

# Клиническая инфектология и паразитология

МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ

2 (09) 2014

**Журнал зарегистрирован**  
Государственной регистрационной службой Украины  
(регистрационное свидетельство  
КВ № 18717-7517P)

**Учредители:**  
Национальный медицинский университет  
имени А.А. Богомольца (Украина)  
УП «Профессиональные издания» (Беларусь)

**Журнал зарегистрирован**  
Министерством информации Республики Беларусь.  
Свидетельство № 1619 от 19.04.2013 г.

**Учредитель:**  
УП «Профессиональные издания»

**Редакция в Беларуси**  
**Директор** Евтушенко Л.А.  
**Заместитель главного редактора** Вериго О.А.  
**Технический редактор** Каулькин С.В.  
220023 Минск, ул. Чернышевского, 10а/805, 612  
Тел.: (017) 280-01-12, 280-88-09, 385-65-08, 385-65-09  
[www.recipe.by](http://www.recipe.by)  
E-mail: [infecto@recipe.by](mailto:infecto@recipe.by)

**Редакция в Украине**  
ООО «Издательский дом «Профессиональные издания»»  
**Директор** Ильина В.А.  
Тел.: (+38 067) 363-65-05  
E-mail: [profdom@ukr.net](mailto:profdom@ukr.net)

© «Клиническая инфектология и паразитология»  
При перепечатке материалов  
ссылка на журнал обязательна.  
Периодичность выхода – один раз в три месяца.

Тираж – 1500 экземпляров. Заказ  
Цена свободная.

**Отпечатано в типографии**

**Подписка в Украине:**  
индекс 68345 в каталоге ГП «Пресса»  
и через офис ООО «Издательский дом  
«Профессиональные издания»».

По вопросам приобретения журнала в Беларуси  
обращаться в редакцию.

Электронная версия журнала доступна  
на сайтах издательства [www.recipe.by](http://www.recipe.by)  
и научной электронной библиотеки [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)

Ответственность за точность приведенных фактов,  
цитат, собственных имен и прочих сведений,  
а также за разглашение закрытой информации несут авторы.  
Редакция может публиковать статьи  
в порядке обсуждения,  
не разделяя точки зрения автора.

**Главный редактор** Голубовская О.А., д.м.н., Киев  
**Заместитель главного редактора** Шкурба А.В., д.м.н., Киев  
**Ответственный секретарь** Подолюк О.А., к.м.н., Киев  
E-mail: [suinf@mail.ru](mailto:suinf@mail.ru)

**Редационный совет:**  
Андрейчин М.А., член-корр. НАМН Украины,  
проф., д.м.н., Тернополь;  
Бабак О.Я., член-корр. НАМН Украины, проф., д.м.н., Харьков;  
Бодня Е.И., проф., д.м.н., Харьков;  
Глумчер Ф.С., проф., д.м.н., Киев;  
Герасун Б.А., проф., д.м.н., Львов;  
Дикий Б.Н., проф., д.м.н., Ивано-Франковск;  
Дубинская Г.М., проф., д.м.н., Полтава;  
Дуйсенова А.К., проф., д.м.н., Алматы;  
Жаворонек С.В., проф., д.м.н., Минск;  
Зайцев И.А., проф., д.м.н., Донецк;  
Зинчук А. Н., проф., д.м.н., Львов;  
Каримов И.З., проф., д.м.н., Симферополь;  
Ключарева А.А., проф., д.м.н., Минск;  
Козько В.Н., проф., д.м.н., Харьков;  
Котенко О.Г., д.м.н., Киев;  
Майданик В.Г., академик НАМН Украины, проф., д.м.н., Киев;  
Малый В.П., проф., д.м.н., Харьков;  
Мороз Л.В., проф., д.м.н., Винница;  
Москаленко В.Ф., вице-президент НАМН Украины,  
академик НАМН Украины, член-корр. НАПН Украины,  
профессор, д.м.н., Киев;  
Петренко В.И., проф., д.м.н., Киев;  
Пришляк А.Я., проф., д.м.н., Ивано-Франковск;  
Рябконов Е.В., проф., д.м.н., Запорожье;  
Семенов В.М., проф., д.м.н., Витебск;  
Сервецкий К.Л., проф., д.м.н., Одесса;  
Харченко Н.В., член-корр. НАМН Украины, проф., д.м.н., Киев;  
Широкобов В.П., академик НАН Украины,  
академик НАМН Украины, проф., д.м.н., Киев;  
Шостакович-Корецкая Л.Р., проф., д.м.н., Днепропетровск.

