

5. Захарова И.Н., Чебуркин А.В., Малиновская В.В. Значение системы интерферонов в формировании иммунного ответа у детей с острыми респираторными вирусными инфекциями // *Вопр. практической педиатрии*. — 2009. — Т. 4, № 6. — С. 38–45.
6. Современные аспекты герпесвирусной инфекции. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика: Метод. рекомендации. Правительство Москвы. Департамент здравоохранения / Н.В. Каражас и др. — М.: Спецкнига, 2012. — 128 с.
7. Малиновская В.В., Паршина О.В., Гусева Т.С., Чеботарева Т.А., Каряева С.К. Особенности иммунного и микроэлементного статуса детей, проживающих в условиях техногенного воздействия промышленного города // *Детские инфекции*. — 2010. — Т. 9, № 1. — С. 23–26.
8. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблема патогенеза, диагностики и терапии // *Педиатрия*. — 2005. — № 1. — С. 6–7.
9. Осидак Л.В. Грипп у детей. Клинико-патогенетические особенности, основные принципы диагностики и терапии. — СПб., 2006. — 48 с.
10. Малиновская В.В. Новый отечественный комплексный препарат Ви-ферон и его применение в перинатологии и педиатрии при инфекционно-патологии // *Росс. вестник перинатологии и педиатрии*. 1999. — Т. 44, № 3. — С. 36–43.

Острая респираторно-синцитиальная вирусная инфекция у детей в возрастном аспекте

В. Б. РОВНЫЙ¹, О. М. ИБРАГИМОВА², Ю. В. ЛОБЗИН^{1, 2}, И. В. БАБАЧЕНКО²

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова¹, ФГБУ НИИДИ ФМБА России², Санкт-Петербург

Описаны клинические особенности острой респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (ОРСВИ) у 221 ребенка в возрасте от 1 месяца до 5 лет с лабораторно подтвержденным диагнозом. Фебрильную лихорадку регистрировали у 76% больных ОРСВИ, причем достоверно чаще у детей второго года жизни (92%), однако по ее высоте и длительности различий не выявлено. У 98% детей имелись симптомы поражения нижних дыхательных путей. У больных первого года жизни наиболее частыми проявлениями ОРСВИ были обструктивные заболевания нижних дыхательных путей (обструктивный бронхит у 53% и бронхиолит у 11% детей); второго года — пневмония (28%, $p < 0,05$) и катаральный отит (26%, $p < 0,05$). Бронхообструктивный синдром у детей первого года жизни характеризовался достоверно большей частотой (73%) и максимальной длительностью ($9,7 \pm 1,08$ дней). Наибольшее число пациентов с тяжелой дыхательной недостаточностью регистрировали среди пациентов второго года жизни (ДН 3 степени у 22% больных, $p < 0,05$).

Ключевые слова: респираторно-синцитиальная вирусная инфекция, бронхиолит, обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность

Acute Respiratory Syncytial Virus Infection in Children in the Age Aspect

V. B. Rovny¹, O. M. Ibragimova², Yu. V. Lobzin^{1, 2}, I. V. Babachenko²

North — Western State Medical University named after I.I. Mechnikov¹
Research Institute of Children's Infections, Saint-Petersburg²

The clinical features of laboratory-confirmed acute respiratory syncytial virus infection (ARSVI) are described in 221 children of the age from 1 month to 5 years. Febrile fever has been recorded in 76% of patients with ARSVI, and significantly more often in children in the second year of life (92%), but the difference in the temperature or duration has not been found. 98% of children have had symptoms of the lower respiratory tract lesions. The most common ARSVI manifestations in the patients of the first year of life were obstructive diseases of the lower respiratory tract (obstructive bronchitis in 53% and bronchiolitis in 11% of children), in the patients of the second year of life — pneumonia (28%, $p < 0,05$) and catarrhal otitis (26%; $p < 0,05$). Bronchial obstruction syndrome in children of the first year of life was characterized by the significantly higher frequency (73%) and the maximal duration ($9,7 \pm 1,08$ days). The largest number of cases of the severe respiratory failure has been recorded among patients of the second year of life (3 degree of respiratory failure in 22% of patients, $p < 0,05$).

