.
2. Ahrenholz D.H. Necrotizing soft-tissue infections // *Surg Clin North Am.* — 1988. — 68(1): 199–214.
3. Population based surveillance for group A Streptococcal necrotizing fasciitis: clinical features, prognostic indicators, and microbiologic analysis of seventy seven cases / R. Kaul, A. McGeer, D. Low, K. Green // *Am J Med.* — 1997. — 103: 18.
4. Streptococcal toxic shock-like syndrome / R. Broll, C. Eckmann, p. Kujath, H.P. Bruch // *Chirurg.* — 1998. — 69: 806.
5. Kossman T. Nekrotisierende Weichteilinfektionen und toxic shock syndrome / T. Kossman, A. Gattiker, O. Trentz // *Unfallchirurg.* — 1998. — 101: 74.
6. Jones J. Investigations upon the nature, causes and treatment of hospital gangrene as it prevailed in the confederate armies 1861–1865. In: Hamilton FH (ed) *United States Sanitary Commission, Memoirs. Surgical V. II.* — Riverside Press, New York. — 1871. — P. 146.
7. Wilson B. Necrotizing fasciitis // *Am Surg.* — 1952. — 18: 416.
8. Meleney F. Hemolytic Streptococcus gangrene // *Arch. Surg.* — 1924. — 9: 317.
9. Necrotizing fasciitis / J. Fisher, M. Conway, R. Takeshita, M. Sandoval // *JAMA* — 1979. — 241: 803.
10. Determinants for mortality for necrotizing soft tissue infections / C. McHenry, J. Piotrowski, D. Petrinick, M. Malangoni // *Ann. Surg.* — 1995. — 221: 558.
11. Aggressive surgical management of necrotizing fasciitis serves to decrease mortality: a retrospective study / B.D. Bilton et al. // *Am. Surg.* — 1998. — 64: 397–400.
12. Necrotising infections of soft tissues: a clinical profile / G. Singh et al. // *Eur. J. Surg.* — 2002. — 168: 366–371.
13. A multicentre, double-blind, randomized study comparing the efficacy and safety of oral levofloxacin versus ciprofloxacin in the treatment of uncomplicated skin and skin structure infections / A.C. Nicodemo et al. // *Int J. Clin Pract.* — 1998. — 52. — 69–74.
14. Stevens D.L. In vitro antimicrobial effects of various combinations of penicillin and clindamycin against four strains of Streptococcus pyogenes / D.L. Stevens, K. Madaras-Kelly, D. Richards // *Antimicrob. Agents Chemother.* — 1998. — 42: 1266–1268.
15. Meta-analysis: intravenous immunoglobulin in critically ill patients with sepsis / A.F. Turgeon et al. // *Ann Intern Med.* — 2007. — 146(3). — 193–203.
16. Majeski J.A., John J.F. Jr. Necrotizing soft tissue infections: a guide to early diagnosis and initial therapy // *South Medical Journal.* — 2003. — Sep; 96(9): 900–5.

Клинико-эпидемиологические особенности групповой заболеваемости энтеровирусной инфекцией Коксаки А 16 у детей

Л. А. ЛИТЯЕВА, О. В. КОВАЛЕВА, И. С. ЯКУБОВИЧ

ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия,
Управление Роспотребнадзора по Оренбургской области

Представлены результаты клинико-эпидемиологического анализа групповой заболеваемости детей детского сада Оренбургской области энтеровирусной инфекцией Коксаки А16, протекавшей с экзантемой в виде синдрома «рука-нога-рот». В эпидемический процесс было вовлечено 20 детей, из них 72,2% детей 1–2 лет, ставших источниками распространения инфекции в другие группы детей. Заболевание имело легкое течение и не требовало специального лечения.

Ключевые слова: дети, энтеровирусная инфекция, Коксаки А16, экзантема, «рука-нога-рот»

Clinical Epidemiological Peculiarities of Enterovirus Coxsackievirus A16 Group Morbidity in Children

L. A. Lityaeva, O. V. Kovaleva, I. S. Yakubovich

Orenburg State Medical Academy,
Federal Service on Customers' Rights Protection and Human Well-Being Surveillance in Orenburg Region, Orenburg

The authors presented the results of the clinical and epidemiological analysis of enterovirus coxsackievirus A-16 group morbidity among kindergarten children in the Orenburg region occurring in the form of the syndrome of «hand-foot-mouth» with exantem. 20 children were involved in the epidemic process, 72,2% of the children are 1–2 years old, they became a source of infection to other groups of children. The disease had a mild course and did not require special treatment.

