

ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

К.И. Григорьев, проф., С.Н. Борзакова, канд. мед. наук

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

E-mail: k-i.grigoryev@yandex.ru

Описана трудноконтролируемая герпесвирусная инфекция у детей. Представлены варианты герпетических инфекций, средства лечения и профилактики, симптомы ветряной оспы, инфекционного мононуклеоза и внезапной экзантемы.

Ключевые слова: герпесвирусная инфекция, ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз, симптомы.

Герпесассоциированные заболевания входят в число наиболее распространенных и плохо контролируемых инфекций человека. Вирусы герпеса могут длительно бессимптомно циркулировать в организме человека с нормальной иммунной системой, а при иммуносупрессии способствовать развитию тяжелых заболеваний вплоть до угрожающих жизни генерализованных инфекций.

Смертность от герпетической инфекции составляет, по данным ВОЗ, около 16% и находится на 2-м месте среди вирусных заболеваний после гепатита (цит. по Кусковой Т.К., Беловой Е.Г., 2004).

Вирусы герпеса (от греч. *herpein* – ползать) – ДНК-содержащие вирусы, объединенные в семейство *Herpesviridae*, которое включает в себя 8 классифицируемых видов вирусов человека: 1) вирусы простого герпеса – ВПГ – 1-го типа (ВПГ1) и ВПГ 2-го типа (ВПГ2), или возбудитель генитального герпеса; вирус ветряной оспы – опоясывающего лишая (варицелла-зостер); вирус Эпштейна–Барр (ВЭБ); цитомегаловирус (ЦМВ); вирус герпеса человека (ВГЧ) 6, 7, 8-го типов (ВГЧ6, ВГЧ7, ВГЧ8), а также еще около 80 неклассифицируемых ВГЧ и животных. Герпес-

вирусы делятся на 3 подсемейства: α , β и γ . α -Герпес-вирусы включают в себя ВПГ1, ВПГ2, вирус *Varicella-Zoster*, обладают эпителио- и нейротропностью, характеризуются быстрой репликацией в клетках разных типов с цитопатическим эффектом. β -Герпес-вирусы (ЦМВ, ВГЧ6 и ВГЧ7) также поражают клетки разных типов, приводя к развитию иммуносупрессии, а ЦМВ способствуют увеличению их размеров (цитомегалии). К γ -герпес-вирусам относят ВЭБ и ВГЧ8, ассоциированный с саркомой Капоши. Их характеризует тропность к лимфоидным клеткам (Т- и В-лимфоцитам), в которых они способны длительно персистировать (табл. 1).

Уникальность герпес-вирусов заключается в том, что они могут непрерывно или циклично размножаться в инфицированных клетках тропных тканей (персистенция), а также пожизненно сохраняться в морфологически и иммунохимически видоизмененной форме в нервных клетках регионарных нервных ганглиев (латенция) и реактивироваться под влиянием различных экзо- и эндогенных провоцирующих факторов, приводящих к иммуносупрессии. Последнее особенно характерно для герпес-вирусов α -подсемейства.

Клинически герпес-инфекция у детей может протекать в виде ветряной оспы, инфекционного мононуклеоза (ИМ), внезапной экзантемы, афтозного стоматита, мононуклеозоподобного синдрома и др. У подростков и взрослых инфекция часто протекает бессимптомно.

При снижении иммунореактивности организма герпес-вирусы выступают в качестве вирусо-оппортунистов, приводя к более тяжелому

Варианты герпетических инфекций

Таблица 1

Возбудитель	Синоним	Клинические формы
ВГЧ1	ВПГ1	Герпес лица и полости рта, энцефалит, кератит, конъюнктивит и др.
ВГЧ2	ВПГ2	Герпес половых органов, герпес новорожденных, серозный менингит
ВГЧ3	Вирус <i>Varicella-Zoster</i>	Ветряная оспа, опоясывающий лишай
ВГЧ4	ВЭБ	ИМ, лимфопролиферативный синдром у лиц с нарушениями иммунитета
ВГЧ5	ЦМВ	Мононуклеозоподобный синдром, пневмония, гепатит у лиц с нарушениями иммунитета
ВГЧ6	–	Внезапная экзантема, лихорадочное заболевание, эпилептические припадки
ВГЧ7	–	Внезапная экзантема
ВГЧ8	–	Саркома Капоши

