

Котова М.П., Юдина Я.М.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Сергиенко Е.Н.

Кафедра детских инфекционных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Скарлатина – острое инфекционное заболевание, проявляющееся интоксикацией, поражением ротоглотки и мелкоточечной экзантемой, а также вероятностью развития инфекционно-аллергических осложнений. По данным ВОЗ тяжелыми заболеваниями, вызванными стрептококками группы А, страдает около 18 млн. человек. Чаще наблюдается нетяжелое течение скарлатины, однако сохраняется высокий риск развития серьезных септических осложнений и даже смертельных исходов.

Цель: выявить особенности течения скарлатины у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ карт стационарных пациентов 20 детей в возрасте от 1 года до 17 лет, госпитализированных в УЗ «Городская инфекционная больница» города Минска в 2023 году. Всем детям проводились клинико-лабораторное, бактериологическое обследования для подтверждения диагноза. Одним из ключевых являлось проведение стрептатеста на момент госпитализации больных в стационар.

Результаты и их обсуждение. По возрасту пациенты выборки (n=20) распределились следующим образом: дети в возрасте от 1 до 3 лет - 1 ребенок (5%), от 4 до 6 лет - 10 детей (50%), от 7 до 9 лет - 5 детей (25%), от 10 до 12 лет - 2 ребенка (10%), от 13 до 15 лет - 2 ребёнка (10%). Направительный диагноз - Скарлатина, типичная, средней степени тяжести.

Анализ показал, что основными клиническими симптомами скарлатины являются лихорадка (100%), боль в горле (100%) и наличие сыпи (100%). Среднее значение температуры тела составило – 38,9, длительность лихорадки – 3 дня. В 65 % случаев лихорадка носила фебрильный характер. Появление сыпи отмечалось на 1-2 сутки. Характер высыпаний: мелкоточечная – у 70% пациентов, мелкопятнистая – у 25%, пятнистая – 5%. Наличие бледности носогубного треугольника (симптома Филатова), как одного из характерных для скарлатины проявлений, при анализе медицинских карт стационарного больного, отмечено у 30% пациентов. Как известно, типичные изменения при скарлатине наблюдаются и со стороны языка. Так, в начале заболевания отмечен белый (беловатый) налёт на языке у 75% пациентов; далее язык приобрёл характерную малиновую окраску с увеличением гладких сосочков в 40% случаев.

В общем анализе крови в острой фазе заболевания наблюдался лейкоцитоз (с учетом возрастных норм) в 90% случаев со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Среднее значение лейкоцитов составило $14,54 \times 10^9/\text{л}$. Ускорение СОЭ установлено (с учетом возраста и пола) у 14 пациентов (70%). Увеличение такого показателя, как С-реактивный белок, был у 18 пациентов из 20 (90%). У 2 пациентов наблюдалось повышение АСЛ-О (161,5- в возрасте до 7 лет; 338,4-15 лет).

Диагноз «скарлатина» пациентам был установлен на основании клинических и лабораторных данных: бактериологическое исследование (90% исследований из 20), стрептатест (75% исследований из 20). У 86,7% стрептатест дал положительный результат. При проведении бактериологического исследования (мазок из зева) у 7 пациентов (39%) был выявлен *Str. ruogenes*, в свою очередь, у 61% больных была определена нормальная флора, что можно объяснить тем, что исследование проводилось на фоне антибактериальной терапии, которая была начата на догоспитальном этапе. Среди анализируемых случаев наблюдалось течение заболевания в легкой и среднетяжелой форме в 95% случаев, в 5% – в тяжелой форме.

Осложнения (ОПП, желудочковая экстрасистолия смешанного типа) были зарегистрированы в 10% случаев.

Выводы. Исходя из данных проведенного анализа, можно сделать следующие выводы: на данном этапе скарлатина протекает типично и сохраняет свои особенности клинического проявления.