Key words: respiratory syncytial virus infection, bronchiolitis, obstructive bronchitis, respiratory failure

Контактная информация: Ровный Виктор Борисович — аспирант кафедры инфекционных болезней Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова; тел. 8(812)717–60–51, e-mail: vicdoc@mail.ru

УДК 616.921.5

Респираторно-синцитиальный вирус (РСВ) — один из наиболее частых этиологических факторов заболеваний бронхо-легочной системы у детей первых двух лет жизни, у которых он вызывает тяжелый бронхиолит и специфическую вирусную пневмонию. В то же время у детей старше 5 лет он часто обуславливает легкое катаральное воспаление верхних дыхательных путей [1, 2]. К трем годам у 100% детей обнаруживают серологические маркеры перенесенной РСВИ, причем наличие специфических антител не предотвращает повторные обструктивные заболевания, обусловленные РСВ [3, 4]. По данным ВОЗ, за 2005 год 33 млн. детей в возрасте до

5 лет в мире заболели ОРСВИ, 199 тысяч из них погибли [5]. Наиболее тяжелое течение ОРСВИ с поражением нижних дыхательных путей, требующее госпитализации, отмечают среди пациентов первого года жизни (4,3 млн) [5]. Сходство клинических проявлений различных респираторных инфекций, с одной стороны, разнообразие нозологических форм каждой из них, с другой, а также актуальность ОРСВИ в педиатрической практике, особенно у детей дошкольного возраста, обуславливает практическую значимость детального сравнительного изучения клинической картины заболевания у детей наиболее уязвимых возрастных групп [6, 7].

Цель исследования: выявление клинических особенностей острой респираторно-синцициальной вирусной инфекции у детей дошкольного возраста, в том числе первого и второго годов жизни.

Материалы и методы исследования

В эпидсезоны 2011—2012 гг. в клинике респираторных (капельных) инфекций ФГБУ НИИДИ ФМБА России обследован 221 ребенок в возрасте от 1 месяца до 5 лет с симптомами поражения нижних дыхательных путей. У всех детей оценивали анамнестические данные, объективный статус, результаты гематологического исследования. Рентгенографию органов грудной клетки проводили при клиническом подозрении на пневмонию. Клинический анализ крови оценивали с помощью гематологического анализатора Cell-Dyn 1800 (Abbott, США). Диагноз ОРСВИ подтверждали при выявлении специфических IgM в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) и/или при обнаружении в мазках из ротоглотки нуклеиновых кислот (РНК) РСВ — полимеразной цепной реакцией (ПЦР) и/или антигенов РСВ — иммуноцитохимическим методом (ИЦХ). Мазки из ротоглотки и кровь отбирали в первые сутки госпитализации и не позднее 3 суток от начала заболевания. Для проведения ПЦР диагностики использовали амплификатор Rotor-Gene Q (QIAGEN), работающий по принципу Real-time, и реактивы фирмы АмплиСенс (ЦНИИ эпидемиологии, Москва). Определение специфических антител класса IgM производили с помощью коммерческих тест-систем «Вектор-Бест» (г. Новосибирск) и иммуноферментного анализатора «АИФ-ЦО1Ф» (Россия). Для иммуноцитохимического исследования использовали мышиные моноклональные антитела к РСВ человека (Vector Laboratories, США), набор реагентов (системы Quanto) для проведения иммуногистохимических исследований (LabVision, Thermo, США), микроскоп Axio Lab.A1 (Carl Zeiss, Германия). Все исследования производились согласно рекомендациям от фирм-производителей.

Клинические различия ОРСВИ в зависимости от возраста изучали в трех группах пациентов: 1 группа — 94 ребенка в возрасте от 1 месяца до 1 года (средний возраст $0,52 \pm 0,02$ года), 2 группа — 50 детей от 1 года 1 мес. до 2 лет ($1,61 \pm 0,07$ года), 3 группа — 77 пациентов в возрасте от 2 лет 1 мес. до 5 лет ($2,84 \pm 0,04$ года). Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows v. 8.0. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Анализ возрастного состава пациентов показал, что дети первого года жизни (1 группа) преобладали по численности, однако достоверных различий между группами не отмечалось. Распределение по полу было равномерное: 126 мальчиков (57%) и 95 девочек (43%). Большинство детей переносили заболевание в среднетяжелой форме (66%), наиболее часто — дети 1 группы (71%). Тяжелые формы чаще регистрировали у пациентов первых двух лет жизни (22% и 17% во 2 и 1 группах соответственно). Легкие формы ОРСВИ достоверно чаще наблюдали у детей 3 группы ($p < 0,05$), что подтверждает данные литературы [2]. Больные госпитализировались преимущественно в первые 3—4 суток, при этом пациенты 1 группы