Диагностика герпесвирусных инфекций с учетом стадии и длительности заболевания
(Каражас Н.В. и др., 2012)

ПЦР		IgG		IgM	Инфекция (диагноз)
Кровь	Слюна	низкоавидные	высокоавидные		
+	+	+ (нарастание)	-	+	Острая первичная врожденная и приобретенная
-	+	-	+ (нарастание)	-	Хроническая персистирующая
+	+	-	+ (нарастание)	+	Реактивация хронической инфекции
-	-	-	+ (нарастание)	-	Латентная

течению основного заболевания, развитию осложнений. Иммуносупрессивная активность ЦМВ и ВЭБ обуславливает развитие вторичного иммунодефицита.

Большинство клинических проявлений герпетических инфекций сопряжены с клинической картиной острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Характерны различные варианты микст-инфекций с респираторными вирусами (грипп А и В, аденовирусы, парагрипп, энтеровирусы), или герпесассоциированная ОРВИ, что особенно типично для ВГЧ5 и ВГЧ6. Поэтому при диагностике герпесвирусных инфекций должны учитываться анамнестические, клинические и лабораторные данные.

Наибольшую угрозу для жизни и здоровья детей представляют герпетические нейроинфекции – летальность при них достигает 20%, а инвалидизация – до 50%. Тяжело протекают офтальмогерпес (возможно развитие катаракты или глаукомы), генитальный герпес, генерализованная форма инфекции ВЭБ (ИМ). Клинико-лабораторная практика требует учета стадии инфекций, ассоциированных с вирусами герпетической группы, включая ВГЧ6 (табл. 2). В лабораторной диагностике герпесвирусных инфекций используется комплексный подход: обнаружение ДНК герпес-вирусов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в 3 средах (кровь, слюна, моча) и антител

к антигенам герпесвирусов (JgM, JgG) серологическими методами. Обнаружение высоких титров G-антител, на 3–4 порядка превышающих норму, не только подтверждает диагноз текущей инфекции, но и косвенно указывает на высокую репликативность вируса.

Известный полиморфизм клинических проявлений герпесвирусных инфекций у детей, выраженная тенденция этих болезней протекать в стертой, субклинической формах определяют трудности своевременной диагностики, а следовательно, и своевременного лечения (Боковой А.Г. и соавт., 2013).

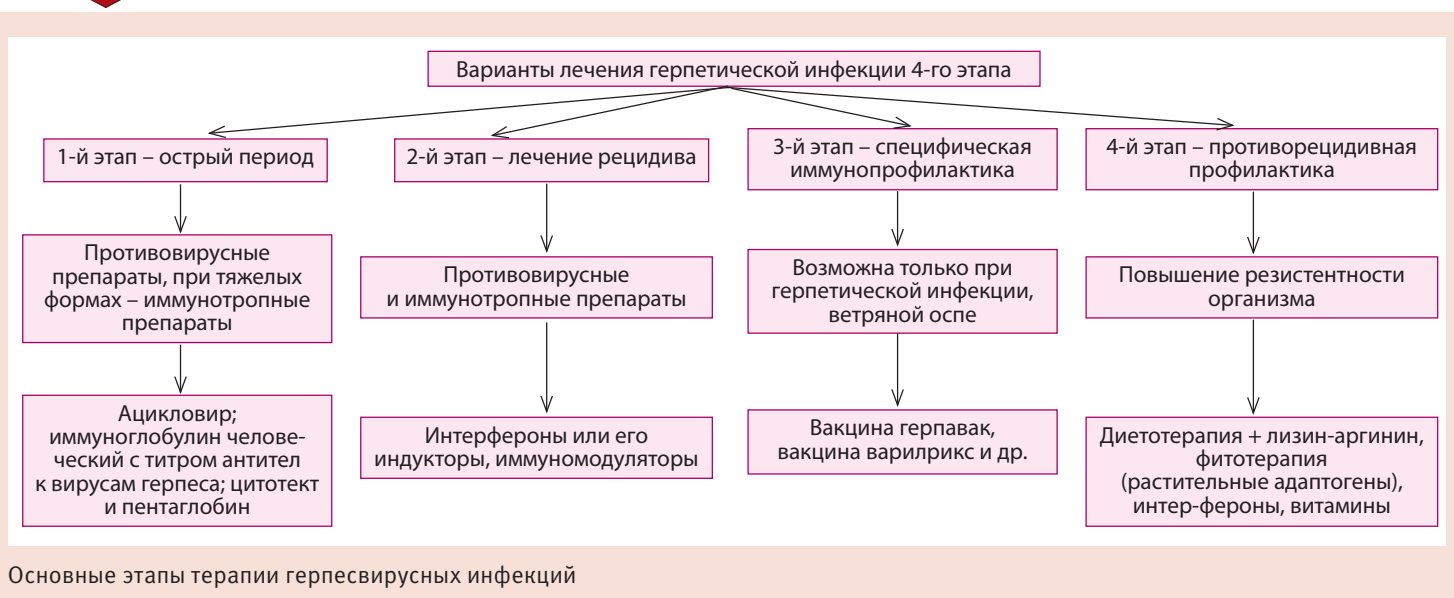
Одной из распространенных клинических форм герпесвирусной инфекции считается длительный субфебрилитет, причем в этиологической структуре активной герпесвирусной инфекции при длительных субфебрилитетах у детей преобладают смешанные формы (Лебедева Т.М. и соавт., 2013).

