

СКАРЛАТИНА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Жолдошбекова Ж.Ж., Шайымбетов А.Т.

Кафедра детских инфекционных болезней, КГМА им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе проведен анализ 47 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении с диагнозом скарлатина в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) в 2015 году. В возрастной структуре больных скарлатиной преобладали (76,6%) дети дошкольного возраста (от года до 6 лет). Диагноз скарлатины выставлялся в большинстве случаев (70,8-89,4%) уже на догоспитальном этапе на основании типичных клинических признаков болезни. Преобладали средне-тяжелые формы (61,7%) болезни. Осложнения развились у 8,0% больных скарлатиной в острый период болезни.

Ключевые слова: дети, скарлатина, ангина, клиника, диагностика

АЗЫРКЫ КЕЗДЕГИ БАЛДАРДА КЕЗДЕШКЕН СКАРЛАТИНА ООРУСУ

Жолдошбекова Ж.Ж., Шайымбетов А.Т.

Балдар жугуштуу оорулар кафедрасы, И.К. Ахунбаев атындагы КММА.
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында 2015 жылы скарлатина жугуштуу оорусу менен дарыланган 47 баланын оору баяны изилденген. Бул оору менен мектепке чейинки (1 жаштан 6 жашка чейин) 76,6% балдар оорукан. Көбүнчө бейтапканага катталганга чейин эле скарлатина диагнозу (70,8%-89,4%) балдарга клиникалык өзгөчөлүктөрү боюнча коюлган. Көбүнчө 61,7% дарттын орто абалдагы оорчулуктары кездешкен. Скарлатина дартынын курч мезгилинде өтүшүп кетүүсү 8,0% түзгөн.

Негизги сөздөр: балдар, скарлатина, ангина, клиникалык өзгөчөлүктөр, аныктоо.

SCARLET FEVER IN CHILDREN IN MODERN TIME

Dzoldoshbekova J.J., Shaiymbetov A.T.

Kyrgyz State Medical Academy, Dept of Child Infectious Diseases,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: In this work it was carried out the analysis of 47 case histories of illnesses of children who were hospitalized with a diagnosis of scarlet fever to the Republican clinical infectious diseases hospital (RCIH) in 2015 year. In the age structure of patients with scarlet fever there were predominant (76,6%) children of preschool age (from one year to 6 years). The diagnosis of scarlet fever was made in most cases (70,8% - 89,4%) already in the prehospital phase on the basis of typical clinical signs of the disease. The moderate form (61,7%) of the disease was predominant. Complications occurred in 8,0% of patients with scarlet fever in the acute phase of the disease.

Key words: children, scarlet fever, angina, clinical manifestation, diagnostic.

Введение

Скарлатина - острое инфекционное заболевание, вызываемое б-гемолитическим стрептококком группы А, характеризуется общей интоксикацией, явлениями острого тонзиллита и мелко-точечной сыпью по всему телу [1, 2, 4]. На сегодняшний день скарлатина остается одной из актуальных проблем педиатрии. Это связано с многообразием путей передачи: воздушно-капельный, контактно-бытовой, пищевой. Опасность скарлатины заключается в том, что источником инфекции могут быть больные с различными проявлениями стрептококковой инфекции

и отсутствием специфической профилактики [2, 3].

Скарлатина - единственная форма инфекции, ответственная за массовую вспышку заболеваемости среди детей. В начале прошлого столетия заболеваемость составляла до 250 случаев на 100 тысяч населения и была актуальна как одна из частых форм внутрибольничных инфекций [1,4]. По данным ряда авторов [3] до 80% случаев современной скарлатины приходится на возраст от 4 до 8 лет, и развивается у лиц, у которых не сразу вырабатывается антибактериальный (против каждого серотипа), так и антитоксический поли иммунитет [1]. Несмотря на пре-

обладание нетяжелых форм скарлатины в настоящее время, риск развития осложнений и летальных исходов по-прежнему сохраняется.

Скарлатина вызывается токсигенными штаммами β гемолитического стрептококка группы А и характеризуется выраженными симптомами интоксикации и наличием сыпи, а также развитием синдрома ангины. Современное течение скарлатины характеризуется частотой легких форм болезни, увеличением числа «амбулаторных форм болезни», однако, угроза развития осложнений (токсических, септических, аллергических) по-прежнему сохраняет, особенно инфекционно-аллергические, переходящие во взрослую жизнь [2, 3, 4].