Key words: children, EVI, Coxsackie A-16, exanthema, «hand-foot-mouth»

Контактная информация: Литяева Людмила Алексеевна — д.м.н., засл. врач Российской Федерации, проф. каф. эпидемиологии и инфекционных болезней ОГМА; 8 (3532) 56-02-53

УДК 616.022.578.835.1

Энтеровирусная инфекция (ЭВИ) относится к числу самых распространенных инфекций, более того, повсеместно прослеживается четкая тенденция ее активизации среди детского населения. Наиболее подвержены

ЭВИ дети до 10 лет, особенно первых двух лет жизни [1, 2].

Энтеровирусы (ЭВ) вызывают заболевания, характеризующиеся полиморфностью клинических проявлений, во многом обусловленные способностью одного и того же серотипа ЭВ вызывать разные клинические синдромы (от тяжелых паралитических заболеваний с высокой летальностью до легких лихорадочных состояний). Важно отметить также, что многоликость проявлений ЭВИ во многом зависит от видового состава ЭВ, циркулирующих на конкретной территории и имеет региональную компоненту [3–5].

Оренбургская область относится к числу регионов с высоким уровнем заболеваемости ЭВИ. Ежемесячно проводимое слежение за заболеваемостью ЭВИ и циркуляцией ЭВ во внешней среде (начиная с 2006 года) позволило выявить ежегодный рост регистрируемой заболеваемости лабораторно подтвержденных случаев данной инфекции на территории региона [4].

Установлено, что общий уровень заболеваемости за указанный период определяют дети (преимущественно до 17 лет) и что спектр возбудителей ЭВИ был идентичен вирусному пейзажу ЭВ, циркулирующих во внешней среде.

Эпидемиологическая кривая показателей заболеваемости детского населения характеризовалась показателями их роста (2006–2009 г. г.) и снижения (2010–2011), сопровождаемая сменой доминирующих групп возбудителей с превалированием серотипов ЕСНО-вирусов (до 2009 г.) с последующим снижением их удельного веса и последующей активизацией вирусов Коксаки А (с 2010 г.).

Установлено также, что наиболее пораженными возрастными группами были и остаются дети 7–14 и 3–6 лет с наметившейся в 2011 году тенденцией роста ЭВИ у детей 1–2 лет. Следует отметить, что в структуре ЭВИ на всех этапах ее динамики занимает энтеровирусный менингит, а у детей 1–2 лет сочетание катарального, дикарального синдромов и экзантемы. Не менее важно, что активизация вирусов Коксаки А не только привела к росту числа случаев заболеваемости детей раннего возраста, но и отразилась на спектре клинических проявлений ЭВИ, подтверждением чего стала зарегистрированная впервые в июне 2012 года в одном из сельских детских садов групповая заболеваемость детей Коксаки А16 инфекции.

Это заболевание протекает в виде локальных вспышек (чаще в детских коллективах) и даже крупных эпидемий. Основными этиологическими агентами которых являются вирусы Коксаки А10, А16, а также энтеровирус 71. Основными клиническими проявлениями — везикулярный стоматит с поражением конечностей, чаще называемый синдромом «рука-нога-рот», получивший это название из-за внешних своих проявлений, таких как серо-белые волдыри, покрывающие внутреннюю поверхность щек, губ, языка, горла, а так же их обнаружение на ладонях.

Одной из первых была эпидемическая вспышка «Hand-Foot and Mouth Diseases», вызванная вирусом Коксаки А16, описанная в Канаде в 1957 году. В последующем

вспышки данной инфекции регистрировались в разных странах мира [6–11], в России — впервые в 2009 году в Санкт-Петербурге, вызванная Коксаки 71 [1].

Следует отметить, что Коксаки А16 инфекция протекает легко и не вызывает серьезных последствий, что служит причиной не всегда правильной ее диагностики и отсутствия целенаправленного исследования биоматериала от больных на энтеровирусы. Немаловажно и то, что данный синдром не учитывается в статистических формах и нет систематических данных о распространенности и клинических особенностях этой инфекции.

Цель работы: изучить клинико-эпидемиологические особенности энтеровирусной Коксаки А16 инфекции у детей.