Герпесвирусные инфекции относятся к трудно контролируемым заболеваниям. Для их лечения и профилактики рецидивов предложено много препаратов разных групп (табл. 3), однако средств, обеспечивающих полное излечение, пока не существует. Это обусловлено генотипическими особенностями возбудителя, формированием лекарственной резистентности у герпес-вирусов и их молекулярной мимикрией.

Средства лечения и профилактики герпесвирусных инфекций (Бокова Т.А., 2015)

Аналоги нуклеозидов, пирозифосфатов	Ацикловир (зовиракс, виролекс), валацикловир (валтрекс), фамцикловир (фамвир), пенцикловир (вектавир), ганцикловир (цимевен), валганцикловир (вальцит), видарабин, цитарабин, рибавирин, цидофовир* (вистид*), лобукавир*
Препараты интерферонов и их индукторы	Человеческий лейкоцитарный интерферон, изопринозин, амиксин, ликопид, виферон, кипферон, кагоцел, лейкинферон, неовир, анаферон, циклоферон, реаферон, реаферон-ЕС-липид, аллоферон, реальдирон, интрон а, роферон А, аллокин-α, панавир
Специфические γ- и иммуноглобулины	Человеческий иммуноглобулин, цитотект, интраглобин, пентаглобин, иммуновенин, габриглобин
Другие противовирусные и иммуноотропные препараты	Имунофан, полиоксидоний, ликопид, ридостин, алпизарин, бонафтон, оксолин, риодоксол*, флореналь*, теброфен*, флакозид*, желепин-Д, тромантадин, дезоксирибонуклеаза, эпиген интим, алпизарин

Примечание. * – препарат в РФ не зарегистрирован.



Определенная сложность терапии герпесвирусных инфекций у детей связана с возрастными ограничениями применения лекарственных средств, развитием нежелательных лекарственных реакций и противопоказаниями.

Доказанное лечебное действие при герпесах первых 3 видов оказывает ацикловир; при ВЭБ помогают ганцикловир и фоскарнет, при ЦМВ-инфекции – ганцикловир; при ВГЧ6–8 рекомендуются в основном принципы симптоматической терапии, но в случаях возникновения осложнений препаратами выбора являются ганцикловир и фоскарнет. Оба препарата разрешены к применению у детей с 12 лет.

При хронических персистентных вирусных инфекциях невозможно добиться эффекта без использования иммуномодулирующих препаратов. Из них наиболее изучен и разрешен к применению, в том числе у новорожденных и беременных, виферон – комплексный препарат рекомбинантного α -интерферона с антиоксидантным комплексом – токоферола ацетат и аскорбиновая кислота.