Целью настоящего исследования явилось представление клинико-эпидемиологических особенностей скарлатины у детей на современном этапе.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ 47 истории болезни детей с клиническим диагнозом «скарлатина», находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) в 2015 году.

Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические, бактериологические, биохимические и др. методы исследования, а также статистическая обработка полученных результатов по программе SPSS.

Результаты и их обсуждение

Было проанализировано 47 историй болезни детей со скарлатиной. В возрастной структуре (рис.1) больных скарлатиной преобладали (76,6%) дети дошкольного возраста (от года до 6 лет).

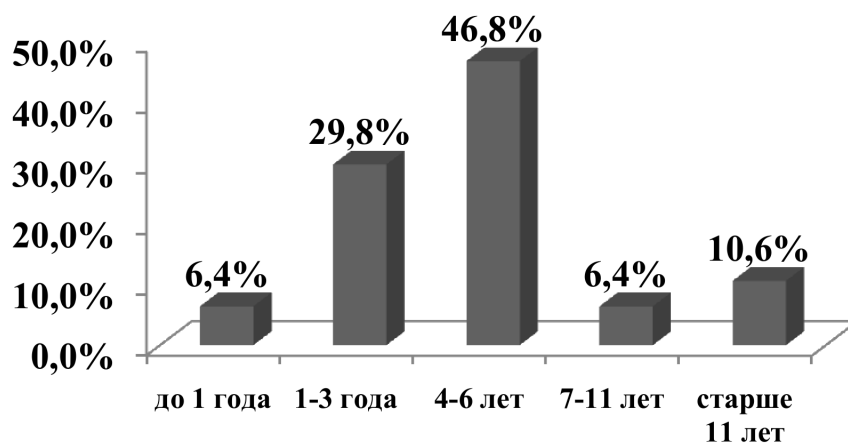


Рис.1. Возрастная структура больных скарлатиной детей, госпитализированных в РКИБ.

Среди детей, больных скарлатиной 47,8% составили мальчики и 52,2% - девочки, что не выявило достоверных различий, при этом городские жители составили 74,5%, остальные были сельскими жителями. Среди фоновых заболеваний в 2,2% случаев у детей, больных скарлатиной был выявлен порок сердца, в 12,8% - у детей наблюдалась анемия.

В 6,5% случаев дети с диагнозом скарлатина получали антибактериальную терапию уже на догоспитальном этапе, спектр лекарственных

препаратов был представлен двумя антибиотиками: амоксициллин и цефзим.

Изучая эпидемиологический анамнез, выявили контакт с больным ангиной только в 8,5% случаев, фактор переохлаждения отмечали у 2,1% больных скарлатиной детей, в остальных случаях уточнить источник инфекции не удалось, так как наиболее часто источниками скарлатины являются больные ангиной, которые не всегда выявляются.

Подъем заболеваемости скарлатиной отмечался в осенне-зимний период времени (рис.2).

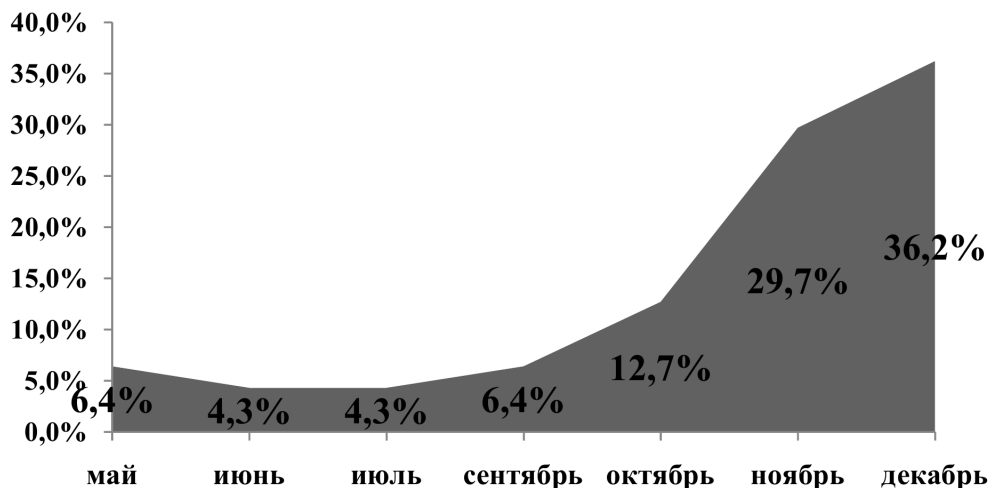


Рис.2. Сезонность скарлатины у детей.

