

данные показатели практически не изменились. По результатам исследования сегментоядерных нейтрофилов, эозинофилов в назальном секрете, периферической крови можно говорить о снижении воспалительного и аллергического процессов в организме детей, получавших ингаляции ЭМ, что доказывает высокую эффективность Масла Дыши в комплексной терапии ОРЗ у детей [12].

Результаты приведенных выше исследований дают основания рекомендовать к использованию Масло Дыши для профилактики и лечения респираторной патологии у детей, в т. ч. с часто рецидивирующими ОРЗ.

В отличие от других средств, применяемых для профилактики и стандартной терапии ОРЗ, ингаляции ЭМ можно проводить каждый день в течение нескольких месяцев подряд (например, в течение всего сезона простуд). Ингаляции Маслом Дыши не вызывают привыкания, не раздражают и не сушат слизистую носа. Масло Дыши может использоваться для профилактики как индивидуально, так и в организованных детских коллективах.

Учитывая высокую эффективность композиции Масло Дыши в профилактике ОРИ, компания-производитель подготовила улучшенный вариант использования препарата, что позволит применять его в общественных местах, транспорте, дошкольных и школьных учреждениях. В ближайшее время в аптеках появится Масло Дыши с браслетом. В упаковку с флаконом Масла Дыши будет вложен специальный войлочный браслет, на который можно будет нанести масло и надеть затем на руку ребенка или взрослого. Таким образом, Маслом Дыши станет пользоваться еще удобнее и проще.

Выводы

Применение композиции ЭМ Масло Дыши у детей в сезон простуд позволяет снизить число ОРИ на 50–65%, уменьшить риск осложнений в 3 раза сократить количество дней, пропущенных в школе по болезни. Ингаляции Маслом Дыши способствуют развитию местного иммунного ответа. Применение в комплексной терапии ОРИ ингаляций Маслом Дыши позволяет сократить длительность заболевания в 1,6 раза, облегчить течение заболевания и снизить потребность в антибиотиках и назальных сосудосуживающих средствах. Поэтому Масло Дыши может быть рекомендовано для профилактики и комплексной терапии ОРИ у детей разного возраста.

Литература

1. Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В., Заварохин С.И., Евсикова М.М. Инфекционный ринит: можно ли ускорить нормализацию носового дыхания? // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2016. № 95(5). С. 86–90 [Radciġ E.Yu., Ermilova N.V., Zavarohin S.I., Evsikova M.M. Infekcionnyj rinit: možhno li uskorit' normalizaciyu nosovogo dyhaniya? // Peditriya im. G.N. Speranskogo. 2016. № 95(5). С. 86–90 (in Russian)].
2. Петрушина А.Д., Никогосян А.С., Кайб И.Д. и др. Использование ингаляций эфирными маслами в комплексной терапии и для профилактики ОРВИ у детей // Вопросы современной педиатрии. 2012. Т. 11. № 2. С. 180–183 [Petrushina A.D., Nikogosyan A.S., Kayb I.D. i dr. Ispol'zovanie ingalyacij ehfirnymi maslami v kompleksnoj terapii i dlya profilaktiki ORVI u detej // Voprosy sovremennoj peditrii. 2012. Т. 11. № 2. С. 180–183 (in Russian)].
3. Инструкция к препаратам линейки Дыши [Instruktsiya k preparatam lineyki Dyshi (in Russian)]. (Электронный ресурс). URL: <https://maslo-dishi.ru/upload/iblock/fld/Maslo-Dyshi.pdf> (дата обращения: 16.07.2018).