В конечном счете назначение комплексной терапии определяется стадией диагностированной герпесвирусной инфекции, что укладывается в определенный лечебный алгоритм (см. рисунок).

В амбулаторной практике врача-педиатра наиболее значимы ветряная оспа, ИМ и внезапная экзантема. Остановимся на них более подробно.

Ветряная оспа

Это – высококонтагиозное вирусное заболевание, характеризующееся появлением на коже и слизистых оболочках везикулезных элементов. Возбудитель – ВГЧ3. Заболевание чаще регистрируется у непривитых детей дошкольного и младшего школьного возраста преимущественно в хо-

лодное время года. В группе воздушно-капельных инфекций занимает 2-е место после острых респираторных заболеваний. Источник инфекции – больной ребенок (взрослый) с конца инкубационного периода и в течение 3–4 дней после появления последних пузырьков и больные опоясывающим лишаем (*Herpes Zoster*). Дети первых 3 мес жизни невосприимчивы к инфекции вследствие пассивного иммунитета, полученного от матери. Детей до 3 лет, бывших в контакте с больными и не болевших ранее, изолируют из коллектива с 11-го по 21-й день (инкубационный период) с момента контакта.

Заболевание начинается с кратковременного продромального периода. Характерны сыпь, симптомы интоксикации. Обычно отмечают субфебрильную температуру тела, недомогание, снижение аппетита, нарушения сна. Сыпь при ветряной оспе возникает одновременно с повышением температуры тела или несколькими часами позже. Высыпания появляются «толчками» в течение 3–4 дней. Первичный элемент сыпи – мелкое пятно или возвышающаяся над поверхностью кожи папула, которая через несколько часов превращается в пузырек (везикулу). Везикулы имеют овальную или округлую форму, напряженную стенку, прозрачное содержимое, располагаются поверхностно; отдельные элементы могут иметь пупковидное вдавление. Пузырьки на 2–3-й день вскрываются, подсыхают, на их месте образуются корочки, отпадающие через 1–2 нед.

Высыпания располагаются на лице, волосистой части головы, на туловище и конечностях. Ладони и подошвы остаются чистыми. Появление сыпи на слизистых оболочках сопровождается болезненностью и образованием эрозий и даже язв. Стоматит – типичное проявление инфекции.

При типичной форме болезнь принимает форму от легкой до тяжелой. Атипичные формы – рудиментарная, генерализованная, геморрагическая, буллезная, гангренозная.

Врожденная ветряная оспа – заболевание, возникшее у новорожденного до 11-го дня жизни.

Осложнения – стрептодермия, абсцесс, флегмона, рожа, отит, пневмония, сепсис, гломерулонефрит, миокардит, энцефаломиелит, иммунная тромбоцитопения. Везикулы на слизистой оболочке гортани провоцируют ларингит, иногда – с явлениями стеноза. По данным Е.Ю.Скрипченко и соавт. (2016), при ветряной оспе у 27,5% детей развиваются неврологические осложнения, 2,3% которых связаны с поражением периферической, а 97,7% – центральной нервной системы – ЦНС (преобладают – до 70,5% – энцефалиты). Постзosterная (постгерпетическая) невралгия проявляется ганглионевритом и ганглиорадиокулонефритом. Повышают вероятность развития неврологических осложнений микстгерпетическая инфекция (ВПГ1, ВЭБ, ЦМВ, ВГЧ6), преморбидный фон (гипоксически-ишемические поражения ЦНС в перинатальном периоде).

После первичной инфекции при снижении иммунитета вирус может сохраняться в нервных ганглиях и реактивироваться с клиническими проявлениями опоясывающего лишая.

Лечение

Больной ребенок находится дома. Показания к госпитализации – эпидемиологические либо наличие осложнений. Показаны ежедневная смена белья, общие гигиенические ванны со слабым раствором перманганата калия, обязательное полоскание рта антисептическими растворами после еды. Симптоматическая терапия – местная, гипосенсибилизирующие препараты. Антипиретики (парацетамол, ибупрофен). При ветряной оспе нельзя назначать салицилаты!