Материалы и методы исследования

Проведен клинико-эпидемиологический анализ групповой заболеваемости энтеровирусной Коксаки А16 инфекцией (ЭВИ), протекающей в форме синдрома везикулярного стоматита с экзантемой на конечностях (кисти, стопы), у 20 детей из младшей, средней и старшей групп детского сада.

Учитывались возрастной состав заболевших детей, клинические проявления (характер и локализация сыпи, степень выраженности синдрома интоксикации) и результаты исследования биоматериала (фекалий, мазков из ротоглотки и содержимого везикул) больных детей методом ПЦР с последующим секвенированием в Приволжском Федеральном научно-методическом центре по изучению ЭВИ, а также биоматериала от контактных сотрудников и объектов внешней среды.

У всех заболевших детей диагноз был подтвержден обнаружением РНК энтеровируса из фекалий, мазков из ротоглотки и содержимого везикул. Генотипированием был идентифицирован энтеровирус Коксаки А16.

Результаты и их обсуждение

В данном детском саду имеется 3 изолированных группы детей (младшая, средняя, старшая), всего по списку 64 человека. В эпидемический процесс было вовлечено 20 детей, из них в возрасте 1–2 года — 13, в возрасте 3–4 лет — 3, в возрасте 5–6 лет — 4. Случаи синдрома «рука-нога-рот» были зарегистрированы во всех группах с максимальным числом заболевших в младшей группе (13 из 18 детей по списку) — 72,2%. В других группах соответственно также были выявлены больные дети, но их удельный вес был ниже — соответственно (3 из 24) 12,5% — в средней и (4 из 22) 18,2% — в старшей (рис. 1). Установлена эпидемиологическая связь распространения ЭВИ в детском коллективе: в результате перевода из младшей группы в среднюю (причиной которого стал перевод двух детей из младшей группы), и старшую (выявлен контакт в семье с больной сестрой из младшей группы). Установлено также, что первый случай заболевания был зарегистрирован у девочки из младшей группы, единственным клиническим проявлением которой была везикулярная сыпь на ладонях. При этом общее состояние девочки оставалось удовлетворительным и она продолжает посещать детский сад, а сыпь расценивалась

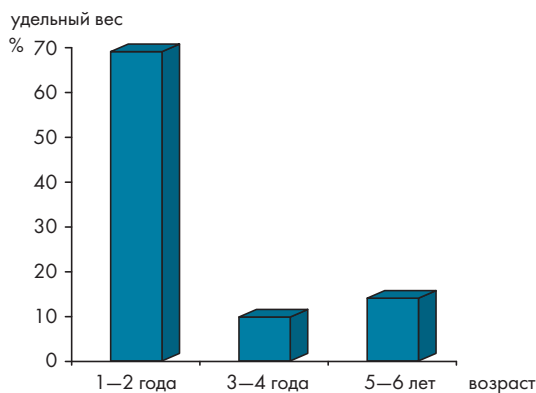


Рисунок 1. Распределение заболеваемости по возрастным группам



Рисунок 2. Везикулярная сыпь

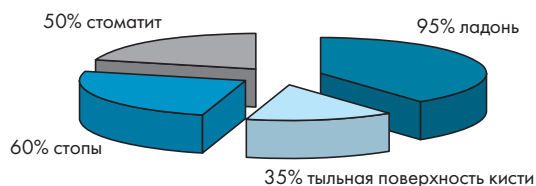


Рисунок 3. Локализация везикулярной сыпи при энтеровирусной инфекции Коксаки А16 у детей

как аллергическая. Однако через 6 дней после контакта с заболевшей девочкой еще у пяти детей этой группы воспитательницей была обнаружена аналогичная сыпь, также локализованная на ладонях. И, хотя общее состояние детей не страдало, все они были направлены в детскую поликлинику. В этот же день информация о групповой заболеваемости детей поступила в Управление Роспотребнадзора по Оренбургской области.

Первоначальный диагноз участковых врачей был разным, обнаруженная сыпь расценивалась как проявление аллергии (2), пиодермии (2), и только у двух больных — как проявление ЭВИ. До этого дети за медицинской помощью не обращались.