**Редакционная коллегия:**  
Антоненко М.Ю., профессор, д.м.н., Киев;  
Данилов Д.Е., доцент, к.м.н., Минск;  
Дорошенко В.А., проф., д.м.н., Киев;  
Карпов И.А., проф., д.м.н., Минск;  
Крамарев С.А., проф., д.м.н., Киев;  
Красавцев Е.Л., доцент, к.м.н., Гомель;  
Колесникова И.П., проф., д.м.н., Киев;  
Корчинский Н.С., доцент, к.м.н., Киев;  
Митус Н.В., доцент, к.м.н., Киев;  
Нетяженко В.З., член-корр. НАМН Украины, проф., д.м.н., Киев;  
Руденко А.А., проф., д.м.н., Киев;  
Свиницкий А.С., проф., д.м.н., Киев;  
Федорченко С.В., д.м.н., Киев;  
Хобзей Н.К., проф., д.м.н., Киев;  
Цыркунов В.М., проф., д.м.н., Гродно;  
Шестакова И.В., доцент, к.м.н., Киев;  
Яворовский А.П., член-корр. НАМН Украины, проф., д.м.н., Киев.

**Рецензируемое издание**  
Входит в Перечень научных изданий Республики Беларусь для  
опубликования результатов диссертационных исследований  
(решение коллегии ВАК от 27.06.2013, протокол № 15/3).

Научные статьи, опубликованные в журнале, для  
украинских соискателей ученых степеней на основании  
приказа МОНмолодьспорта Украины от 17.10.2012 № 1112  
приравняются к зарубежным публикациям.

---

УДК: 616-022.7:578.835.1

Шкурба А.В., Митус Н.В., Скицюк А.С., Чепилко Е.И.  
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Shkurba A., Mytus N., Skitsyuk A., Chepilko K.  
Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine

## Случай комбинированной формы энтеровирусной инфекции

A case of combined form of enteroviral infection (case report)

---

### Резюме

На современном этапе развития медицины возрастает значение заболеваний, обусловленных неполиомиелитными энтеровирусами (Коксаки и ECHO). В патологический процесс, этиологическим фактором которого являются энтеровирусы, могут вовлекаться многие органы и системы – нервная и дыхательная, поражение кожи и слизистых оболочек с развитием экзантемы, может поражаться сердце (миокард и перикард), мышцы, ротоглотка, возможны различные формы болезни у новорожденных, а также бессимптомные варианты течения. Часто поражение различных систем не позволяет увидеть комбинированные клинические формы энтеровирусного заболевания, что может привести к диагностическим ошибкам. Диагностика неполиомиелитных энтеровирусных заболеваний базируется на клинических признаках, поскольку специфическая вирусологическая диагностика затруднена. Приведенный клинический случай подтверждает это. Вариантом выбора в таких клинических ситуациях считаем полимеразную цепную реакцию биологических жидкостей (ликвор, испражнения, смывы из ротоглотки, содержимого везикул и др.), особенно ввиду длительности проведения традиционного вирусологического исследования.

**Ключевые слова:** энтеровирусная инфекция, клинические формы, диагностика.

---

### Resume

Diseases caused by nonpoliomyelitic (Coxsackie and ECHO) enteroviruses have the great medical and social relevance in presence. The pathological process in this situation may have a generalized character affecting different organs and tissue's lesions. In such situations the course of the disease can be both asymptomatic and generalized. The diagnosis is commonly based on clinical features because of specific diagnostical difficulties, that is proved by the given case report. So, we consider it is rational to carry out the PCR analysis of spinal fluid, excrements, nasopharynx and pharynx swabs, vesicles content, etc., especially, due to longterm of traditional virological examination.