поступали в стационар на $4 \pm 0,36$ сутки от появления первых симптомов заболевания, 2 и 3 групп — на $3,3 \pm 0,45$ сутки ($p < 0,05$).

Отягощенный аллергологический анамнез выявлен у 53% детей с ОРСВИ, из них у 81% отмечали пищевую аллергию, у 86% — атопический дерматит. Отягощенный семейный анамнез атопии имели 25% детей. У 35% пациентов, преимущественно 3 группы, ранее регистрировали бронхит или пневмонию, у 19% — с развитием бронхообструкции. 66% пациентов, страдающих ОРСВИ, относились к группе часто болеющих детей, у 57% внутриутробное развитие протекало на фоне патологии беременности матери, 16% родились недоношенными. Особенностью эпиданамнеза была высокая частота семейных контактов у детей 1 группы (50%). С увеличением возраста процент заболевших детей из семейных очагов снижались (до 27% в 3 группе; $p < 0,05$), что объясняется формированием специфического иммунного ответа у детей старше 2 лет, в том числе обусловленное встречей с РСВ на первом году жизни [8].

Остроту начального периода РСВИ оценивали по срокам появления лихорадки и синдрома поражения респираторного тракта. При остром начале заболевания клинические проявления отмечали на 1—2 сутки, при подостром — на 3—5 сутки, при постепенном — на 6 сутки и позднее [9]. В 1 группе заболевание достоверно чаще начиналось остро (49%). У пациентов 2 группы регистрировали только острое и подострое начало. У больных 3 группы отмечали все 3 варианта начала заболевания без достоверных различий в их частоте. 76% пациентов переносили ОРСВИ с температурой тела более $38,5^\circ\text{C}$, причем фебрильную лихорадку чаще регистрировали у детей 2 группы (92%), реже — у детей 1 группы (63%; $p < 0,05$). При этом высота и длительность лихорадки во всех группах не различались ($38,7 \pm 0,06$; $38,9 \pm 0,09$; $38,8 \pm 0,1$ и $5,13 \pm 0,3$; $5,78 \pm 0,5$; $5,82 \pm 0,15$ в 1, 2 и 3 группах соответственно). Интоксикационный синдром был выражен умеренно у всех наблюдаемых детей. Ведущим клиническим проявлением ОРСВИ во всех наблюдаемых группах был синдром поражения дыхательных путей, часто в виде сочетанного воспаления верхних и нижних отделов. Нозологическая структура поражения дыхательных путей при ОРСВИ в изучаемых возрастных группах представлена на рисунке 1. У 80% пациентов всех групп выявляли симптомы ринофарингита. Ринофаринготонзиллит регистрировали преимущественно во 2 и 3 группах (9,8 и 7,8% соответственно), что объясняется возрастными особенностями формирования ротоглоточных миндалин. Ринофаринголарингит и трахеит диагностировали в единичных случаях, преимущественно у детей 3 группы. У 18% пациентов (39 чел.) первых 2 лет жизни признаков воспаления верхних дыхательных путей не отмечали. Поражение нижних дыхательных путей было характерно для 98% пациентов. Бронхообструктивный синдром (БОС) выявляли у 73,4% детей 1 группы, во 2 и 3 группах его диагностировали в 40 и 39% соответственно ($p < 0,05$). Длительность его была максимальной у пациентов младше двух лет ($8,44 \pm 0,6$ и $8,47 \pm 0,7$ дней в 1 и 2 группах соответственно против $6,73 \pm 0,8$ дней — в 3 группе; $p < 0,05$). Обструктивный бронхит и бронхиолит достоверно чаще диагностировали у детей 1 группы (55,3 против 25,5% и 30%, а также 10,6 против 2% и 1% во 2 и 3 группах,