Неудивительно, что другие заболевшие дети в младшей группе (13) были выявлены активно при совместном клиническом осмотре врачей-консультантов (инфекциониста и дерматолога) и в ходе динамического медицинского на-

блюдения в очаге. Отсутствие настороженности и несвоевременность обращения за медицинской помощью можно объяснить легкостью течения инфекции, что также послужило причиной допуска и пребывания заболевших детей в группах, в том числе и первой заболевшей девочки, выявленной при клиническом осмотре инфекционистом. Основными клиническими проявлениями у всех детей были везикулярная сыпь и легкое недомогание и лишь у некоторых из них (20%) отмечалось повышение температуры до субфебрильных и фебрильных цифр (5%).

Следует отметить, что везикулярная сыпь (рис. 2) в виде небольших единичных серовато-белесоватых пузырьков локализовалась на ладонях (95%), на тыльной стороне кистей рук (35%), на стопах (60%), сопровождаемая у половины больных развитием везикулярного стоматита с высыпаниями на внутренних поверхностях щек, губ, языка (рис. 2, 3).

Заболевание у подавляющего большинства заболевших (19) протекало в легкой форме, среднетяжелая форма болезни была только у одного ребенка. У него на фоне повышения температуры, легкого недомогания и высыпаний на слизистой рта и конечностях отмечались боли при приеме пищи, помимо этого были катаральные явления. Все дети находились на амбулаторном наблюдении, получали симптоматическое лечение. Продолжительность температуры составляла 3—4 дня. Сыпь сохранялась в течение 5—7 дней и исчезала бесследно. Заболевание протекало гладко, без осложнений.

Анализ посещаемости детей этого сада показал, что в течение месяца, предшествующего групповой заболеваемости детей Коксаки А16 инфекцией, 8 детей переболели ОРВИ. Из них трое детей были из младшей группы, двое — из средней и трое — из старшей. Заболеваемости ЭВИ остальных групп населения села в это же время не было (по данным журнала амбулаторного приема ФАП).

Эпидемиологическая ситуация на территории села в наблюдаемый период была удовлетворительной. Проведенное клиническое наблюдение за неорганизованными детьми, проживающими в этом селе (146 человек) и детьми пришкольного лагеря (103 человека) случаев заболевания ЭВИ у них не выявило.

Результаты исследования биоматериала от контактных сотрудников детского сада, в том числе пищеблока, а также контактных по семейным очагам были отрицательны. При исследованиях объектов внешней среды была обнаружена РНК энтеровируса в канализационном колодце, находящемся на территории этого детского учреждения.

Эпидемиологическое расследование, хотя и не установило источник инфекции, но убедительно показало, что данная вспышка носила локальный характер. Механизм передачи инфекции был фекально-оральным, путь передачи — контактно-бытовым. Фактором передачи послужили контаминированные возбудителем руки детей, игрушки и другие объекты внешней среды. Причиной групповой заболеваемости стали несвоевременная изоляция источников инфекции из детского коллектива и несоблюдение противоэпидемического режима.

Заключение

Таким образом, зарегистрированная в одном из сельских детских садов Оренбургской области групповая заболеваемость детей энтеровирусной Коксаки А16 инфекцией имела локальный характер и была подтверждена выделением РНК этого вируса из биоматериала от больных детей.

Основным клиническим проявлением инфекции была везикулярная сыпь на кистях, стопах и слизистой полости рта.

Наиболее восприимчивы к данной инфекции были дети младшей группы, послужившие источником распространения инфекции в другие группы детского сада.

Постепенное вовлечение в эпидемический процесс заболевших, эпидемическая связь заболевших детей средней и старших групп с младшей свидетельствует о контактно-бытовом пути передачи этой инфекции и высокой контагиозности заболевания.

Легкое течение заболевания стало причиной поздней его диагностики и несвоевременного обращения больных за медицинской помощью.

Литература:

