



Л.В. Никифорова¹, Ю.Ю. Рябоконт¹, Е.В. Усачева¹, О.Ю. Павленова¹, С.Н. Бойчук²

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²Запорожская областная инфекционная клиническая больница

Ключові слова: вітряна віспа, клініка.

Ключевые слова: ветряная оспа, клиника.

Key words: chicken pox, clinical.

Проаналізовано особливості клінічного перебігу вітряної віспи у дітей, прояви вітряночних енцефалітів.

Проанализированы особенности клинического течения ветряной оспы у детей, проявления ветряночных энцефалитов.

In article features of a clinical current of a chicken pox at children, implications of a varicellous encephalitis are analysed.

Ветряная оспа (ВО) ежегодно поражает миллионы людей в мире, является высококонтагиозным заболеванием, восприимчивость к которому достигает 95–100% [1,2]. ВО болеют преимущественно дети в возрасте 3–6 лет, заболевания у детей до 3 месяцев регистрируются крайне редко, что связано с наличием пассивного иммунитета, переданного от матери [3–5]. ВО – относительно доброкачественно протекающее заболевание, однако в ряде случаев сопровождается развитием неврологических осложнений, что может привести к смертельному исходу или стойким последствиям, ухудшающим качество жизни [6,7].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать клинические особенности течения ветряной оспы у детей на современном этапе по данным отделения нейроинфекций Запорожской областной инфекционной клинической больницы.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением в отделении нейроинфекций ЗОИКБ на протяжении последних 3-х лет было 418 детей больных ВО в возрасте от 1 года до 17 лет, средний возраст – $7,2 \pm 2,5$ года. Мальчиков – 250 (59,8%), девочек – 168 (40,2%). Пациентам проведены традиционные клинические и лабораторные исследования. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного анализа выявлено, что в возрастной структуре преобладали дети до 10 лет (326 – 78%), из числа которых каждый третий ребенок – в возрасте от 3 до 6 лет. Детей до года 28 (6,7%), при этом у одного ребенка в возрасте 11 дней диагностирована перинатальная ВО.

У большинства детей заболевание протекало в средне-тяжелой форме (367 – 87,8%), тяжелое течение отмечено в 29 (6,9%) случаях. Независимо от возраста клиническая симптоматика заболевания у большинства была схожей. Заболевание начиналось остро с повышением температуры тела до фебрильных цифр, появления симптомов интоксикации. У 19 (4,5%) детей заболевание протекало на фоне нормальной температуры тела. Длительность лихорадочно-

го периода составила от 2 до 10 дней, в среднем – $4,1 \pm 0,8$ дня. В периоде разгара заболевания у каждого четвертого ребенка отмечена боль в горле, у 68 (16,3%) – зуд кожи, у 20 (4,8%) – сухой кашель, у 19 (4,5%) – рвота.

Появление везикулезной сыпи у большинства (383 – 91,6%) отмечалось с первых часов заболевания, у остальных – на вторые сутки болезни. Длительность подсыпания составила от 2 до 6 суток, в среднем $4,5 \pm 0,7$ дня. У каждого третьего ребенка сыпь была обильной, почти сплошь покрывала лицо и туловище. У каждого пятого больного элементы сыпи легко поддавались подсчету. У 49 (11,7%) больных отмечена пустулизация сыпи, которая в последующем приводила к развитию стрептодермии. У 151 (36,1%) выявлена энантема на слизистой оболочке рта, преимущественно в области мягкого неба и передних небных дужек. У 25 (6%) заболевших развился афтозный стоматит, что вело к ухудшению аппетита у детей за счет выраженного болевого синдрома. На фоне переносимого заболевания отмечено также развитие следующих осложнений: у 50 (12%) – бронхит, у 33 (7,9%) – блефароконъюнктивит, у 10 (2,4%) – токсический гепатит, у 21 (5%) – моноклеарная реакция.

Неврологические осложнения ВО зарегистрированы у 15 (3,6%) детей в возрасте от 1 года до 14 лет, средний возраст составил $5,7 \pm 2,5$ лет (мальчиков – 12, девочек – 3), у 11 диагностирован ветряночный энцефалит, у 4 – менингоэнцефалит. В возрастной структуре осложненных со стороны нервной системы форм ВО преобладали дети дошкольного возраста от 1 до 7 лет (12 – 80%). Начало заболевания сопровождалось подъемом температуры тела у 13 детей (86,7%), из них до субфебрильных цифр – у 6-ти (40%), а у 13,3% заболевание протекало на фоне нормальной температуры тела. Длительность высыпаний составила $5,4 \pm 1,2$ дня и не коррелировала с тяжестью течения ВО.

