

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ДИАГНОСТИКИ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

А.О. Батанова, Р.Н. Манкевич

Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Инфекционные заболевания стрептококковой этиологии являются одними из наиболее распространённых инфекционных заболеваний в мире. Среди них чаще встречаются болезни, вызванные β - гемолитическим стрептококком группы А (БГСА). Скарлатина вызывается токсигенными штаммами стрептококка при отсутствии антитоксического иммунитета и характеризуется лихорадкой, синдромом интоксикации, острым тонзиллитом с регионарным лимфаденитом, мелкоочечной сыпью, а также склонностью к осложнениям септического и аллергического характера [1-5].

Актуальность. Инфекционные болезни в последнее время склонны к изменению своей клинической картины, что характерно и для скарлатины [5]. В связи с этим имеются сложности в дифференциальной диагностике заболеваний, сопровождающихся сходной клинической картиной (экзантемная форма псевдотуберкулёза, энтеровирусная инфекция и др.).

В последние годы отмечается рост заболеваемости скарлатиной в Республике Беларусь. Так, заболеваемость среди детей в возрасте от 0 до 17 лет в 2011 г. составила 96,6 на 100 тыс. детского населения, а в 2012 г. — 109,1 на 100 тыс. детского населения. Скарлатина способна вызывать гнойно-септические (лимфаденит, отит, синусит, пневмония, септицемия, септикопиемия) и иммунопатологические (инфекционно-аллергический миокардит, ОРЛ, гломерулонефрит) осложнения, которые требуют длительной терапии, чаще всего в условиях стационара, и нередко приводят к инвалидизации пациента [2]. Таким образом, распространённость, рост заболеваемости, высокие экономические затраты, связанные с лечением пациентов с осложнениями стрептококковой инфекции, свидетельствуют о необходимости более детального изучения скарлатины.

Цель исследования: установить клинико-лабораторные особенности течения скарлатины у детей на современном этапе.

Материал и методы исследования. Нами проведён ретроспективный анализ 147 «Медицинских карт стационарного больного» детей, находившихся на лечении в УЗ «ГДИКБ» г. Минска, у которых диагнозом направления или заключительным диагнозом была «скарлатина». В дальнейшем в группу исследования вошли 90 детей, у которых был подтвержден диагноз скарлатины. Возраст пациентов варьировал от 1 до 16 лет, средний возраст составил $4,5 \pm 0,3$ года. Среди них было 53 мальчика (59%) и 37 девочек (41%). Верификация диагноза осуществлялась на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных.

Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили традиционными методами математической статистики с использованием стандартного программного обеспечения для IBM PC (пакет прикладных программ «Биостатистика» и «Excel 2007» (Microsoft, USA)).

Результаты и их обсуждение. Больше половины госпитализированных детей (56%) были доставлены в стационар по направлению бригады скорой помощи, 12% пациентов обратились самостоятельно, и только треть (32%) были направлены участковыми педиатрами. При этом лишь 23% детей имели диагноз «скарлатина», в то время как у большинства детей (77%) в направлении указывался другой диагноз (ОРИ, инфекционный мононуклеоз, ангина, ЭВИ, корь, краснуха, иерсиниоз, ротавирусная инфекция и др.). Это свидетельствует о низкой настороженности врачей поликлинического звена в отношении скарлатины.

По данным литературы заболеваемость отчётливо повышается в осенне-зимний период [2]. Среди наших пациентов, больных скарлатиной, 43% были госпитализированы в зимний период, весной 22%, летом 20%, и лишь 15% осенью. Пик заболеваемости приходился на зимне-весенне-летний период.

При анализе эпидемиологического анамнеза только у 4% детей выявлен контакт с ребёнком, болеющим стрептококковой инфекцией.

Пациенты были госпитализированы в стационар преимущественно в первые 3 дня болезни (в среднем $2,9 \pm 0,1$ сут). При поступлении почти у всех детей (96%) состояние было средней степени тяжести, и только у 4 госпитализированных состояние было расценено как тяжёлое. У всех пациентов отмечалось острое начало заболевания.

В начальном периоде болезни 98% пациентов предъявляли жалобы на лихорадку, и только у 2 детей скарлатина протекала без повышения температуры. При этом у большинства пациентов (80%) температура тела повышалась более 38°C . Продолжительность лихорадочного периода составила от 2 до 5 дней (в среднем $3,7 \pm 0,2$ дней). На вялость, снижение аппетита, головную боль предъявляли жалобы всего 18% обследованных. Рвота наблюдалась у 40% больных скарлатиной детей. Из них 1-2 кратная рвота была отмечена в 56% случаев, чаще 2-х раз в 1 сут. в 44% случаев. На боли в горле жаловались 47% детей. При осмотре зева яркая отграниченная гиперемия («пылающий» зев) была выявлена у 92% обследованных, энантема только у 28% детей. Более чем у половины пациентов (59%) тонзиллит был лакунарным или фолликулярным, некротическая ангина не выявлена ни у одного ребёнка [4]. Длительность налётов на миндалинах сохранялась в течение 2 дней (в среднем $1,8 \pm 0,13$ сут.). При объективном осмотре у большинства (71%) детей определялся регионарный лимфаденит с вовлечением в патологический процесс шейных и подчелюстных лимфатических узлов. При поступлении у большинства (80%) болеющих скарлатиной был выявлен белый налёт на языке, при этом только у 22% пациентов язык был обложен полностью, в то время как у большинства (78%) детей он уже очищался. Полное очищение языка от налёта у наших пациентов наблюдалось несколько раньше, чем по данным литературных источников [3], на 5–6 день (в среднем $5,8 \pm 0,3$ сут.) и начиналось с краёв и кончика языка. «Малиновый» язык имел место у 91% обследованных.