При тяжелых формах ветряной оспы и развитии осложнений показана *комплексная этиотропная терапия*, включающая в себя ацикловир в сочетании с рекомбинантным α -интерфероном 2b вифероном. Другие противовирусные препараты – валацикловир, виворакс, гервиракс, зовиракс.

Ацикловир. Выпускают в таблетках по 0,2 г. Назначают детям до 2 лет внутрь по 0,2 г (10–15 мг/кг/сут.), детям 2–6 лет – по 0,4 г, детям старше 6 лет – по 0,8 г на 4 приема, курс – 5–7 дней; валацикловир внутрь или мазь/крем тонким слоем на пораженные участки; глицирризиновая кислота (крем) до 5 раз в сутки с интервалом в 4 ч в течение 5–10 дней. При неврологических осложне-

ниях ацикловир вводится внутривенно капельно в дозе 30–45 мг/кг/сут в 3 приема в течение 10–14 дней.

Инозин пранобекс (изопринозин). Выпускают в виде таблеток по 500 мг. Рекомендован детям с 3 лет (масса тела – более 15 кг). Назначается по 50–100 мг/кг/сут внутрь в 3–4 приема в течение всего острого периода болезни (5–10 дней в зависимости от длительности вирусемии и выраженности синдрома интоксикации). В качестве поддерживающей терапии для восстановления иммунологических показателей возможно назначение препарата по иммуномодулирующей схеме: 50 мг/кг/сут в 3–4 приема внутрь, 3 курса лечения по 10 дней с интервалом в 10 дней (Симованьян Э.Н. и соавт., 2011).

Генферон лайт ректально по 1 суппозиторию детям до 7 лет в дозе 125 000 МЕ, от 7 лет и старше – по 250 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Виферон в свечах. При неосложненном течении рекомендуемые дозы – по 2 раза в день: от 1 мес до 1 года – 150 000 МЕ, от 1 года до 4 лет – 250 000 МЕ, от 5 до 11 лет – 500 000 МЕ, после 12 лет – 1 000 000 МЕ. Курс лечения – 7 дней. При осложненном варианте заболевания дозы повышаются в 2–3 раза. В случае появления элементов с вторичным инфицированием одновременно с вифероном в свечах назначают гель виферон местно 3–4 раза в день до образования корочек. При вторичном инфицировании рекомендуют лекарственные средства с антибактериальным эффектом.

Везикулы смазывают 1% раствором бриллиантового зеленого, фукарцином, 5% мазью ацикловир, 5% линиментом циклоферона или 1–2% раствором перманганата калия, лосьоном каламина, гелем Алломедин и др.

По показаниям назначают антибиотики (цефотаксим, цефтриаксон), дезинтоксикационную терапию.

При ветряночном энцефалите применяются иммунотерапия, глюкокортикостероиды.

Профилактика

Ветряная оспа в нашей стране остается неуправляемой инфекцией, так как программа обязательной вакцинации против данного заболевания введена только в региональные календари Москвы, Свердловской области и Красноярского края. Используется вакцина варилрикс; 1 доза (от 12 мес до 13 лет) вводится по 0,5 мл подкожно или внутримышечно. Показана для однократной постэкспозиционной профилактики в период до 96 ч после контакта с вирусом (лучше – в течение 72 ч). Зарегистрированы вакцины и других фирм: вари-вакс и окавакс.

Инфекционный мононуклеоз

ИМ – острая герпесвирусная инфекция с типичной клинической картиной: лихорадка, генерализованная лимфоденопатия, воспалительные изменения в глотке, гепатолиенальный синдром, появление атипичных мононуклеаров крови. ИМ – болезнь иммунной системы, при которой имеет место лимфопролиферативный процесс.

Заболевание полиэтиологичное. В возникновении ИМ, помимо ВЭБ, традиционно считавшегося возбудителем этой инфекции, принимают участие другие герпес-вирусы: ЦМВ, ВПГ1 и ВПГ2, ВГЧ6, а также их ассоциации. Исходя из различий вирусных цепочек и способности трансформировать В-лимфоциты, определены 2 штамма ВЭБ, неразличимые серологически: тип 1 (А) и тип 2 (В). Существует возможность заражения 2 штаммами одновременно.