СИНАГИС®
ПАЛИВИЗУМАБ

**Позвольте ребенку
расти здоровым,
чтобы осуществить мечты**

**Синагис® – защита
от РСВ-инфекции детей
из групп высокого риска**

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Синагис®

Синагис® (паливизумаб). Лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения. В 1 флаконе содержится паливизумаб (активное вещество) 50 мг или 100 мг. **Регистрационный номер:** ЛСР-001053/10. Паливизумаб представляет собой гуманизированные моноклональные антитела IgG₁, взаимодействующие с эпитопом А антигена белка слияния (белок F) респираторного синцитиального вируса (РСВ). **Показания к применению.** Профилактика тяжелой инфекции нижних дыхательных путей, вызванной респираторным синцитиальным вирусом, у детей с высоким риском заражения РСВ, к которым относятся: дети в возрасте до 6 месяцев, рожденные на 35-й неделе беременности или ранее; дети в возрасте до 2-х лет, которым требовалось лечение по поводу бронхолегочной дисплазии в течение последних 6 месяцев; дети в возрасте до 2-х лет с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к паливизумабу или к одному из вспомогательных веществ, или к другим человеческим моноклональным антителам. **Способ применения и дозы.** Синагис® вводят внутримышечно, предпочтительно в наружную боковую область бедра. Разовая доза препарата составляет 15 мг/кг массы тела. Схема применения состоит из 5 инъекций препарата, проводимых с интервалом 1 мес в течение сезонного подъема заболеваемости, вызываемой респираторным синцитиальным вирусом. Для разведения использовать только стерильную воду

для инъекций. Раствор паливизумаба не содержит консервантов, поэтому он должен быть введен не позднее 3 ч после приготовления. Оставшийся во флаконе раствор уничтожается. **Побочное действие.** При проведении исследований по применению препарата в профилактических целях побочные реакции у детей в контрольной группе и в группе детей, получавших препарат, были сходными. Побочные реакции были преходящими, степень их тяжести варьировала от легкой до умеренной. Часто ($\geq 1\%$, $< 10\%$) отмечались: повышение температуры тела, реакции в месте введения, нервозность. Нечасто ($\geq 0,1\%$, $< 1\%$) отмечались: со стороны дыхательной системы: инфекции верхних дыхательных путей, ринит, кашель, свистящее дыхание; со стороны системы кровообращения: лейкопения; со стороны кожи: сыпь; со стороны органов пищеварения: диарея, рвота; другие: повышение сывороточной аспартатаминотрансферазы, повышение сывороточной аланинаминотрансферазы, отклонение от норм печеночных тестов, вирусная инфекция, боль. Постмаркетинговые наблюдения. Редко ($> 0,01\%$, $< 0,1\%$) отмечалось апноэ. Крайне редко ($< 0,01\%$) отмечались анафилактика и крапивница. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами.** Исследования по изучению взаимодействия паливизумаба с другими лекарственными средствами не проводились, в связи с чем до настоящего времени отсутствуют данные о подобном взаимодействии. Так как моноклональные антитела являются специфичными

только в отношении РСВ, предполагается, что паливизумаб не должен препятствовать развитию иммунитета при вакцинации. **Особые указания.** Введение препарата Синагис® может сопровождаться аллергическими реакциями немедленного типа, включая анафилактические, в связи с этим пациенты должны находиться под медицинским наблюдением не менее 30 мин, а помещение, в котором осуществляется введение препарата, должно быть обеспечено средствами противошоковой терапии. Среднетяжелое или тяжелое острое инфекционное заболевание или лихорадочное состояние может быть причиной задержки начала применения препарата Синагиса, за исключением случаев, когда, по мнению врача, отказ от препарата представляет больший риск. Легкое лихорадочное состояние, например, легкая инфекция верхних дыхательных путей, не является причиной задержки назначения препарата Синагиса. Как и в случае любой внутримышечной инъекции, Синагис® следует назначать с осторожностью пациентам с тромбоцитопенией или нарушениями системы свертывания крови. **Условия транспортирования и хранения.** При температуре от 2 до 8 °С. Не замораживать. Хранить в недоступном для детей месте.

