

Семенченко Е. В., Кузьменкова В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Л. Тумаш

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

Введение

Эпидемическая скарлатина, вызванная грамположительным патогенным микроорганизмом *Streptococcus pyogenes* (стрептококк группы А) привела к значительным заболеваниям у детей в XIX и начале XX вв., постепенно стихая с улучшением качества жизни и появлением антибиотиков. На сегодняшний день скарлатина все еще встречается среди детей как дошкольного, так и школьного возрастов. Это связано с многообразием путей передачи: воздушно-капельный, контактно-бытовой, пищевой.

Заболевание распространено повсеместно, чаще в регионах с умеренным и холодным климатом. Общий уровень и динамику многолетней и полугодовой заболеваемости скарлатиной в основном определяют заболеваемость детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Ежегодно дети, посещающие детские учреждения, заболевают в 3–4 раза чаще детей, воспитывающихся дома. Наиболее резко эта разница выявлена в группе детей первых 2 лет жизни (в 6–15 раз), в то время как среди 3–6 лет она менее заметна [1].

Скарлатина — широко распространенная инфекционная болезнь, эпидемии которой регистрируются во всех континентах. Заболеваемость выше среди населения западных областей СНГ, к югу и востоку она снижается. Наименьшее количество заболеваний в Туркмении, Грузии, Армении. С 2011 г. о вспышке эпидемической скарлатины сообщается в Гонконге, материковом Китае (2017 г.) и в Соединенном Королевстве с 2014 г. [2].

Заболеваемость скарлатиной в Республике Беларусь составляет 109,1 случаев на 100 тыс. населения среди детей в возрасте до 18 лет. Заболеваемость скарлатиной детей в возрасте до 14 лет в Российской Федерации в последние годы составляет 200–250 на 100 тыс. детского населения [3].

Опасность скарлатины заключается в том, что источником инфекции могут быть больные с различными проявлениями стрептококковой инфекции, отсутствием специфической профилактики и риску развития осложнений. Характерной чертой скарлатины являетсястрое начало с быстрым формированием трех основных признаков болезни: интоксикации, воспаления в месте входных ворот и регионарных лимфатических узлах, мелкоточечной экзантемы [4].

Цель

Изучить особенности течения скарлатины у детей на современном этапе.

Материал и методы исследования

Было проведено ретроспективный анализ 78 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в учреждении «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» с диагнозом: скарлатина, в период с 2014–2018 гг. Статистическую обработку материала проводили при помощи компьютерной программы «Microsoft Excel 2013».

Результаты исследования и их обсуждение

Было проанализировано 78 историй болезни детей со скарлатиной. Средний возраст составил $4,5 \pm 1,8$ лет.

В возрастной структуре (рисунок 1) больных скарлатиной преобладали дети от 3 до 6 лет (46,2 %).

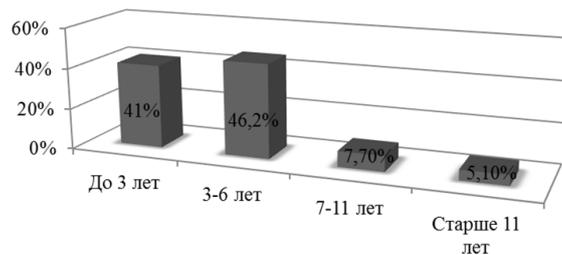


Рисунок 1 — Возрастная структура больных скарлатиной детей

Среди детей, больных скарлатиной 53,8 % составили мальчики и 46,2 % — девочки. Школы посещали 17,9 % заболевших, 75,6 % — детский сад, 6,5 % были воспитанниками детского дома.

Заболевание во всех случаях начиналось остро, с повышения температуры тела: у 44,9 % пациентов до субфебрильных цифр (37,4–38 °С), у 43,6 % до фебрильных (38–39 °С), у 11,5% пациентов отмечалась пиретическая лихорадка (выше 39 °С) (рисунок 2). Средние цифры лихорадки достигали $38,5 \pm 0,52$, длительность лихорадки $3,47 \pm 1,08$ дней.

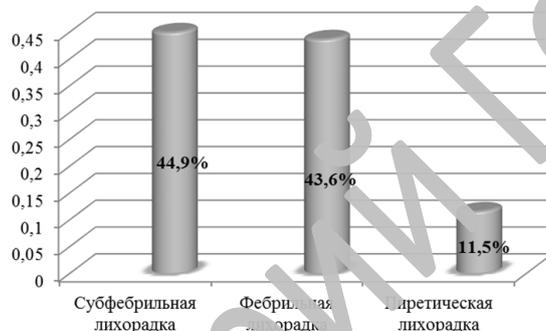


Рисунок 2 — Виды лихорадок у пациентов со скарлатиной

В ротоглотке отмечались следующие изменения: гипертрофия небных миндалин 1 степени выявлена у 67,9 % больных, гипертрофия 2 степени — у 32,1 % детей; гиперемия слизистой ротоглотки, боковых валиков глотки, передних небных дужек и язычка.