Источник инфекции – больные и вирусоносители. Вирус попадает в организм через слизистую оболочку ротоглотки и верхних дыхательных путей, вызывает поражение небных и носоглоточных миндалин, в которых происходит массивная репликация возбудителя, способен к длительной персистенции в В-лимфоцитах.

Современный взгляд на патогенез ИМ не подтверждает роли гематогенной диссеминации возбудителя. Проникая в лимфатические узлы, печень и селезенку, вирус вызывает гиперпластические процессы в этих органах. Пораженные клетки обретают «бессмертие» (становятся иммортализованными), и вирус находится в них в интегрированном состоянии. После трансформации клетка реплицирует, а новое поколение клеток содержит несколько генокопий ВЭБ в латентной форме.

Чаще болеют дети от 2 до 8 лет; в возрасте до 1 года ИМ встречается редко. У детей 1-го года жизни в начале заболевания отмечают насморк, иногда – кашель, высыпания на коже встречаются чаще; рано появляется ангина с налетами. Однако нет пакетов лимфатических узлов, а продолжительность гепатолиенального синдрома обычно не превышает 1 нед. У детей с 1 года до 4 лет инфицирование часто не сопровождается клиническими проявлениями и происходит бессимптомно либо проявляется как респираторная вирусная инфекция.

Заболевание у детей более старшего возраста обычно начинается остро, возможна гипертермия: перепады температуры тела в течение суток в пределах 1–2°C и заключительное литическое падение. Ранние симптомы болезни: затрудненное носовое дыхание, полиадения с обязательным увеличением заднешейных лимфатических узлов. Катаральное поражение миндалин наблюдается редко; обычно на миндалинах видны налеты бело-

желтого цвета рыхло-творожистой консистенции. Висцеральные формы протекают тяжело, атипичные имеют легкое течение.

Увеличение печени и селезенки развивается к концу 1-й недели, а самый характерный признак – атипичные мононуклеары – обнаруживается с первых дней и особенно в разгаре заболевания, реже – через 1–1,5 нед. Их количество колеблется от 5–7 до 50% и выше. У половины больных они обнаруживаются в крови в течение 1 мес и более.

Общий анализ крови: лейкоцитоз ($15\text{--}20 \cdot 10^9/\text{л}$ и более), увеличение количества одноядерных элементов крови, повышенная СОЭ – до 20–30 мм/ч. Новые методы исследования: определение ДНК возбудителя и иммуноглобулинов различных классов, avidности антител, что позволяет судить о времени инфицирования и активности инфекционного процесса.

Острая первичная инфекция подтверждается обнаружением в крови ДНК вируса (ПЦР+), VCA (virus capsid antigen) IgM и(или) EA (early antigen) IgG, низкоавидных VCA IgG. Антитела класса IgM фиксируются у 60% больных со 2–4-й недели заболевания. При реактивации хронической персистирующей инфекции в крови, кроме ДНК вируса, IgM VCA и(или) IgG к EA, выявляются высокоавидные VCA IgG и(или) EBNA (Epstein-Barr Virus Nuclear Antigen) IgG. О формировании латентной инфекции ВЭБ, которая является нормальным завершением иммунологического процесса у иммунокомпетентных лиц, свидетельствует наличие только высокоавидных VCA IgG и EBNA IgG. Чувствительность ПЦР к ДНК ВЭБ – 92–100%.

Продолжительность заболевания – 3–4 нед.

Осложнения ИМ обычно связаны с активацией микрофлоры (бронхит, пневмония, отит). Поражение нервной системы обусловлено ретикулоэпителиальной инфильтрацией оболочек и вещества мозга, нервных стволов и корешков, протекает по варианту полирадикулоневрита или мононейропатии. Описаны менингиты, энцефалиты.

Клинические проявления ИМ у детей разнообразны, что создает определенные затруднения при своевременной и правильной диагностике заболевания, а также при дифференциально-диагностическом отграничении его от заболеваний, сопровождаемых мононуклеозоподобным синдромом.

Лечение

На период лихорадки – постельный режим, щадящее питание. Лечение амбулаторное, при наличии показаний больных госпитализируют в боксированные отделения. Назначают комплексную терапию: жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен), гипосенсибилизирующие средства, дезинтоксикационную и симптоматическую терапию.

