

**О. Л. Тумаш, О. В. Черноглаз**

*Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь*

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

### ***Введение***

Энтеровирусная инфекция (ЭВИ) относится к группе малоконтролируемых инфекций за счет высокого уровня изменчивости вирусов, широкой циркуляции среди населения, отсутствием методов специфической профилактики, что создает условия для развития вспышечной заболеваемости ЭВИ в разных государствах с различным уровнем экономического развития [1, 2]. На территории Гомельской области ежегодно регистрируются случаи ЭВИ с подъемом заболеваемости каждые 5–6 лет.

### ***Цель***

Установить клинико-лабораторные особенности ЭВИ у детей г Гомеля в период вспышки в 2023-2024 гг.

### ***Материал и методы исследования***

Был проведен ретроспективный анализ 342 медицинских карт стационарных пациентов в возрасте от 0 до 18 лет ЭВИ, находившихся на лечении в У «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в период с 01.01.2023 по 31.12.2024 гг. Статистическая обработка данных производились при помощи программ STATISTICA SOFT 12.0 и Microsoft Excel.

### ***Результаты исследования и обсуждение***

Для ЭВИ характерна четко выраженная летне-осенняя сезонность – 82,4 % случаев заболеваний зарегистрировано с июля по октябрь месяц. Наиболее уязвимой группой по ЭВИ является детский возраст, на долю которого приходится до 88,3 % случаев.

Средний возраст детей, госпитализированных с ЭВИ составил  $9,6 \pm 1,6$  лет, мальчиков 60,7 %. Дети госпитализировались в большинстве случаев на  $2,6 \pm 0,9$  день болезни. ЭВИ протекала как в виде изолированных, так и комбинированных форм. Первичным направительным диагнозом в 64,8 % случаев была «острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ)» или «ОРИ с гипертермическим синдромом», в 25,7 % – «Менингит» или «ОРИ с менингеальным синдромом», в 12,6 % случаев – «Острая кишечная инфекция», в остальных случаях предварительные диагнозы были инфекционно-аллергическая экзантема, тонзиллит, ветряная оспа. На момент госпитализации тяжёлое состояние было установлено у 4 детей (1,2 %), среднетяжелое – у 338 детей (98,8 %). Неблагоприятный преморбидный фон отмечался у 14,8 % детей (гипертензионно-гидроцефальный синдром, судорожный синдром на фоне лихорадки, частые острые респираторные инфекции (более 4 раз в год)). При сборе анамнеза 56,8 % родителей указывали на контакт ребенка за несколько дней до начала заболевания со взрослыми и детьми с катаральными явлениями, 31,4 % детей были из организованных коллективов (детские сады, оздоровительные лагеря, санатории, школы), 25,8 % детей указывали на купание в открытых водоемах.

## **Секция «Инфекционные болезни. Эпидемиология. Микробиология. Туберкулез»**

Наиболее часто с ЭВИ были госпитализированы дети в возрасте 4 – 6 лет 26,4 % случаев и 7 – 10 лет 33,6 % случаев. Среди госпитализированных детей с ЭВИ изолированные формы в виде респираторной формы наблюдались в 9,4 % случаев, герп-ангина – в 14,5 %, энтеровирусная экзантема – в 9,6 % случаев, кишечной формы в 9,5 % случаев. Среди клинических форм ЭВИ превалировал менингит – 62,7 % случаев. При этом менингит протекал как в виде изолированной формы ЭВИ – 71,2 % случаев, так и в виде комбинированной в сочетании с катаральным синдромом, экзантемой, герп-ангиной, гастроинтестинальным синдромом.

Особенностью менингита у детей в период последней вспышки было наличие «не полного менингального симптомокомплекса». Так, при первичном осмотре ригидность затылочных мышц была выявлена у 84,22 % детей, рвота центрального генеза у 81,5 % детей, положительный симптом Кернига у 67,0 % детей, верхний симптом Брудзинского у 72,9 % детей. В спинномозговой жидкости (СМЖ) отмечался не высокий плеоцитоз с колебаниями в пределах от 15 до 620 клеток  $\times 10^6$ /л ( $376 \pm 178 \times 10^6$ /л), наибольшие показатели плеоцитоза регистрировались у детей от 4 до 6 лет  $620 \pm 54,7$  кл  $\times 10^6$ /л, наименьшие у детей старше 14 лет  $299,7 \pm 48,3 \times 10^6$ /л. В СМЖ преобладал лимфоцитарный плеоцитоз, нейтрофильный плеоцитоз регистрировался в 15,2 % образцах. Биохимические показатели СМЖ (глюкоза, хлориды, белок) у детей всех возрастных групп не отличались от нормы.

В первичном общем анализе крови у 69,7 % детей наблюдался лейкоцитоз, при этом у детей в возрасте младше 6 лет в 86,7 % случаев (средний уровень лейкоцитов  $14,2 \pm 2,6 \times 10^9$ /л) (р-уровень  $<0,05$ ). Для детей в возрасте до 6 лет наиболее часто регистрировался нейтрофилез (уровень нейтрофилов 75 (65; 81) %), у детей старше 6 лет (уровень лимфоцитов 44 (40; 48) %) (р-уровень  $<0,05$ ).

РНК энтеровируса в ликворе, мазках из носоглотки была выявлена в 83,4 % случаев, IgM методом ИФА выявлены в 100% случаев.

Длительность госпитализации детей с ЭВИ составила от 5 до 23 суток (средняя длительность 12,0 (10,0; 18,5) дней). Наибольшая длительность госпитализации отмечалась в группе детей с менингитом 16,0 (14,5; 20,5) дней (р-уровень  $<0,05$ ). Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии домой.

Выводы Ведущей клинической формой ЭВИ в настоящее время является менингит. Особенностью клинической картины менингита в период последней вспышки явились: непостоянство менингеального синдрома, диссоциация менингеальных знаков, превалирование среднетяжелого течения без летальных исходов; высокая заболеваемость в возрастной группе детей от 7 до 10 лет.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. World Health Organization (07 July 2023). Disease Outbreak News; Enterovirus-Echovirus 11 Infection in the European Region. – URL: [www.who.int/emergencies/diseases-outbreak-news/item/2023-DON474](http://www.who.int/emergencies/diseases-outbreak-news/item/2023-DON474) (дата обращения: 12.08.2025).
2. Epidemiological and Clinical Insights into Enterovirus Circulation in Europe, 2018-2023: A Multicenter Retrospective Surveillance Study / S. de Schrijver, E. Vanhulle, A. Ingenbleek // The Journal of infectious diseases. – 2025. – Vol. 232, № 1. – P. e104–e115. – DOI: [org/10.1093/infdis/jiaf179](https://doi.org/10.1093/infdis/jiaf179).