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Оценка возможности внедрения международного протокола по ведению детей с энтеровирусным везикулярным стоматитом на амбулаторном этапе оказания педиатрической помощи

Профессор С.А. Царькова¹, Г.А. Мороз², Н.И. Бируля²

¹ ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург

² МАУ ДГКБ № 11, Екатеринбург

РЕЗЮМЕ

В статье рассмотрена возможность внедрения международного протокола по ведению детей с энтеровирусным везикулярным стоматитом (ЭВС) на амбулаторном этапе оказания педиатрической помощи в Российской Федерации. Широкая распространенность данного заболевания и высокая устойчивость возбудителя в окружающей среде дают основание признавать его эпидемиологическую опасность, особенно для организованных детских коллективов, и необходимость пересмотра и доработки законодательно принятых мер по профилактике и лечению ЭВС. В протоколе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по лечению и профилактике ЭВС у детей содержится перечень показаний к амбулаторному лечению, госпитализации, рекомендации по симптоматической терапии. На примере клинического случая проведена оценка порядков и стандартов российских нормативно-правовых документов на соответствие протоколу, принятому ВОЗ, по лечению и профилактике ЭВС у детей. Показана возможность применения международного протокола в условиях участковой педиатрической службы на территории Российской Федерации. В связи с этим возникает необходимость дополнительного усовершенствования врачей-педиатров по вопросам диагностики синдрома «рука-нога-рот» и приведения их знаний в соответствие с международными стандартами во избежание назначения необоснованного лечения.

Ключевые слова: энтеровирусы, везикулярная экзантема, протокол ВОЗ, рука-нога-рот, ацикловир, амбулатория.
Для цитирования: Царькова С.А., Мороз Г.А., Бируля Н.И. Оценка возможности внедрения международного протокола по ведению детей с энтеровирусным везикулярным стоматитом на амбулаторном этапе оказания педиатрической помощи // PMЖ. 2018. № 9. С. 17–19.

ABSTRACT

Possibilities of introducing the international protocol for the management of children with hand, foot and mouth disease on the ambulatory stage of pediatric care

S.A. Tsarkova¹, G.A. Moroz², N.I. Birulya²

¹ Ural State Medical University, Ekaterinburg

² Children's City Clinical Hospital № 11, Ekaterinburg

The article considers the possibility of introducing an international protocol for the management of children with hand, foot and mouth disease on the ambulatory stage of providing pediatric care in the Russian Federation. The wide prevalence of this disease and the high resistance of the pathogen in the environment gives reasons to admit its epidemiological danger, especially for organized children's groups, and the need to review and finalize the legislative measures taken to prevent and treat hand, foot and mouth disease. The WHO (World Health Organization) protocol for the treatment and prevention of hand, foot and mouth disease in children contains a list of indications for ambulatory treatment, hospitalization, recommendations for symptomatic therapy. At the example of a clinical case, the orders and standards of Russian regulatory legal documents were assessed for compliance with the WHO protocol for the treatment and prevention of hand, foot and mouth disease in children. The possibility of using the international protocol in the conditions of the district pediatric service in the territory of the Russian Federation is shown. In this regard, there is a need for additional improvement of pediatricians' qualification and ability to diagnose the "hand, foot and mouth" syndrome and bringing their knowledge in line with international standards to avoid an unreasonable treatment.

Key words: enteroviruses, vesicular exanthema, WHO protocol, "hand, foot and mouth", aciclovir, outpatient clinic.

For citation: Tsarkova S.A., Moroz G.A., Birulya N.I. Possibilities of introducing the international protocol for the management of children with hand, foot and mouth disease on the ambulatory stage of pediatric care // RMJ. 2018. № 9. P. 17–19.

ВВЕДЕНИЕ

Энтеровирусный везикулярный стоматит (ЭВС, синдром «рука-нога-рот») — это антропонозное вирусное инфекционное заболевание, вызываемое энтеровирусами (чаще всего *Coxsackievirus A16* и *Enterovirus 71*), отличительной особенностью которого является появление везикулярной экзантемы на коже ладоней, стоп, периорально, а также на слизистой оболочке полости рта. Данное заболевание имеет широкую распространенность в Японии, Китае, Малайзии, Сингапуре, Республике Корея, Вьетнаме. Например, в 2009 г. в Китае была крупная вспышка ЭВС — 1 155 525 зарегистрированных случаев заболевания, 13 810 тяжелых случаев и 353 летальных исхода [1]. Истинная распространенность заболевания в Российской Федерации не установлена, подъем заболеваемости ЭВС регистрируется в летне-осенний период и часто связан с завозными случаями.