Противовирусное лечение

Изопринозин (инозин пранобекс). Выпускается в таблетках по 500 мг. В России рекомендован в виде таблеток детям с 3 лет (масса тела – более 15 кг). Дозы: 1 таблетка на 10 кг массы тела или 50 мг/кг/сут., разделенные на 3–4 приема внутрь; курс – 7–10 дней. В качестве поддерживающей терапии для восстановления иммунологических показателей возможно назначение препарата по иммуномодулирующей схеме (50 мг 2 раза в сутки на 14–28 дней).

Ацикловир (виroleкс, виворакс, зовиракс, гервиракс, ювиракс); α_2 -интерфероны (инферон, генферон лайт, виферон, полиоксидоний в свечах); антитела к интерферону- γ (эргоферон) и индукторы интерферона (циклоферон, арбидол, анаферон) – снижают количество затяжных форм, побочных эффектов, особенно связанных с антибиотикотерапией.

Виферон в свечах в возрастной дозе в течение 10 дней при острой первичной ВЭБ-инфекции в режиме монотерапии; при ИМ, вызванном реактивацией хронической ВЭБ-инфекции, – в сочетании с изопринозином.

Ганцикловир в десятки раз мощнее по действию, чем ацикловир; его назначают перорально в виде капсул или парентерально при ЦМВ-инфекции, рецидивирующих формах простого герпеса с поражением кожи и слизистых оболочек; фоскарнет, представляющий собой конкурентный ингибитор пирофосфата и обладающий широким спектром противовирусной активности, показан при лечении резистентной к ганцикловиру герпесвирусной инфекции. Как фосфорсодержащий препарат он обладает токсичностью, что ограничивает его применение у детей.

Ослабленным детям при тяжелых формах ИМ, сопровождающейся ангиной, назначают антибиотики коротким курсом: цефалоспорины II поколения – до 10 дней, микролиды – до 5 дней. Ампициллин из-за возможного развития токсико-аллергической реакции назначать нельзя! В тяжелых случаях, при длительной гипертермии, развитии токсико-аллергических реакций, назначают преднизолон из расчета 2–2,5 мг/кг/сут на 5–7 дней. Местное лечение – обработка миндалин раствором химотрипсина, полоскание горла отварами трав.

В комплексную терапию включают иммуномодуляторы кипферон в дозе 1 млн ЕД ректально 2 раза в сутки на 7 дней; виферон, амиксин, сочетающие этиотропный и иммуномодулирующий эффекты; по рекомендации проф. А.Г. Бокового – бифидумбактерин форте в суточной дозе 9–18 пакетиков в зависимости от возраста; курс – 5 дней. Больным противопоказана иммуностимули-

рующая терапия с применением тималина, Т-активина.

Специфическая профилактика не разработана. Специальные мероприятия в очаге не проводятся, карантин не устанавливается.

Внезапная экзантема

Внезапная экзантема (розеола, псевдокраснуха, 6-я болезнь, 3-дневная лихорадка) – острая вирусная детская инфекция, вызванная ВГЧ6 и ВГЧ7. Проявляется как 3-дневная лихорадка без каких-либо симптомов, а после нормализации температуры тела появляется сыпь, похожая на краснушную. Болеют преимущественно дети в возрасте от полугода до 2–3 лет. У детей старше 5 лет розеола практически не встречается.

Особенностью лихорадки при розеоле является ее длительность – она, почти не снижаясь, держится 3 сут, мало реагируя на жаропонижающие средства. Других симптомов нет. К 4-м суткам болезни температура тела резко снижается до нормальных значений, и почти одновременно (иногда – непосредственно перед этим или через несколько часов после ее нормализации) появляются высыпания на коже.

Высыпания бледно-розовые, размеры пятен – до 3–5 мм, некоторые пятна окружены бледной каемкой. Сыпь распространяется со спины на живот и грудь. Руки, ноги и лицо свободны от высыпаний. Зуда нет. Высыпания держатся не более 2 сут, исчезают без следов, редко сохраняется шелушение. Иногда бывает только лихорадка без сыпи с вирусными изменениями в картине крови – лимфоцитоз без сдвига формулы. При лихорадке и сыпи дети могут жаловаться на сонливость, капризничать, отказываются от еды.