**Keywords:** enteroviral infection, clinical forms, diagnostics.

## ■ ВВЕДЕНИЕ

Медицинское и социальное значение заболеваний, обусловленных неполиомиелитными энтеровирусами (Коксаки и ЕСНО), определяется их повсеместным распространением, способностью поражать различные органы и системы. Разнообразие клинических вариантов заболеваний, обусловленных энтеровирусами, затрудняет их распознавание [1]. Диагностические ошибки отрицательно сказываются на проведении терапевтических и профилактических мероприятий из-за того, что больным ставят самые разные диагнозы [2].

Вирусная природа энтеровирусных заболеваний была открыта в 1948 г. Вирусы Коксаки разделяют на 2 группы – А и В, которые имеют 29 серотипов. Вирусы ЕСНО (34 серотипа), большая часть из которых патогенна для человека, впервые выделены из кишечного содержимого больных с гриппоподобными заболеваниями, герпангиной, эпидемической миалгией и другими клиническими проявлениями. Еще 4 типа энтеровирусов (68–71), как и названные, могут обуславливать не только кишечные, но и респираторные заболевания, а также поражение нервной системы и др. [3, 4].

Несмотря на преимущественную локализацию в кишечнике и носоглотке, энтеровирусы склонны к генерализации и способны поражать многие органы и ткани. Вместе с тем у половины зараженных инфекция протекает бессимптомно, однако при этом выделение вирусов во внешнюю среду может продолжаться в течение многих месяцев [5].

Различные энтеровирусы способны вызвать практически однотипные синдромы, в то же время с одним и тем же вирусом могут быть ассоциированы различные клинические формы заболевания. Так, известно, что вирусы Коксаки группы А способны вызвать эпидемическую миалгию, герпангину, ОРЗ по типу ринофарингита, бостонскую экзантему [6]. Нередко у одного больного наблюдается последовательное или одновременное развитие нескольких свойственных энтеровирусной инфекции синдромов.

Проведенные многочисленные исследования установили роль энтеровирусов в поражении сосудов и сердца (миокардит, перикардит), сочетающемся с другими синдромами (энцефалит или миалгия), что подтверждается выделением энтеровирусной РНК из биоптата органов. Также подтверждена роль энтеровирусов в формировании инсулинозависимого сахарного диабета.

Согласно Международной классификации заболеваний 10-го пересмотра выделяют следующие клинические формы [7]:

В08.4 Энтеровирусный везикулезный стоматит с экзантемой;

В08.5 Энтеровирусный везикулезный фарингит (герпангина);

G05.1 Энтеровирусный энцефалит;

G02.0 Энтеровирусный менингит;

A88.0 Энтеровирусная экзантематозная лихорадка (бостонская экзантема);

H13.1 Острый эпидемический геморрагический конъюнктивит (энтеровирусный);

V33.0 Эпидемическая миалгия;

V34.1 Энтеровирусная инфекция, неуточненная;

V97.1 Энтеровирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках.

Учитывая разнообразие клинических форм энтеровирусной инфекции, отсутствие возможности быстрой лабораторной диагностики, в большинстве медицинских стационаров из-за отсутствия диагностических тест-систем, соответствующего оборудования, материальных средств, квалифицированных медицинских лабораторных кадров, клиницисту в Украине часто довольно сложно подтвердить диагноз энтеровирусной инфекции.