1. Энтеровирусные инфекции у детей: эпидемиология, этиология, диагностика, клиника, терапия, профилактика: Пособие для врачей / Н.В. Скрипченко и др. — СПб., 2009. — 80 с.
2. Кишкурно Е.П., Амвросьева Т.В. Энтеровирусная инфекция у детей: клиника, диагностика, подходы к терапии. // Медицина неотложных состояний. 2007. — № 2(9). — С. 125–128.
3. Мурина Е.А. Циркуляция энтеровирусной инфекции в Санкт-Петербурге за сорокалетний период наблюдения. — 2011. — Т.3. — № 3. — С. 79.
4. Заводнова О.С. Клинико-эпидемиологические особенности энтеровирусной инфекции в Ставропольском крае // Журнал инфектологии. — Санкт-Петербург. — Т. 4. — № 4. — 2012. — С. 68.
5. Попов А.Ф., Миргородская Н.В. Энтеровирусная инфекция в Приморском крае // Журнал инфектологии. — Санкт-Петербург. — Т. 4. — № 4. — 2012. — С. 101.
6. Клинико-эпидемиологические особенности лабораторной диагностики энтеровирусной инфекции в Республике Беларусь / Т.В. Амвросьева и др. // Журнал микробиологии. — 2005. — № 2. — С. 20–25.
7. Литяева Л.А., Ковалева О.В., Якубович И.С. Клинико-эпидемиологические особенности энтеровирусной инфекции у детей Оренбургской области // Журнал «Эпидемиология и Гигиена». — № 1. — 2012. — С. 26.
8. Протасеня И.И. Клинико-эпидемиологическая характеристика энтеровирусной инфекции у детей г. Хабаровска в 2011 г. / Сб. материалов конгресса «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики». — 2011. — С. 92.
9. Change of major Genotype of Enterovirus 71 in Outbreaks of Hand-Foot-and-Mouth Disease in Taiwan between 1998 and 2000 / J.R. Wang et al // J. Clin. Microbiol. — 2002. — 40(1): 10–5.
10. Genetic Characteristics of Human Enterovirus 71 and Coxsackevirus A 16 Circulating from 1999 to 2004 in Shenzhen, People,s Republic of China / L. Li et al. // J. Clin. Microbiol. — 2005. — 43(8): 3835–9.
11. Deaths of children During an outbreak of Hand-Foot-and-Mouth Disease in Sarawak, Malasea: clinical and pathological characteristics of the desage / L.G. Chan et al. // Clin. Infect. Dis. — 2000. — 31. — 678–683.

Гемофильные менингиты у детей

Т. В. Егорова¹, Л. В. Малкова², И. Ф. Дзюбан², А. Л. Столбов²

ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия¹,
КОГБУЗ Кировская инфекционная клиническая больница²

За период с 2006 по 2010 годы выявлено и пролечено 63 ребенка в возрасте от 1 месяца до 17 лет с бактериальными гнойными менингитами (БГМ). На долю детей первых трех лет жизни, заболевших БГМ, приходилось 63,5% (40 больных). В этой группе детей распределение по этиологии БГМ было следующим: 55% — менингококковые, 17,5% — гемофильные, 2,5% — эшерихиозные, 2,5% — стафилококковые, 22,5% — неустановленной этиологии. Рассмотрены особенности клиники, течения, лечения Hib-менингитов у 7 детей. Выявлены критерии, указывающие в остром периоде болезни на возможность затяжного, волнообразного течения Hib-менингитов.

Ключевые слова: гемофильный менингит, клинические варианты, затяжное течение, дети, антибиотики, глицитин

Hemophilic Meningitis in Children

T. V. Egorova¹, L. V. Malkova², I. F. Dziuban², A. L. Stolbov²

Kirov State Medical Academy¹, Kirov Infectious Diseases Hospital²

Bacterial purulent meningitis (BPM) was detected and treated in 63 children aged from 1 month till 17 years during 2006–2010. 63,5% (40 patients) of patients were children of first three years old. In this group etiological distribution of the children was as follows: 55% were meningococcal, 17,5% were hemophilic, 2,5% were escherichiosic, 2,5% were staphylococcal, 22,5% were of unclear etiology. The peculiarities of clinics, causes and treatment of Hib — meningitis were explored in 7 children. The criteria were found which indicate the possibility of prolonged wave-like course of Hib-meningitis in the acute period of the disease.

Key words: hemophilic meningitis, clinical variants, prolonged cause, children, antibiotics, gliatilin

Контактная информация: Егорова Татьяна Витальевна — к.м.н., доц. каф. инфекционных болезней Кировской государственной медицинской академии; 610027, Киров, ул. К. Маркса, 112; (8332) 33-03-98; Egorova-kikb@yandex.ru

УДК 616.9:579.845

Бактериальные гнойные менингиты (БГМ) являются наиболее распространенной формой нейроинфекций у

детей. Особая группа риска — дети первых трех лет жизни, на долю которых приходится более половины заболевших