Розеола часто не верифицируется, ее принимают за другие детские инфекции (краснуха), расценивают как аллергическую реакцию на лекарство, или связывают с прорезыванием зубов.

Заболевание протекает благоприятно и практически не дает осложнений. Отиты, бронхиты и пневмония наблюдаются редко – на фоне снижения иммунитета. Переносится однократно, вырабатывается стойкий иммунитет.

Лечение

Больных обычно лечат на дому, госпитализации в большинстве случаев не требуется, соблюдаются принципы лечения ОРВИ. Увеличивают потребление жидкости – чай с лимоном, отвар липового цвета, чай с ромашкой. При высокой лихорадке показаны жаропонижающие средства (панadol или нуروفен), физические методы охлаждения.

Противовирусная терапия: свечи с вифероном, интерферон в каплях в нос, вибуркол в свечах. При появлении сыпи никаких дополнительных препаратов не требуется. При возникновении на фоне высокой температуры фебрильных судорог (возникают у 5–35% детей с внезапной экзантемой) необходимо вызвать скорую помощь и применить адекватные методы лечения.

После исчезновения лихорадки и сыпи ребенок может вернуться к обычной жизни. На улицу можно выйти через 2–3 дня. В восстановительный период показаны витаминные препараты.

Рекомендуемая литература

Баранов А.А., Брико Н.И., Горелов А.В. и др. Стратегия контроля ветряной оспы в России. Вопросы современной педиатрии. 2010; 3 (9): 5–12.

Бокова Т.А. Герпесвирусные инфекции у детей: современные возможности терапии. Лечащий врач. 2015; 6: 37–9.

Боковой А.Г., Ковалев И.В., Маккавеева Л.Ф. и др. Возможности современной диагностики герпесвирусных инфекций у детей. Детские инфекции. 2013; 2: 8–11.

Бондаренко А.Л., Калужских Т.И., Утенкова Е.О. и др. Современные особенности течения ветряной оспы у непривитых детей. Педиатрия. 2016; 2: 8–13.

Вартанян Р.В. Цитомегаловирусные инфекции у детей, клинические проявления и терапия. Врач. 2002; 3: 26–7.

Вашура Л.В., Савенкова М.С. Герпес 6-го типа (эпидемиология, диагностика, клиника). Лечащий врач. 2014; 11: 18–24.

Григорьев К.И., Кильдиярова Р.Р. Особенности оказания сестринской помощи детям. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 272.

Иванова В.В., Левина А.С. Герпесвирусные инфекции. В кн.: Инфекционные болезни у детей. Под. ред. В.В.Ивановой. 2-е изд. М.: МИА, 2009; 305–34.

Лебедева Т.М., Егорова Н.Ю., Каражас Н.В. и др. Роль герпесвирусных инфекций при длительных субфебрилитетах у детей. Детские инфекции. 2013; 4: 23–6.

Малов В.А. Сестринское дело при инфекционных заболеваниях. М.: Академия, 2014. 9-е изд. – 352 с.

Скрипченко Е.Ю., Скрипченко Н.В., Железникова Г.Ф. и др. Лечение детей с неврологическими осложнениями ветряной оспы. Лечение и профилактика. 2013; 4 (8): 35–9.

Шурыгин А., Львова И., Сажин А. и др. Инфекция, вызванная вирусами простого герпеса, у детей дошкольного возраста, инфицированных микобактериями туберкулеза. Врач. 2010; 4: 43–4.

HERPESVIRUS INFECTION IN CHILDREN

Prof. K.I. Grigoryev; S.N. Borzakova, Cand. Med. Sci.
N.I. Pirogov Russian National Research Medical University,

Moscow

The paper describes poorly controlled herpesvirus infection in children. It gives the types of herpetic infections, their treatments and prevention. The symptoms of chickenpox, infectious mononucleosis, and exanthem subitum are noted.

Key words: herpesvirus infection chickenpox, infectious mononucleosis, symptoms.