Это было обусловлено высокой вероятностью развития гнойных ангин на фоне подъема респираторных заболеваний, скученностью населения, а также переохлаждением.

Большинство (76,6%) больных скарлатиной детей поступало на 3,3±0,3 день болезни. Стационарами города было направлено 25,5% больных скарлатиной, по направлению ЦСМ - 17,0% случаев, 10,6% поступали экстренно по скорой помощи, в остальных случаях родители самостоятельно обращались в РКИБ за помощью.

Сравнительный анализ структуры диагнозов (рис.3) при направлении, поступлении и клинического диагноза, показал, что в большинстве случаев (70,8-89,4%) диагноз скарлатины выставлялся уже на догоспитальном этапе. Также встречались такие диагнозы, как лакунарная ангина (20,9%), энтеровирусная инфекция (6,4-8,3%) и даже корь (2,1%).

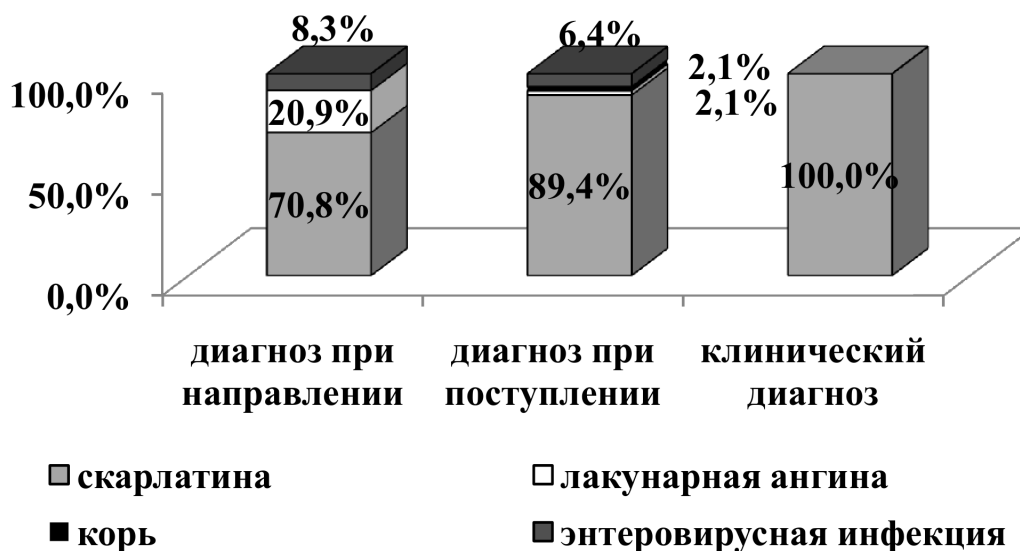


Рис.3. Сравнительный анализ структуры диагнозов при направлении, поступлении и клинического диагноза.

В клинике больных скарлатиной преобладали (61,7%) среднетяжелые формы болезни (рис.4).

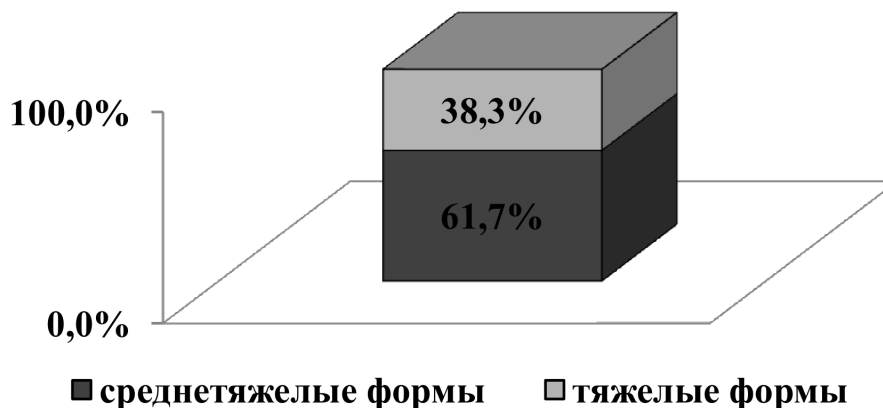


Рис.4. Тяжесть скарлатины у детей.