Присоединение симптомов поражения нервной системы отмечалось с 5 по 12 сутки от момента появления сыпи, в большинстве случаев – на 5–8 сутки (60%), в среднем на $8,1 \pm 1,8$ день болезни. Развитие этих осложнений у всех детей сопровождалось ухудшением общего самочувствия, появлением выраженных симптомов интоксикации, однако



повышение температуры тела в этот период зафиксировано только у 7 (46,7%) пациентов, у 20% из них – до фебрильных цифр. При поступлении в клинику нарушение сознания отмечалось у 6 (40%) пациентов, у 1 ребенка диагностирована кома. У 3 детей (20%) в дебюте заболевания отмечались клонико-тонические судороги. Головная боль беспокоила половину пациентов 8 (53,3%), у большинства – 11 (73,3%) из них – была рвота, больше чем у половины – 9 (60%) – повторная. Отмечались различной степени выраженности мозжечковые нарушения от легкой до тяжелой. При легкой степени отмечалось лишь пошатывание при ходьбе и небольшой тремор в руках, при средней выраженности нарушений пациент не мог самостоятельно передвигаться, одновременно появлялся установочный горизонтальный нистагм и скандированность речи. При тяжелой степени атаксии ребенок не мог не только стоять, но даже и сидеть, с трудом брал предметы в руки, наблюдался тремор в конечностях и туловище при попытке движения. Так, головокружение и шаткость походки отмечалась у большинства 11 (73,3%) пациентов, у 1 – выраженное. Промахивание при выполнении координационных проб отмечалось у 10 (66,7%), горизонтальный нистагм – у 11 (73,3%), тремор рук – у 8 (53,3%), слабость мимической мускулатуры – у 5 (33,3%) пациентов. Объективно в неврологическом статусе у пациентов, кроме атаксии, нистагма и изменения речи, также выявлялась диффузная мышечная гипотония. Впервые дни от развития симптоматики у 7 (46,7%) пациентов наблюдалось угнетение глубоких рефлексов, а у 20% глубокие рефлексы в первых сутки заболевания были наоборот оживлены. У 33,3% детей глубокие рефлексы не менялись в процессе наблюдения.

Учитывая ранний возраст, у 20% нарушение речи при поступлении нельзя было оценить, у 6 (40%) пациентов отмечалось нарушение речи афазического или дизартрического характера. Менингеальные знаки были положительные у 3 и сомнительные у 2 детей при поступлении в стационар.

Исследование ликвора проведено всем пациентам, у 4 (26,7%) выявлен лимфоцитарный плеоцитоз, причем у 1 пациента до 300 клеток в 1 мкл, незначительное повышение белка – 0,099 г/л. Все пациенты получили этиотропную терапию ацикловиром: внутривенно 10 мг/кг трижды в сутки в течение 10 дней, затем per os 200 мг 5 раз в сутки в течение 10–14 дней. Улучшение самочувствия, исчезновение неврологических расстройств отмечено в среднем на $11,6 \pm 1,2$ день этиотропной терапии.

ВЫВОДЫ

1. ВО у детей протекает у детей преимущественно в среднетяжелой форме (87,8 %), осложнения со стороны нервной системы наблюдаются в 3,6% случаев.

2. В клинической картине ветряночных энцефалитов преобладают мозжечковые и вестибулярные нарушения. Нет зависимости между тяжестью течения заболевания и возникновением неврологических нарушений. Появление неврологической симптоматики у 53,3% детей развилось на фоне нормальной температуры тела, в среднем на 8 день болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Зубленко О.В.* Вітряна віспа в Україні та сучасний підхід до її профілактики / *О.В. Зубленко* // Сучасна медицина. – 2006. – №2. – С. 90–92.
2. *Кускова Т.К.* Вітряна віспа / *Т.К. Кускова, Е.Г. Белова, Т.Е. Мігманов* // Лечащий врач. – 2004. – №1. – С. 30–35.
3. *Зуева Л.П.* Инфекция, вызываемая вирусом варицелла-зостер: ветряная оспа и опоясывающий лишай / *Л.П. Зуева, Р.Х. Яфаев* // Эпидемиология – СПб.: Фолиант, 2005. – С. 358–365.
4. *Сидорова И.С.* Инфекция, вызванная вирусом ветряной оспы опоясывающего лишая / *И.С. Сидорова* // Внутритрунные инфекции; под ред. И.С. Сидоровой. – М.: Мед. информац. агентство, 2006. – С. 48–56.
5. *Сорокина М.Н.* Вирусные энцефалиты и менингиты у детей / *М.Н. Сорокина, Н.В. Скрипченко*. – М.: Медицина, 2004. – 416 с.
6. *Гранитов В.М.* Герпесвирусная инфекция / *Гранитов В.М.* – М.: Медицинская книга; Н.Новгород: Издавництво НГМА, 2001. – С. 17–24.
7. *Инфекційні хвороби у дітей* / За ред. *С.О. Крамарєва*. – К.: Моріон, 2003. – С. 25–37.

Сведения об авторах:

Никифорова Л.В., студентка 6 курса медицинского факультета ЗГМУ.

Рябокоть Ю.Ю., к. мед. н., ассистент каф. госпитальной педиатрии и детских инфекционных болезней ЗГМУ.

Усачева Е.В., к. мед. н., доцент каф. госпитальной педиатрии и детских инфекционных болезней ЗГМУ.

Павленова О.Ю., студентка 6 курса мед. факультета ЗГМУ.

Бойчук С.Н., зав. 7-м отделением ЗОИКБ.

Адрес для переписки:

Рябокоть Юрий Юрьевич. 69035, м. Запорожье, пр-т Маяковского, 26, ЗГМУ, курс детских инфекционных болезней.

Тел.: (061) 224 34 21.