

*Шайко А.В.*

## **ОСОБЕННОСТИ УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Манкевич Р.Н.*

*Кафедра детских инфекционных болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Узловатая эритема встречается в результате большого спектра инфекционных заболеваний. Знание инфекционных патогенов как факторов риска, а также клинических, лабораторных и инструментальных особенностей узловатой эритемы поможет врачу любой специальности поставить верный диагноз и начать адекватную терапию.

**Цель:** оценить роль инфекционных агентов и клинико-лабораторные особенности течения узловатой эритемы у детей.

**Материалы и методы.** Нами проведен ретроспективный анализ 57 «Медицинских карт стационарного пациента» детей с диагнозом L52 «Узловатая эритема» в возрасте от 1 до 17 лет (средний возраст  $6,41 \pm 0,62$  лет), которые находились на лечении в период с 01.01.2016 по 07.11.2022 в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска, из них было 27 мальчиков и 30 девочек. Статистическая обработка полученных данных проводилась методами математической статистики с использованием стандартного программного обеспечения для IBM PC.

**Результаты и их обсуждение.** Пациенты с узловатой эритемой поступали в стационар чаще в летний период (35%), каждый четвертый поступил весной (26,3%) или осенью (24,6%), а зимой лишь 14%. У пациентов до 12 лет заболеваемость не зависела от пола (1:1), но начиная с 12 лет и старше у лиц женского пола узловатая эритема встречалась в 3 раза чаще. Накануне все пациенты переносили инфекционное заболевание. Причем у 14,1% из них были выявлены 2 и более возбудителя одновременно. У 23 пациентов (40,35%) возбудитель не удалось выявить. У оставшихся пациентов чаще всего были обнаружены: *Streptococcus pyogenes* (44,6%), *Salmonella enteritidis* (25,5%), *Enterovirus*, *Cytomegalovirus*, *Adenovirus* по 4,3%, единичные случаи выявления *Pseudomonas aeruginosa*, *Shigella spp.*, *Enterococcus faecalis*, *Epstein-Barr Virus*, *Worrelia burgdorferi*. Элементы сыпи появлялись в среднем на  $9,3 \pm 1,6$  день после перенесенной инфекции. У 57,9% пациентов заболевание проявлялось повышением температуры тела до  $37,9 \pm 0,37^\circ\text{C}$ . Характерная сыпь появлялась на конечностях: в 70,2% случаев на нижних конечностях, в 28,1% случаев на обеих парах конечностей, в 1,7% случаев – только на верхних конечностях. Сыпь была болезненной у 31 пациента (54,38%). Жалобы на артралгии пораженной конечности предъявляли только 5 детей (8,77%). По данным УЗИ органов брюшной полости ( $n=23$ ) у 87% обследованных имело место увеличение печени, при этом у 2/3 из них отмечалось увеличение и селезенки. Увеличение лимфатических узлов зарегистрировано только у 26% детей (33,3% в воротах печени и 66,7% мезентериальные). При оценке лабораторных показателей отмечался незначительный лейкоцитоз (среднее значение  $13,0 \pm 3,4 \times 10^9/\text{л}$ ), повышение СОЭ (среднее значение  $28,5 \pm 3,8$  мм/ч) и уровня С-реактивного белка в среднем до  $46,1 \pm 8,4$  мг/л. Уровень антистрептолизина-О был повышен у 56,7% (среднее значение  $378,6,325 \pm 43,9$  МЕ/мл).

**Выводы:** заболевание редко встречалось в зимний период. Среди обследованных пациентов наиболее частыми триггерами узловатой эритемы были бета-гемолитический стрептококк группы А и кишечные патогены. Из клинической симптоматики характерно появление элементов узловатой эритемы на  $9,3 \pm 1,6$  день с преимущественной локализацией на разгибательной поверхности голеней. У большинства пациентов при ультразвуковом исследовании определяется гепатомегалия. В гемограмме характерно повышение С-реактивного белка и СОЭ, незначительный лейкоцитоз. У половины пациентов имело место повышение антистрептолизина-О.