

- лазерного облучения. В кн.: *Материалы VII Российского форума "Мать и дитя"*. 2005: 17—8.
7. Жаркин Н.А., Кен-Амоа С. Профилактика и лечение эндометрита после кесарева сечения методом вагинальной рефлексотерапии. *Акушерство и гинекология*. 2007; 4: 57—9.
 8. Краснополский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Акушерский сепсис как репродуктивная проблема. *Акушерство и гинекология*. 2007; 3: 38—42.
 10. Кучеренко М.А. Применение Трифамокса (амоксциллина/сульбактама) для профилактики инфекционных осложнений при кесаревом сечении. *Consilium Medicum*. 2007; 9 (6): 35—8.
 11. Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г., Кан Н.Е., Баев О.Р., Балущкина А.А. *Федеральные клинические рекомендации. Антибиотикопрофилактика при абдоминальном родоразрешении*. М.: Российское общество акушеров-гинекологов ФГБУ "Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова" Минздрава России; 2013.
 13. Сухих Г.Т., Ушкалова Е., Шифман Е.М., Хилькевич Е.Г. Антибиотикопрофилактика при операции кесарева сечения. *Врач*. 2011; 1: 3—6.
 15. Филипов С.И., Путалова И.Н., Низовой К.А., Павлов С.С., Малик А.И., Бархатов С.И. *Способ лечения распространенного гнойного перитонита. Патент РФ № 2306927*, 2007.

REFERENCES

1. Serov V.N. Ways to reduce obstetric pathology. *Akusherstvo i Ginekologiya*. 2007; 5: 8—12. (in Russian)
2. Selikhova M.S., Kostenko T.I., Selikhov A.V., Kotovskikh M.V. To the question of prevalence of postpartum infectious complications. In: *Proceedings of the IX All-Russian Forum "Mother and Child"* [Materialy IX Vserossiyskogo foruma "Mat' i ditya"]. 2007: 229—30. (in Russian)
3. Radzinskiy V.E. *Obstetric Aggression*. Moscow: Status prezens, 2011. (in Russian)
4. Abramchenko V.V. *Septic Infection in Obstetrics and gynecology [Gnoyno-septicheskaya Infektsiya v Akusherstve i Ginekologii]*. St.-Petersburg; 2005. (in Russian)
5. Gorin V.S., Serov V.N., Birjukova L.A. Optimization of diagnosis and treatment of postpartum endometritis. *Rossiyskiy Vestnik Akushera-ginekologa*. 2009; 1: 15. (in Russian)
6. Anokhova L.I., Zagorodnyaya E.D., Dashkevich O.Yu. Prevention of endometritis after cesarean section method of endovascular laser endowment. In: *Proceedings of the VII All-Russian Forum "Mother and Child"* [Materialy VII Rossiyskogo foruma "Mat' i ditya"]. 2005: 17—18. (in Russian)
7. Zharkin N.A., Ken-Amoa S. Prevention and treatment of endometritis after cesarean delivery method vaginal reflexology. *Akusherstvo i Ginekologiya*. 2007; 4: 57—9. (in Russian)
8. Krasnopol'skiy V.I., Buyanova S.N., Shchukina N.A. Obstetric sepsis as a reproductive problem. *Akusherstvo i Ginekologiya*. 2007; 3: 38—42. (in Russian)
9. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetric and medical complications. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists*. In: *Guidelines for perinatal care. 6th ed.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008: 175—204.
10. Kucherenko M.A. The use of Triplock (amoxicillin/sulbactam) for the prevention of infectious complications after caesarean section. *Consilium Medicum*. 2007; 9 (6): 35—8. (in Russian)
11. Tyutyunnik V.L., Shmakov R.G., Kan N.E., Baev O.R., Balushkina A.A. *Federal Guidelines. Antibiotic Prophylaxis in Abdominal Delivery [Federal'noe Klinicheskoe Rekomendatsii. Antibiotikoprofilaktika pri Abdominal'nom Rodorazreshenii]*. Moscow: Rossiyskoe obshchestvo akusherov-ginekologov FGBU "Nauchnyy Tsentr Akusherstva, Ginekologii i Perinatologii im. V.I. Kulakova" Minzdrava Rossii; 2013: 10. (in Russian)
12. Tita A., Rouse D., Blackwel S. et al. Evolving concepts in antibiotic prophylaxis for cesarean delivery: A systematic review. *Obstet. Gynecol.* 2009; 113 (3): 675—82.
13. Sukhikh G.T., Ushkalova E., Shifman E.M., Hil'kevich E.G. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Vrach*. 2011; 1: 3—6. (in Russian)
14. Committee opinion no. 465: antimicrobial prophylaxis for cesarean delivery: timing of administration. *Obstet. Gynecol.* 2010; 116 (3): 791—2. (in Russian)
15. Fillipov S.I., Putalova I.N., Nizovoy K.A., Pavlov S.S., Malyuk A.I., Barkhatov S.I. *A method of treating widespread purulent peritonitis. Patent RF N 2306927*, 2007. (in Russian)