См. полную информацию о препарате в инструкции по применению. Информация для медицинских работников (не для пациентов).

abbvie

ООО «Зббви»

125171, Москва, Ленинградское шоссе, д. 16а, стр. 1

Тел.: +7 495 258 42 77

Факс: +7 495 258 42 87

Таблица 1. Показатели гемограммы у детей с ОРСВИ, по данным микроскопии мазка и гематологического анализатора (%)

| Группы детей | Гранулоциты | | Лимфоциты | | Моноциты | | Средние клетки |
|--------------|-------------|------------------------|-------------|-------------|-----------|------------------|----------------|
| | анализат | П/я + С/я | мазок | анализат | мазок | Эозинофилы мазок | |
| 1 группа | 35,5 ± 1,8 | 3,4 ± 0,3, 34,9 ± 1,8 | 53,8 ± 1,6 | 51,9 ± 2,0 | 8,3 ± 0,5 | 2,4 ± 0,2 | 12,9 ± 0,5 |
| 2 группа | 52,8 ± 2,5 | 4,1 ± 0,5, 51,0 ± 3,3 | 36,1 ± 2,0 | 36,7 ± 3,0 | 7,0 ± 0,8 | 2,4 ± 0,2 | 10,6 ± 0,7 |
| 3 группа | 62,9 ± 1,8* | 4,5 ± 0,4, 54,0 ± 2,6* | 29,9 ± 1,7* | 32,9 ± 2,4* | 7,3 ± 0,5 | 1,9 ± 0,3 | 8,8 ± 0,4 |

* — $p < 0,05$ по сравнению с 1 группой

соответственно) (рис. 1). Пневмонию чаще регистрировали у детей старше года (27,5 и 21% у больных 2 и 3 групп против 6,4% у пациентов 1 группы ($p_{1-3} < 0,05$) [10]. Длительность БОС при бронхиолите была максимальной (9,7 ± 1,08 дней), при обструктивном бронхите — минимальной (4,6 ± 0,5 дней; $p < 0,05$). 60% детей переносили БОС без развития дыхательной недостаточности (ДН) (рис. 2). 3 степень ДН достоверно чаще отмечали у пациентов 2 группы (22 против 13% в 1 группе), а ДН 1 степени — у детей первого года (21%, $p < 0,05$ по отношению ко второй группе). Незначительное увеличение лимфоузлов шейной группы регистрировали у 90% всех пациентов, печени (до 1—1,5 см ниже края реберной дуги) — у 60% больных 1 группы ($p < 0,05$). Осложнения со стороны ЛОР-органов преимущественно носили негнойный характер: у 12% детей выявлен катаральный отит (преимущественно у детей 2 группы (в 26% случаев), у 4% детей 3 группы — катаральный синусит.

Гематологические показатели больных сравниваемых групп преимущественно отражали возрастные особенности гемограммы, причем данные гематологического анализатора соответствовали результатам микроскопического исследования мазков (табл. 1). Наибольшие различия отмечены между показателями пациентов 1 и 3 групп по абсолютному и относительному числу гранулоцитов и лимфоцитов, что наряду с максимальным содержанием лейкоцитов в 3 группе (11,1 ± 0,5 против 10,2 ± 0,4 и 9,9 ± 0,6 в 1

и 2 группах соответственно) отражает более выраженные воспалительные изменения в связи большей частотой пневмоний у детей старше 1 года. Гематологические показатели больных с пневмонией отличаются от детей с обструктивным бронхитом, наиболее характерным проявлением ОРСВИ, более высоким уровнем лейкоцитоза (12,4 ± 0,8 против 9,8 ± 0,3 при обструктивном бронхите), нейтрофилии (58,7 ± 2,6 против 46,7 ± 2,6), СОЭ (21,5 ± 0,5 против 12,6 ± 0,7 мм/час соответственно), что, вероятно, свидетельствует о смешанной вирусно-бактериальной этиологии пневмонии.

