

Ладутько А. О.
ВНЕЗАПНАЯ ЭКЗАНТЕМА У ДЕТЕЙ
Научный руководитель: ассист. Дивакова Е. В.
Кафедра детских инфекционных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Внезапная экзантема (ВЭ) – одна из наиболее частых инфекционных экзантем у детей раннего возраста, является проявлением острой первичной инфекции, вызванной вирусом герпеса человека 6-го (ВГЧ-6) и, нередко, 7-го (ВГЧ-7) типа. Обычно ВЭ имеет доброкачественное течение, в то время как в дальнейшем реактивация вируса может индуцировать серьезные заболевания у иммунокомпрометированных пациентов.

Цель: изучить клинико-лабораторные особенности и оценить эффективность терапии ВЭ у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 34 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в Городской детской инфекционной клинической больнице г. Минска по поводу ВЭ в 2016 г. В анализируемой группе мальчики составили 55,9% (19 детей), девочки 44,1% (15 детей). Распределение пациентов по возрасту: 3-6 месяцев – 1 (2,9%) ребенок, 6-9 месяцев – 14 (41,2%) детей, 9-12 месяцев – 11 (32,3%) детей, старше 1 года – 8 (23,5%) детей. Диагноз ВЭ был выставлен клинически 33 пациентам, у 1 ребенка – на основании выделения методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) ДНК ВГЧ-6 из носоглоточного смыва.

Результаты и их обсуждение. В 2016 г. детей с ВЭ чаще госпитализировали в зимний и летний периоды (32,4% и 41,2% соответственно). Дети поступали в стационар в среднем на $3,7 \pm 1,6$ день от начала заболевания. У всех пациентов заболевание начиналось остро: с появления лихорадки – у 29 (85,3%) детей, рвоты – у 3 (8,8%), жидкого стула – у 1 (2,9%), ринита – у 1 (2,9%) ребенка. Фебрильная лихорадка $38,5 \pm 0,6^{\circ}\text{C}$ длительностью в среднем $4,3 \pm 0,8$ суток отмечалась у всех детей. Более половины – 20 (58,8%) пациентов имели лихорадку без видимого очага инфекции, катаральный и респираторный синдром – 7 (20,6%), кишечный синдром – 7 (20,6%) детей. Экзантема появлялась на $5 \pm 0,7$ сутки, сразу после нормализации температуры тела и была преимущественно бледная розеолезная – у 22 (64,7%) детей, чаще всего локализовалась на лице – у 23 (67,6%) и туловище – у 26 (76,5%) пациентов.

В острый период заболевания в гемограмме у 29 (85,3%) детей отмечалась лейкопения, лимфоцитоз – у 21 (61,8%) ребенка.

Противовирусные средства (лаферон, флустоп, руферон, генферон) на амбулаторном этапе получили 4 (11,8%) ребенка. Все пациенты требовали назначения симптоматической терапии (жаропонижающие средства), дезинтоксикационная инфузионная терапия проводилась 20 (58,5%) детям. Назначение антигистаминных препаратов (10 пациентов), а также глюкокортикостероидов (3 пациентам) при подозрении на аллергический характер экзантемы, было неэффективным. Антибактериальную терапию (АБТ) амбулаторно получили 11 (32,4%) детей, поводом к назначению которой послужила фебрильная лихорадка без видимого очага инфекции. Наличие осложнений (отит) и воспалительных изменений в гемограмме в 5 (14,7%) случаях послужило поводом к назначению АБТ в стационаре. Длительность лечения в стационаре в среднем составила $4,5 \pm 1,5$ суток.

Выводы. В возрастной структуре ВЭ преобладают дети от 6 до 12 месяцев (73,5%). Заболевание начинается остро, чаще протекает в виде лихорадки без видимого очага инфекции. Бледная розеолезная экзантема появляется на фоне снижения (чаще сразу после нормализации) температуры, преимущественно на лице и туловище. В клиническом анализе крови чаще всего отмечается лейкопения и лимфоцитоз. ВЭ требует лишь симптоматической терапии.