## ■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Больная Л., 18 лет, поступила 18.09.2012 на 2-й день заболевания с жалобами на общую слабость, лихорадку до 39,0 °С, головную боль, першение в горле, боль в правой половине грудной клетки. Заболела остро, когда ощутила резкое повышение температуры тела до 39,0 °С, боль в грудной клетке больше справа. Обратилась за медпомощью к хирургу поликлиники, который исключил острую хирургическую патологию. После этого осмотрена участковым терапевтом и с предварительным диагнозом «ОРВИ, токсическая форма (?). Мононуклеоз (?). Хронический тонзиллит» направлена в инфекционный стационар. Из анамнеза жизни известно, что пациентка росла и развивалась нормально, вакцинирована соответственно возрасту. Туберкулез, венерические заболевания, вирусные гепатиты отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Проживает в общежитии, в контакте с заведомо инфекционными больными не была. Пределы Украины в течение трех последних лет не покидала.

На момент осмотра общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, активна, доступна продуктивному контакту. Температура тела 38,1 °С, АД – 120/80 мм рт. ст., пульс – 86 уд./мин удовлетворительных свойств. Тело нормостенического строения, кожа бледная, теплая на ощупь, влажная, тургор сохранен. Сыпи на коже нет. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, влажные. Периферические отеки не выявлены. В ротоглотке – неяркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки. Небные миндалины незначительно увеличены, гиперемированы, на их поверхности – единичные островчатые наслоения, которые не выходили за их пределы и легко снимались. На дужках и мягком небе единичные эрозии. Выявлены увеличенные подчелюстные лимфоузлы с обеих сторон эластичной консистенции, подвижные, чувствительные при пальпации. Другие группы лимфоузлов не увеличены. Над легкими аускультативно определялось везикулярное дыхание, хрипы не выслушивались. Частота дыхания 18/мин, дыхание ритмичное, периодически появлялась приступообразная интенсивная боль в грудной клетке с иррадиацией в боковые поверхности, более интенсивная справа. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы в месте проекции сердца аускультативно не выслушивались. Очаговой неврологической симптоматики, менингеальных знаков и патологических рефлексов не выявлено. Чувствительность не нарушена. Живот обычной формы и размеров, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины, пузырьные симптомы не выявлены. Нижний край печени пальпировался на уровне края реберной дуги по среднеключичной линии справа. Селезенку пропальпировать не удалось. Боли во время пальпации в участке

проекция поджелудочной железы нет, панкреатические симптомы отсутствуют. Отрезки кишечника без изменений. Диурез не нарушен. Испражнения 1 раз в сутки, кал оформлен, обычной окраски.

Дежурным врачом неоправданно установлен предварительный диагноз «Лакунарная ангина». Пациентка получала интенсивную антибактериальную терапию (цефтриаксон 1,0 дважды в сутки внутримышечно), дезинтоксикационную терапию перорально (обильное теплое питье – чай с лимоном, отвары плодов малины и цветов липы) и внутривенно капельно (растворы Рингера, Ацесоль), спазмолитики. Однако со 2-го дня пребывания в стационаре у больной резко усилилась головная боль, появилась тошнота, двукратная рвота, ригидность затылочных мышц. В неврологическом статусе выявлены: умеренно выраженная ригидность мышц затылка, слабopоложительный симптом Кернига с обеих сторон. Перкуссия лобного участка головы болезненна. Очаговых неврологических симптомов не отмечено. Чувствительных нарушений нет. Диски зрительных нервов розовые с четкими границами, сосуды глазного дна не изменены.

В связи с наличием общемозговой симптоматики, менингеальных знаков больной проведена лечебно-диагностическая люмбальная пункция, во время которой получено 4,5 мл прозрачной жидкости, вытекающей под повышенным давлением. При лабораторном исследовании реакция Панди позитивна (+++), общий белок – 0,66 г/л, глюкоза – 4,6 ммоль/л, эритроциты – 0–1 в поле зрения, цитоз – 428 клеток/мл (нейтрофилы – 7%, лимфоциты – 93%). Бактериологическое исследование ликвора патогенной флоры не выявило. Во время исследования ликвора методом полимеразной цепной реакции выявлено РНК энтеровирусов. К сожалению, из-за имеющихся диагностических трудностей в лаборатории видовую принадлежность энтеровирусов достоверно установить не удалось. Вирусологическое исследование дало позитивный результат на энтеровирусы, который был получен через 1 мес.