Заключение

Острая респираторно-синцициальная вирусная инфекция у детей первого года в большинстве случаев проявлялась длительным бронхообструктивным синдромом на фоне бронхиолита. У пациентов старше 1 года поражение нижних дыхательных путей при ОРСВИ одинаково часто проявлялось обструктивным и необструктивным бронхитом и пневмонией. Несмотря на максимальную частоту развития бронхиолита у пациентов первого года жизни, тяжелые формы заболевания чаще регистрировали у детей в возрасте 1—2 лет, за счет длительной фебрильной лихорадки и наличия дыхательной недостаточности 3 степени, которая осложняла течение пневмонии и бронхиолита. Пациенты старше 2 лет достоверно чаще переносили инфекцию в

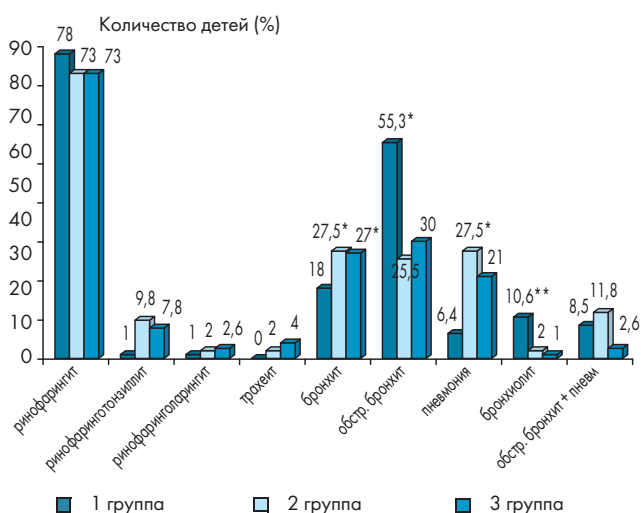


Рисунок 1. Поражение дыхательных путей у детей с ОРСВИ разного возраста (* — различия статистически значимы с первой возрастной группой; ** — различия статистически значимы со второй и третьей возрастной группой)

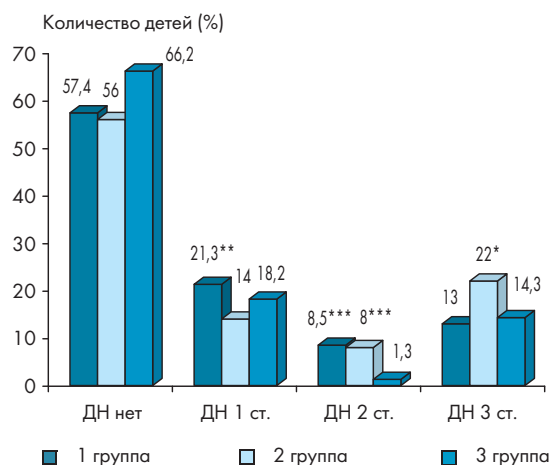


Рисунок 2. Выраженность дыхательной недостаточности у пациентов в зависимости от возраста (* — различия статистически значимы с первой возрастной группой; ** — различия статистически значимы со второй возрастной группой; *** — различия статистически значимы с третьей возрастной группой)

легкой форме, с более редким развитием бронхообструктивного синдрома (39%) и отсутствием дыхательной недостаточности в 66,2% случаев.

Литература:

1. Garofalo R.P. Respiratory syncytial virus infection: mechanisms of redox control and novel therapeutic opportunities / R.P. Garofalo, D. Kolli, A. Casola // *Antioxidants and Redox Signaling*. — 2013. — V. 18. — № 2. — P. 186–217.
2. DeVincenzo J.P. Factors predicting childhood respiratory syncytial virus severity // *The Pediatric Infection Disease Journal*. — 2005. — V. 24. — № 11. — P. 177–184.
3. Persistent recurring wheezing in the fifth year of life after laboratory-confirmed, medically attended respiratory syncytial virus infection in infancy / Gabriel J. Escobar et al. // *BMC Pediatrics*. — 2013. — V. 13. — № 97. — P. 1–9.
4. The natural history of respiratory syncytial virus in a birth cohort: the influence of age and previous infection on reinfection and disease / E. O. Ohuma et al. // *American Journal of Epidemiology*. — 2012. — V. 176. — № 9. — P. 794–802.
5. The use of humanized monoclonal antibodies for the prevention of respiratory syncytial virus infection / M. Lanari et al. // *Clinical and Developmental Immunology*. — 2013. — V. 2013. — P. 1–9.
6. Popow-Kraupp T. Diagnosis of respiratory syncytial virus infection / T. Popow-Kraupp, J.H. Aberle // *The Open Microbiology Journal*. — 2011. — V. 5. — P. 128–134.
7. Openshaw P. Emerging drugs for respiratory syncytial virus infection / P. Openshaw, W. Olszewska // *Expert Opin Emerg Drugs*. — 2009. — V. 14. — № 2. — P. 207–217.
8. Лещинская Н.П. Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция / Н.П. Лещинская, Л.Е. Камфорин. — М.: Медицина и здравоохранение, 1986. — 77 с.
9. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / Т.М. Зубик и др. — Л.: Медицина, 1991. — 336 с.
10. Клинико-эпидемиологические особенности респираторно-синцитиальной инфекции у детей разного возраста / В.Б. Ровный и др. // *Журнал инфектологии*. — 2013. — Т. 5, № 2. — С. 76–81.