С учетом высокой устойчивости энтеровирусов в окружающей среде, а также возможности длительного вирусноносительства завозные случаи заболевания могут представлять эпидемиологическую угрозу для детских коллективов. А это, в свою очередь, определяет необходимость внедрения четких клинических протоколов по лечению и профилактике неполиоэнтеровирусных инфекций на амбулаторном этапе оказания педиатрической помощи в соответствии с международным консенсусом. На сегодняшний день лечение и профилактика ЭВС во всем мире проводятся согласно «A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease», изданному ВОЗ в 2011 г. Профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции в Российской Федерации регламентируется Санитарными правилами (СП) 3.1.2950-11, утвержденными в 2011 г. и устанавливающими основные требования к комплексу организационных, санитарно-противоэпидемических мероприятий.

ВОЗМОЖНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОТОКОЛА ВЕДЕНИЯ ЭВС

Нами была поставлена задача оценить возможность внедрения международного протокола по ведению детей с ЭВС на амбулаторном этапе оказания педиатрической помощи.

Основными методическими материалами для анализа выступили: международный протокол ВОЗ по лечению и профилактике ЭВС у детей, СП 3.1.2950-11, приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи». Метод исследования — сравнительно-аналитический. Международные рекомендации были апробированы нами на одном клиническом случае в рамках лечения ребенка с ЭВС на амбулаторном этапе.

Группа экспертов ВОЗ указывает, что большинство случаев ЭВС подлежат амбулаторному лечению. Критериями госпитализации по медицинским показаниям можно считать: симптомы вовлечения ЦНС (миоклонические судороги при засыпании/бодрствовании, атаксия, «блуждающие глаза», парезы/параличи, общемозговой синдром, менингеальный синдром), симптомы вовлечения вегетативной нервной системы (тахикардия, артериальная гипертензия, обильное потоотделение), симптомы сердечно-легочной недостаточности (одышка, падение артериального давления, отеки) [1].

Доказанной этиотропной терапии ЭВС (как и других неполиоэнтеровирусных инфекций) не существует. Применение ацикловира и любых других противовирусных препаратов не имеет под собой доказательной базы [1]. На амбулаторном этапе лекарственная терапия ЭВС должна носить симптоматический характер и заключаться в назначении антипиретических препаратов (по показаниям), усиленного питьевого режима, также должна проводить-

Таблица 1. Диагностические и лечебные мероприятия при ЭВС

Неосложненный ЭВС / герпангина — показано лечение в амбулаторных условиях	ЭВС с вовлечением ЦНС (менингит, энцефалит, энцефаломиелит) — показана госпитализация
<p>Диагностические критерии</p> <ul style="list-style-type: none"> • ЭВС: лихорадка / лихорадка в анамнезе, папуловезикулярная сыпь на руках, ногах с/без язв в полости рта • Герпангина: лихорадка / лихорадка в анамнезе, язвы в полости рта • Лабораторные тесты: необязательны 	<p>Диагностические критерии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лихорадка $\geq 39^\circ\text{C}$ или длящаяся ≥ 48 ч • Пациенты с ЭВС/герпангиной и любым из следующих признаков: <ul style="list-style-type: none"> • менингизм • миоклонусы • атаксия, тремор • летаргия • слабость в конечностях <p>Лабораторные и инструментальные тесты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • клинический анализ крови • глюкоза • исследование ликвора • УЗИ сердца • МРТ при подозрении на энцефалит
<p>Тактика участкового педиатра</p> <ul style="list-style-type: none"> • антипиретики — парацетамол, ибупрофен (по показаниям) • адекватное потребление жидкости <p>Мониторинг:</p> <ul style="list-style-type: none"> • дать родителям инструкции о том, какие сигналы тревоги могут свидетельствовать об утяжелении состояния • активное отслеживание клиники каждые 1–2 дня в течение 7 дней 	<p>Тактика врача стационара</p> <ul style="list-style-type: none"> • антипиретики — парацетамол, ибупрофен (по показаниям) • кислород • в/в человеческий донорский иммуноглобулин (уровень доказательности С) • по показаниям перевод в отделение интенсивной терапии <p>Мониторинг:</p> <ul style="list-style-type: none"> • основные параметры (ЧСС, ЧД, АД, Т)

ся разъяснительная работа с семьей. Тактические мероприятия по диагностике и лечению ЭВС (по консенсусу ВОЗ) представлены в таблице 1.