Общий анализ крови (19.09.2012): лейкоциты –  $6,6 \times 10^9$ /л, эритроциты –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 121 г/л, гематокрит –  $174 \times 10^9$ /л, СОЭ – 11 мм/ч, п. – 3, с. – 79, м. – 8, л. – 10; от 24.09.12: количество сегментоядерных уменьшилось до 57%, а лимфоцитов и СОЭ выросло до 36% и 17 мм/ч соответственно. Биохимические показатели крови и общий анализ мочи – в пределах нормы. При бактериологическом исследовании крови микрофлоры не выделено.

В связи с интенсивной болью в эпигастрии и правом подреберье проведено рентгенографическое исследование органов грудной клетки и ЭКГ, патологические изменения не выявлены.

Учитывая клинико-лабораторные данные, был установлен диагноз «Энтеровирусная инфекция: серозный менингит, эпидемическая миалгия, везикулярный фарингит». Пациентка продолжала получать интенсивное лечение с добавлением противоотечных препаратов, дексаметазон 8 мг, лазикс 40 мг и маннит 15% 100 мл внутривенно), свечи «Виферон» 3 млн ЕД/сут. ректально. На фоне лечения состояние больной значительно улучшилось: регрессировали явления менингеального симптомокомплекса, нормализовалась температура тела, исчезли интоксикация и болевой синдром. 28.09.12 (на 10-й день стационарного лечения) проведена повторная люмбальная пункция. Во время исследования ликвора было выявлено снижение цитоза до 39 кл./мл (лимф. –

92%), общего белка – до 0,3 г/л, реакции Панди до (+). Больная была выписана из отделения в удовлетворительном состоянии под наблюдением врача КИЗ и невролога по месту жительства.

## ■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на этапе поступления произошла недооценка клинических данных (наличие эрозий в ротоглотке, отсутствие гноя в лакунах, приступообразные мышечные боли), что привело к постановке неправильного диагноза. В дальнейшем развитие серозного менингита в сочетании с наличием эпидемической миалгии и фарингита позволило клинически правильно интерпретировать диагноз, который в дальнейшем был подтвержден лабораторно. Распространение энтеровирусов в период болезни в другие органы и системы может обуславливать резкое изменение клинической картины, как в представленном случае. В таких клинических ситуациях целесообразно выполнять полимеразную цепную реакцию в ликворе, испражнениях, смывах из ротоглотки, содержимом везикул и др., особенно ввиду длительности проведения традиционного вирусологического исследования испражнений.

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Евтушенко, О.І. Ентеровіруси у навколишньому середовищі та серед людей / О.І. Евтушенко, Л.С. Некрасова, Е.Ф. Приходько // Довкілля та здоров'я. – 2006. – № 3. – С. 66–69.
2. Богадельников, И.В. Дифференциальный диагноз инфекционных болезней у детей / И.В. Богадельников. – Симферополь, 2009. – 69 с.
3. Зыкова, В.П. Диагностика и лечение болезней нервной системы у детей / В.П. Зыкова. – М.: Триада-Х. – 2006. – 256 с.
4. Попелянский, Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский – М.: МЕДпресс-информ. – 2005. – 36 с.
5. Davies, E. Childhood Infections / E. Davies, D. Elliman, P. Rudd. – Edinburg, London, New York, Sydney, Toronto: Sunders, 2001. – 496 p.
6. Евтушенко, О.І. Експериментальне обґрунтування профілактики внутрішньоутробної Коксаки В вірусної інфекції / О.І. Евтушенко [та інш.] // Довкілля і здоров'я. – 2004. – Т. 31, № 4. – С. 63–67.
7. ICD-10 Version: 2010 (Электронный ресурс). – Режим доступа: <http://apps.who.int/classifications/icd/isd10online/>.

Поступила в редакцию: 26.05.2014  
Контакты: [suinf@mail.ru](mailto:suin@mail.ru)