Поступила 29.08.14
Received 29.08.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.5-031:611.971.98]+616.31-022:578.835.17]-053.2

Яновская Э.Ю., Артамонов Р.Г., Ваганов П.Д.

БОЛЕЗНЬ РУК, НОГ, РТА, АССОЦИИРОВАННАЯ С ИНФЕКЦИЕЙ ВИРУСОМ КОКСАКИ А6 И А10

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 117997, г. Москва

Для корреспонденции: Яновская Элина Юрьевна, канд. мед. наук, доцент кафедры педиатрии лечебного факультета. E-mail: rsmu@rsmu.ru

♦ В статье представлено наблюдение поражения кожи рук, ног и полости рта при Коксаки-вирусной инфекции у ребенка 5 лет.

Ключевые слова: Коксаки-вирусная инфекция; поражение кожи; ребенок.

Для цитирования: Российский медицинский журнал, 2015; 21 (3): 42—43.

Ianovskaia E. Yu., Artamonov R. G., Vaganov P. D.

THE DISEASE OF HANDS, FEET, MOUTH ASSOCIATED WITH INFECTION OF COXSACKIE VIRUS A6 AND A10

The N.I. Pirogov Russian national research medical university Minzdrav of Russia, 117997 Moscow, Russia

♦ The article presents description of observation of affection of skin of hands, feet and oral cavity under Coxsackie viral infection in child of 5 years old.

Keywords: Coxsackie viral infection; affection; skin; child.

Citation: Rossiiskii meditsinskii zhurnal. 2015; 21 (3): 42—43. (In Russ.)

For correspondence: Elina Yanovskaya, MD, PhD. E-mail: rsmu@rsmu.ru

В последние годы в литературе появились сообщения о случаях заболевания, вызываемого вирусом Коксаки типов А6 и А10. Поражается главным образом кожа рук, ног и слизистая оболочка полости рта. Вспышки этого заболевания описаны в Сингапуре, Финляндии, Тайване и совсем недавно в Японии [1—3]. С 2008 г. подобные

вспышки были зафиксированы в Финляндии и Франции [4]. В январе 2014 г. зарегистрированы случаи инфицирования вирусом Коксаки А6 и А10 в Эдинбурге [4].

В англоязычной литературе заболевание получило название по локализации поражения — hand, foot, mouth disease (болезнь/синдром рук, ног, рта — СРНР). Вирус

Коксаки является РНК-геномным энтеровирусом человека. Вирус Коксаки типов А6, А10, А16 и энтеровирус типа 71 — возбудители болезни/синдрома РНР, которые впервые были выделены в 1987 г. в Китае. Вирусы Коксаки А6 и А10 ассоциировались и с другими инфекционными заболеваниями, например с герпетической ангиной [5].