Ангина — постоянный симптом скарлатины была выявлена у 91 % пациентов. У большинства детей (57,8 %) она имела лакунарный характер, также встречались катаральная и фолликулярная форма ангины (рисунок 3).

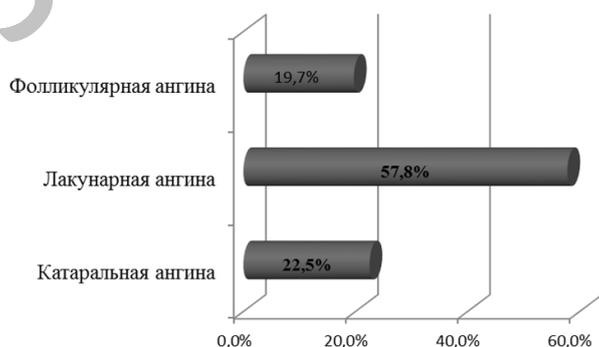


Рисунок 3 — Виды ангины у пациентов, больных скарлатиной

У 65 (82,4 %) больных на 3–4 сутки болезни отмечался «малиновый» язык. У 75 % пациентов увеличивались подчелюстные лимфатические узлы от 0,5 до 2 см, при пальпации были эластичными, безболезненными.

В первый день сыпь появилась у 63,5 % детей, у 36,5 % детей она отмечалась на 2–3 день болезни. У всех пациентов сыпь мелкоточечная, расположенная на гиперемированном фоне кожи. Места наиболее частой локализации: кожа лица (кроме носогубного треугольника), туловища и сгибательные поверхности конечностей, со сгущением в области естественных складок кожи: подмышечных, паховых, локтевых, подколенных областях. Сыпь исчезала на 3–5 сутки, в среднем $3,9 \pm 0,1$ дней, не оставляя пигментации. С 5–6 дня болезни у 19,2 % детей отмечалось мелкое, отрубевидное шелушение на лице, туловище и пластинчатое на ладонях и подошвах. У 30 % пациентов наблюдалось увеличение печени: на 0,5–2 см выступала за край реберной дуги, увеличение селезенки ни у одного пациента не отмечалось.

Анализ данных периферической крови позволил выявить типичные для скарлатины изменения: умеренный лейкоцитоз (среднее значение лейкоцитов $10,06 \times 10^9$), сдвиг лейкоцитарной формулы влево у 37,1 % больных. Отмечалось повышение СОЭ: 39,7 % более 10 мм/ч, у 37,1 % составляла от 10 до 20 мм/ч и у 23,2 % — превышала 20 мм/ч.

Проба на антистрептолизин была взята у 7 пациентов, у 5 из них результат отрицательный, у одного из пациентов результат — 5 ед/мл, у второго 7 ед/мл.

Всем пациентам проводилась антибактериальная терапия по схеме: азитромицин 250 мг 1 раз в день; 87,3 % также получало внутримышечно пенициллин, цефотаксим. Длительность курса составила в среднем $7,4 \pm 0,1$ дней.

На фоне проводимой антибиотикотерапии у всех пациентов не отмечалось никаких осложнений и 100 % были выписаны с выздоровлением под наблюдением участкового педиатра. Среднее число койко-дней: $6,71 \pm 1,72$.

Выводы

Скарлатина в современных условиях протекает типично, с характерными клиническими симптомами. Тяжелые формы болезни не встречаются. Наиболее часто скарлатиной болеют дети дошкольного возраста от 3 до 6 лет. В первый день сыпь появилась у 63,5% детей, у 36,5% детей она отмечалась на 2–3 день болезни. У 19,2 % детей отмечалось слабо выраженное шелушение кожи на фалангах пальцев, ладонях, ступнях и боковых поверхностях туловища с 6–7 дня болезни. Благодаря своевременно проводимой антибактериальной терапии все пациенты были выписаны с выздоровлением, осложнений на сердце, почки и суставы выявлено не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шестакова, И. В. Инфекционная заболеваемость в России в 2000–2015 гг.: успех или провал / И. В. Шестакова // Научно-практический журнал. — 2017. — Т. 20, № 3. — С. 11–20.
2. Жолдошбекова, Ж. Ж. Скарлатина у детей на современном этапе / Ж. Ж. Жолдошбекова, А. Т. Шайымбетов // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. — 2017. — № 1. — С. 161–164.
3. Астапов, А. А. Учебно-методическое пособие БГМУ / А. А. Астапов, Р. Н. Манкевич. — Минск, 2014. — Т. 40, № 3. — С. 10.
4. Клиническая характеристика современной скарлатины у детей, госпитализированных в стационар / Л. М. Илунина [и др.] // Научно-практический журнал. — 2007. — Т. 20, № 3. — С. 128–132.

УДК 616.35-002-003.12:612.392.45

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С, ОСЛОЖНЕННОГО СИНДРОМОМ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗА

Сковородко В. А., Микитюк А. В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *Е. Л. Красавцев*, к.м.н., доцент *О. Л. Тумаш*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На сегодняшний день одной из ведущих причин хронических диффузных заболеваний печени является вирусный гепатит С. Его опасность обусловлена преимуще-