Согласно СП 3.1.2950-11, карантин на контактных по неполиовирусной энтеровирусной инфекции накладывается на 10 дней, при наличии признаков поражения ЦНС — на 20 дней. Обязательна изоляция пациента на все время болезни. Рекомендовано проведение текущей и заключительной дезинфекции [2].

Клинический случай

Оценка возможности внедрения международных протоколов проводилась на базе поликлиники № 1 МАУ ДГКБ № 11 г. Екатеринбург. Протокол был апробирован на одном клиническом случае в июле 2017 г.

Пациент — мальчик, 9 лет. Первичный вызов врача-педиатра на дом (на 3-й день болезни). Жалобы на момент осмотра: лихорадка до 38°C , боль в горле, слабость, двукратная рвота (в 1-й день заболевания). Из анамнеза заболевания известно, что ребенок заболел 2 дня назад во время его нахождения с семьей на отдыхе (Республика Кипр), заболевание началось с рвоты и подъема температуры тела до 37°C . На 2-й день болезни — лихорадка до 38°C (родители купировали ибупрофеном с положительным эффектом), на утро 3-го дня болезни присоединилась боль в горле. В анамнезе — герпетическое поражение перiorальной зоны. Объективный осмотр: температура тела $37,1^\circ\text{C}$, ЧД 20 в минуту, ЧСС до 110 в минуту (тахикардия). Кожа без высыпаний. Гиперемия зева, язвочки на слизистой задней стенки глотки и мягком небе с венчиком гиперемии. Отклонений от нормы по другим системам органов отмечено не было. Поскольку энантема поражала в том числе и слизистую мягкого неба (нехарактерная для ЭВС локализация), врач поставил предварительный диагноз «Герпетический фарингит средней степени тяжести». Ребенку были назначены ацикловир, усиленный питьевой режим и ибупрофен (при выраженной лихорадке). Активное посещение ребенка — через 2 дня. При повторном посещении появились характерные высыпания по типу «рука-нога-рот», что дало возможность поставить диагноз «Энтеровирусный везикулярный стоматит. Острое течение. Легкая степень тяжести». Ацикловир был отменен. Ак-

тивное посещение ребенка врачом на дому состоялось еще через 2 дня, при этом отмечалась положительная динамика — исчезновение лихорадки и слабости, а еще через 2 дня был отмечен регресс высыпаний. Ребенок был выписан на 10-й день с момента начала заболевания.

По нашему мнению, рекомендации экспертов ВОЗ применимы в условиях амбулаторной поликлинической службы Российской Федерации, не противоречат действующим нормативным документам, просты и понятны в применении, что подтверждается приведенным нами клиническим случаем. Представляется необходимым проведение лекций и семинаров с врачами участковой педиатрической службы по обсуждаемой в данной статье проблеме с целью повышения их профессиональных компетенций и навыков, что, несомненно, приведет к оптимизации лечебно-диагностического процесса в поликлинической педиатрии.

Выводы

1. Большинство случаев ЭВС подлежат амбулаторному лечению с соблюдением международного консенсуса ВОЗ, а также СП 3.1.2950-11.
2. Применение ацикловира и любых других противовирусных препаратов при неполиоэнтеровирусных инфекциях не имеет под собой доказательной базы.
3. Рекомендации экспертов ВОЗ по лечению и профилактике ЭВС могут быть применимы в условиях амбулаторной поликлинической службы Российской Федерации.
4. С целью повышения лечебно-диагностического процесса и профилактики ЭВС представляется необходимым проведение лекций и семинаров по данной проблеме в рамках курсов повышения квалификации и усовершенствования участковых педиатров.

Литература

1. Cardosa J., Farrar J., Zijian F. et al. A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease. World Health Organization: WHO Press, 2011. 71 p.
2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. СП 3.1.2950-11 «Профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции» [Federal'naja sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitel'ej i blagopoluchija cheloveka. SP 3.1.2950-11 «Profilaktika jentervirusnoj (nepolio) infekcii» (in Russian)] [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_122282 (дата обращения: 02.03.2018).