В течение 5 лет (2008—2012) наблюдалась тенденция к увеличению распространенности только вируса Коксаки А6 (от 0,5 до 27,4%). В 2010—2012 гг. он занимал уже второе место по частоте встречаемости, в то время как тип А10 распространен меньше (< 7%) [5].

Вспышки заболевания отмечаются каждые 3 года и в большинстве случаев регистрируются в теплое время года [1—3, 6]. Одна из вспышек произошла зимой 2012 г. в Бостоне (США), но зима была необычно теплой [7]. Болезнь обычно передается фекально-оральным и/или воздушно-капельным путем. Инфицируются дети в основном от 3 мес до 5 лет. Инкубационный период составляет 3—6 дней (Американский институт педиатрии). Заболевание характеризуется поражением слизистой оболочки полости рта, папулезно-везикулярной сыпью (напоминает сыпь при ветряной оспе) в перiorальной области, на ладонях и стопах (70%), сопровождающейся сильным зудом. В некоторых случаях сыпь обнаруживают в перианальной области [7]. Элементы сыпи могут нагнаиваться (импетиго). В этих случаях разрешение сыпи происходит через образование корочек [7]. Помимо кожных симптомов, у половины больных наблюдаются симптомы со стороны верхних дыхательных путей. В сообщениях из Финляндии, Тайваня и Японии отмечено поражение ногтей (с потерей ногтя (onychomadesis)), возникающее через 1—2 мес после появления первых симптомов заболевания [1, 2]. У всех больных отмечали субфебрильную температуру в течение 1—3 дней, которая нормализовывалась через день после высыпаний. Сыпь разрешалась на 7—14-е сутки бесследно [7]. В некоторых случаях у детей диагностировали серьезные осложнения СРНР: энцефалит, менингит, острый вялый паралич, кардиореспираторная недостаточность, приводящая к смерти [5]. Лечение СРНР симптоматическое и не влияет на течение заболевания [8].

Наличие поражений перiorальной области и пузырьковых высыпаний на ладонях и стопах представляют собой уникальное явление СРНР и может быть ошибочно принято за проявление простого герпеса или инфекции varicella-zoster [7].

Приводим собственное наблюдение.

Больной М., 5 лет. Обратился к участковому педиатру с жалобой на субфебрильную температуру и сыпь на лице.

Из анамнеза известно, что ребенок наблюдался педиатром и неврологом по поводу перенесенного гипоксически-ишемического поражения ЦНС: синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, синдрома мышечной дистонии. На 1-м году жизни проявления атопического дерматита легкой степени тяжести. С 2 лет частое обострение хронического аденоидита, в 4 года — аденомотомия. В 3 года перенес ветряную оспу.

Заболел остро. Температура 38,1°C.

Осмотрен участковым врачом. В момент обращения: пастозность лица и рук, на ладонях мелкоточечная сыпь, папулезные высыпания на ягодицах (рис. 1 на 2-й полосе обложки) и боль при ходьбе, гиперемия слизистой оболочки полости рта и энантема по типу вирусного стоматита. Поставлен диагноз "аллергическая реакция" и назначен антигистаминный препарат.

Осмотр на 2-й день заболевания. Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Температура

37,1°C. На коже ягодиц в перианальной области пузырьковые высыпания (рис. 2 на 2-й полосе обложки). На стопах и ладонях пятнистые высыпания, сопровождающиеся выраженным зудом (рис. 3 на 2-й полосе обложки). На слизистой оболочке полости рта проявления вирусного стоматита (язвочки, эрозии).

Со слов матери, к вечеру появилось подсыпание на туловище, а на 3-й день заболевания — сыпь в области голеностопных суставов и подсыпание на стопах.

На 5-й день заболевания (3-й день лечения) началось крупнопластинчатое шелушение кожи на ягодицах (рис. 4 на 2-й полосе обложки). На 9-й и 10-й день крупнопластинчатое шелушение на ладонях и стопах (рис. 5 на 2-й полосе обложки).