Роль герпесвирусных инфекций при длительных субфебрилитетах у детей

Т. М. ЛЕБЕДЕВА¹, Н. Ю. ЕГОРОВА¹, Н. В. КАРАЖАС², Т. Н. РЫБАЛКИНА², М. Ю. КАЛУГИНА², А. Е. АНДЖЕЛЬ³, В. Ф. УЧАЙКИН¹
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России¹,
ФГБУ НИИЭМ им. Н. Ф. Гамалеи Минздрава России²,
Морозовская детская городская клиническая больница³, Москва

Обследовано 127 детей с длительным субфебрилитетом. В 36,7% случаев была доказана роль активной герпесвирусной (ГИ) в этиологии длительных субфебрилитетов у детей. Показана частота выявления острых ГИ (6,3%), реактивированных (30,4%) и латентных (63,3%) форм ГИ у детей с длительным субфебрилитетом. В этиологической структуре активной ГИ выявлено преобладание смешанных форм (78%) над моно-инфекцией (22%).

Ключевые слова: длительный субфебрилитет у детей, герпесвирусные инфекции

The Role of Herpes Infections in Prolonged Subfebrile Fever in Children

T. M. Lebedeva¹, N. Yu. Egorova¹, N. V. Karazhas², T. N. Rybalkina², M. Yu. Kalugina², A. E. Andzhel³, V. F. Uchaykin¹

Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow¹
Research Institute of Epidemiology and Microbiology named after N.F. Gamaleya, Moscow²
Morozov Childrens Clinical Hospital, Moscow³

127 children with long subfebrile have been examined. The causative role of active herpes virus infection in the etiology of long subfebrile states in children has been proved in 36,7% of cases. The frequency of detection of acute (6,3%), reactivated (30,4%) and latend (63,3%) forms of herpes virus infections in children with long subfebrile conditions has been demonstrated. Prevalence of mixed forms (78%) over mono-infection (22%) in the etiological structure of the active herpes virus has been revealed.

Key words: herpes virus infections, long subfebrile states in children

Контактная информация: Лебедева Татьяна Михайловна — асс. каф. инфекционных болезней у детей РНИМУ; 117049, Москва, 4-й Добрынинский пер., 1, МДГКБ; (499) 236-25-51

УДК 616.9:578.825.11

В связи с высокой частотой встречаемости и важностью задач, решаемых на практике, проблему длительного субфебрилитета (ДС) можно считать самостоятельной и актуальной в педиатрии.

По данным многих отечественных клиницистов, в структуре всех обращений в детскую поликлинику, число детей с синдромом длительного субфебрилитета имеет тенденцию к росту и составляет 6% среди госпитализированных в стационары и 15% среди всех обращений в поликлинику [1–3]. Практика лечения таких больных часто приводит к необоснованной полипрагмазии, применению антибактериальных средств, в том числе длительными и повторными курсами, к возникновению дисбиоза, что мо-

жет лежать в основе роста токсико-аллергических состояний и быть причиной снижения состояния здоровья и комплаэнтности жизни.

Природа длительного субфебрилитета остается не изученной. Большинство авторов придерживается точки зрения о полиэтиологичности длительного повышения температуры тела, рассматривая в качестве причины как инфекционные факторы, так и патологию эндокринной, нервной, иммунной системы [4–6].

По ходу изучения этой проблемы неоднократно возникали основания думать о роли инфекционных патогенов, но многочисленные исследования в разные годы не увенчались полным успехом [7–9].