Период высыпаний сопровождался экзантемой, которая наблюдалась у всех обследованных детей. В 90% случаев сыпь характеризовалась как мелкоочечная, у остальных детей она была мелкопятнистой. У всех пациентов имела место типичная локализация сыпи — туловище, конечности, лицо, со сгущением в естественных складках [3]. У большинства детей (81%) сыпь появлялась в первые двое сут., и лишь у 19% пациентов — на 3 сут. и позже. Средняя длительность сыпи составила $4,75 \pm 0,16$ дня, что превышает сроки, указанные в литературных источниках [1]. Симптом Фи-

латова был выявлен в 41% случаев (у 37 детей). Линии Пастиа были выявлены лишь у одного пациента.

Период реконвалесценции характеризовался наличием шелушения более чем у половины (53%) пациентов, причём шелушение появлялось на второй неделе болезни (в среднем на $7,2 \pm 0,27$ сут.).

Шелушение на пальцах кистей и стоп характеризовалось как крупнопластинчатое, на других участках тела — как отрубевидное или мелкопластинчатое.

При поступлении всем пациентам в приёмном отделении проводился общий анализ крови (ОАК). Перед выпиской 78 пациентам (87%) был выполнен контрольный ОАК. В гемограмме пациентов при поступлении имеются характерные для острого воспалительного процесса бактериальной этиологии изменения: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы, нейтрофилия, повышение СОЭ. После проведения этиотропной терапии эти показатели вернулись в пределы нормальных значений ($p < 0,001$).

Бактериологическое подтверждение диагноза имели 60 пациентов (67%), серологическое (по данным АСЛ-О) только 10% обследованных детей.

Бактериологическое исследование было проведено в 98% случаев, при этом мазок из зева на БГСА проводился в среднем на $3,1 \pm 0,1$ день от начала заболевания. 73 детям (83%) мазок был взят до начала антибактериального лечения. У большинства (71%) пациентов этой группы БГСА высеялся в количествах от 102 КОЕ / г до 106 КОЕ / г, и только у 1/3 (29%) обследованных результат был отрицательный. 15 пациентам (17%) мазок был взят на фоне начатой антибактериальной терапии (1–3-кратный приём), при этом положительный результат наблюдался у большинства (64%) детей. Это свидетельствует о том, что 1–3-кратный приём антибиотика не влияет на высеивание БГСА. У большинства (85%) обследованных уровень АСЛ-О был менее 200 МЕ / мл, и только у 9 пациентов (15%) – превысил 200 МЕ / мл. Отсутствие повышения АСЛ-О у большинства пациентов, вероятно, можно объяснить ранним определением уровня АСЛ-О, а именно, в течение первой недели болезни.

Выводы:

1. В настоящее время имеет место низкая настороженность врачей неинфекционного профиля в отношении скарлатины, а также неудовлетворительное знание ими клинической картины данного заболевания.

2. Современное течение скарлатины характеризуется:

- острым началом, средней степенью тяжести течения заболевания;
- в начальном периоде болезни — повышением температуры тела выше 38°C в течение 3–4 дней; отсутствием выраженного синдрома интоксикации; наличием налета на языке в течение 5–6 дней; «пылающим» зевом с фолликулярным или лакунарным тонзиллитом не более 2 дней; регионарным лимфаденитом;
- в периоде высыпаний — мелкоточечной сыпью на сгибателях со сгущением в естественных складках, появляющейся в первые двое сут. заболевания и исчезающей к шестым сут.;
- в периоде реконвалесценции — «малиновым» языком и у половины пациентов шелушением;
- достоверным повышением уровня лейкоцитов, нейтрофилов, СОЭ в периферической крови в начале заболевания.

3. Приём антибактериальных препаратов (1–3 кратный) не влияет на высеивание БГСА у больных скарлатиной детей.

4. Определение уровня АСЛ-О с диагностической целью необходимо проводить на второй неделе заболевания.

FEATURES OF THE CLINICAL PICTURE AND DIAGNOSTICS OF SCARLET FEVER

A.O. Batanova, R.N. Mankevich

This study is conducted for examination of clinical and laboratory features in progress of scarlet fever in children in our days.

The object of study: children with scarlet fever. **The purpose of the study:** establish clinical and laboratory features of the course of scarlet fever in children at this stage.

Result: 90 medical cards of children with scarlet fever at the age of 1 year to 16 years were analyzed.

Laboratory parameters were evaluated; features of clinical progress of scarlet fever in children at this stage were established.

Литература.

1. Астапов, А. А. Скарлатина у детей (клиника, дифференциальная диагностика, современные подходы к лечению) / А.А. Астапов // Медиц. журнал. – 2011. – №2. – С. 106-107.
2. Инструкция об эпидемиологическом надзоре и профилактике стрептококковой (группы А) инфекции: утв. Главн. Гос. санит. врачом Респ. Беларусь 18.08.06. – Минск, 2006. – 26 с.
3. Кудин, А. П. Инфекционные экзантемы у детей / А. П. Кудин. – Минск: БГМУ, 2011. – 43 с.
4. Павлова, Н. В. Клинико-эпидемиологическая характеристика скарлатины у детей в Санкт-Петербурге (2003 – 2009гг.) // Учёные записки СПб. гос. мед. ун-та им. акад. И. П. Павлова. – 2011. – №2. – С. 18 – 20.
5. Павлова, Н.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика стрептококковой инфекции (скарлатины, ангины) у детей в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.09/ Н.В. Павлова; СПб. Гос. педиатрич. акад. – СПб., 2011. – 21 с.