Заболевание во всех случаях начиналось остро, с повышения температуры тела у 80,9% больных до фебрильных цифр (39°C - 40°C) и выше в течение $3,1 \pm 0,1$ дней.

Поражение ротоглотки (ангина) характеризовалось болями в горле у большинства ($76,0\% \pm 5,4\%$) больных, а также ограниченной яркой гиперемией зева, реакцией переднешейных лимфатических узлов в виде увеличения, умеренной плотности и чувствительности при пальпации. Гипертрофия миндалин 1 степени выявлена у 70,2% больных, гипертрофия 2 степени – у 29,8% детей, больных скарлатиной. У абсолютного большинства (93,6%) больных скарлатиной была выявлена гнойная (фолликулярная, лакунарная) ангина. Воспалительные изменения в месте входных ворот сохранялись в среднем $4,7 \pm 0,8$ дней. У всех больных скарлатиной отмечались, характерные для скарлатины изменения языка (обложенность с последующим очищением, выраженность сосочков).

У всех больных отмечался мелкоочечный характер сыпи на гиперемированном фоне кожи со сгущением в естественных складках и боковых поверхностях туловища, которая появилась на 1-2 день болезни. В $45,2 \pm 4,5\%$ случаях экзантема сопровождалась зудом кожи. В периоде реконвалесценции наблюдалось пластинчатое шелушение кожи, которое появлялось к концу второй недели болезни.

Из бактериальных осложнений были у 8,0% больных. Выявлена отрицательная корреляция ($r = - 0,4$) между возрастом и частотой осложнений, т.е. чем младше ребенок, тем чаще развивались осложнения.

Анализ данных периферической крови позволил выявить типичные для скарлатины изменения: лейкоцитоз (10 - 28×10^9) и сдвиг лейкоцитарной формулы влево у 34,9% больных, также повышение СОЭ (10 - 55 мм/ч).

Все больные скарлатиной дети получили этиотропную, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую и симптоматическую терапию. Спектр, антибиотиков

был разнообразным: пенициллин, ампициллин, цефалоспорины, цефтриаксон и цефураксим.

Исход болезни у 38,1% больных закончился выздоровлением, 60,3% - выписаны с улучшением и 1,6% больных были переведены в другой стационар из-за осложнений болезни. Длительность пребывания в стационаре в среднем составила $5,8 \pm 1,4$ дней. Выписаны с рекомендацией продолжить антибактериальную терапию до 10 дней.

Таким образом, скарлатиной часто болеют дети дошкольного возраста (76,6%), преимущественно в среднетяжелой форме (61,7%). Чаще всего источником заражения являются больные с ангиной или стрептококковым фарингитом, хотя не всегда удалось выявить источник болезни. В острый период осложнения развились у 8,0% больных скарлатиной, а частоту развития поздних инфекционно-аллергических осложнений не удалось наблюдать из-за ранней выписки по просьбе родителей, которых осведомляли о вероятности опасных для жизни осложнений, имеющих склонность к хроническому течению с рецидивами в последующие годы жизни.

Литература:

1. Богдельников И.В., Бездольная Т.Н. Скарлатина // *Здоровье ребенка* 2011 – Т. 3 - С.139-141.
2. Брико, Н.И. Распространенность и клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваний, вызываемых стрептококком группы А в России / Н.И. Брико, В.И. Покровский, Д.А. Клейменов // *Терапевтический архив*. - 2009. - № 11. - С.5-9.
3. Козлов, В.К. 4. Цитокиноterapia: патогенетическая направленность при инфекционных заболеваниях и клиническая эффективность / В.К. Козлов.- СПб., 2010. - 148 с.
4. Малый, В.П. 5. Стрептококковые инфекции в практике клинициста / В.П. Малый // *Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология*. - 2012. - № 4. - С.25-33.