Диагноз: вирусная пузырчатка.

Общая длительность заболевания составила 14 дней. На 4-й неделе появилось шелушение на ногтях (onychomadesis) (рис. 6 на второй полосе обложки).

Проводилось лечение: препараты ацикловир, гексорал, обработка сыпи бриллиантовым зеленым.

Наблюдение осуществлялось в амбулаторных условиях, что не позволило определить этиологический фактор заболевания ребенка (в цитированных сообщениях указано на ПЦР-диагностику). Однако большое сходство клинической картины у наблюдавшегося больного с таковой при болезни рук, ног, рта по характеру элементов сыпи, их эволюции и локализации (см. рисунки) позволяет, по нашему мнению, считать, что у ребенка имела место именно эта болезнь. У него было также поражение слизистой оболочки полости рта, которое было расценено участковым педиатром как вирусный стоматит. Врач также наблюдал у больного шелушение ногтей на руках и ногах. Как отмечено в наблюдениях некоторых авторов [1, 2, 4], спустя 1 мес от начала заболевания происходила потеря пораженных ногтей.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Fujimoto T., Lizuka S., Enomoto M., Abe K., Yamashita K., Hanaoka N., et al. Hand, Foot, and Mouth Disease caused by Coxsackievirus A6, Japan, 2011. *Emerg. Infect. Dis.* 2012; 18 (2): 337—9. Available at: <http://dx.doi.org/10.3201/eid1802.111147>
2. Wei S.H., Huang Y.P., Liu M.C., Tsou T.P., Lin H.C., Lin T.L. et al. An outbreak of coxsackievirus A6 hand, foot, and mouth disease associated with onychomadesis in Taiwan, 2010. *BMC Infect. Dis.* 2011;11:346. Available at: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-11-346>
3. Lo S.H., Huang Y.C., Huang C.G., Tsao K.C., Li W.C., Hsieh Y.C. et al. Clinical and epidemiologic features of coxsackievirus A6 infection in children in northern Taiwan between 2004 and 2009. *J. Microbiol. Immunol. Infect.* 2011; 44: 252—7. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmii.2011.01.031>
4. Sinclair C., Gaunt E., Simmonds P., Broomfield D., Nwafor N., Wellington L. et al. Atypical hand, foot, and mouth disease associated with coxsackievirus A6 infection, Edinburgh, United Kingdom, January to February 2014. *Euro Surveill.* 2014; 19 (12): 20 745.
5. He Y.Q., Chen L., Xu W.B., Yang H., Wang H.Z., Zong W.P. et al. Emergence, Circulation, and Spatiotemporal Phylogenetic Analysis of Coxsackievirus A6— and Coxsackievirus A10—Associated Hand, Foot, and Mouth Disease Infections from 2008 to 2012 in Shenzhen, China. *J. Clin. Microbiol.* 2013; 51 (11): 3560—6.
6. Blomquist S., Klemola P., Kaijalainen S., Paananen A., Simonen M.L., Vuorinen T. et al. Co-circulation of Coxsackievirus A10 in hand, foot, and mouth disease outbreak in Finland. *J. Clin. Virol.* 2010; 48: 49—54. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcv.2010.02.002>
7. Flett K., Yongster L., Huang J., McAdam A., Thomas J. Sandora, Rennick M. et al. Hand, Foot, and Mouth Disease Caused by Coxsackie virus A6. *Emerg. Infect. Dis.* 2012; 10: 1702—9.
8. Kaminska K., Martinetti G., Lucchini R., Kaya G., Mainetti C. Coxsackievirus A6 and Hand, Foot and Mouth Disease: Three Case Reports of Familial Child-to-Immunocompetent Adult Transmission and a Literature Review. *Case Rep. Dermatol.* 2013; 5 (2): 203—9.

Поступила 29.06.14
Received 29.06.14