

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ”
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ: ЗДОБУТКИ І ПРОБЛЕМИ У ДІАГНОСТИЦІ, ТЕРАПІЇ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ

X з'їзд інфекціоністів України

(6-7 жовтня 2021 року, м. Суми)

Тернопіль
ТДМУ
Укрмедкнига
2021

О.В. Прокопів, Н.М. Прикуда

ПОЄДНАНІ ВІРУСНО-БАКТЕРІЙНІ ІНФЕКЦІЇ (ВІТРЯНА ВІСПА + СКАРЛАТИНА) У ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ІНФЕКЦІОНІСТА

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. На сьогодні не втрачають свою актуальність давно відомі хвороби, насамперед вітряна віспа і скарлатина, одна з клінічних форм стрептококової інфекції. Упродовж останніх років утримуються стабільно високі показники захворюваності на вітряну віспу, відзначається почастищення тяжких та ускладнених форм хвороби у дітей. Щорічно в Україні на вітряну віспу хворіє понад 150 тис. осіб, а за рівнем захворюваності ця інфекційна недуга поступається лише гострим респіраторним вірусним інфекціям. Попри істотне поліпшення епідемічної ситуації зі скарлатини, періодичність захворюваності на цю інфекційну хворобу утримується дотепер. У сучасних умовах реєструються переважно легкі та середньотяжкі форми скарлатини. Проте слід пам'ятати про атипові, зокрема – екстрафарингеальну (екстабукальну) форму скарлатини.

Мета роботи. Проаналізувати розвиток і тяжкість перебігу вірусно-бактерійної мікст-інфекції у дітей, хворих на вітряну віспу та скарлатину.

Матеріали і методи. Спостереження проведено за 11 хворими на вірусно-бактерійну мікст-інфекцію (вітряну віспу та скарлатину) дітьми віком від 1 до 17 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні (ЛОІКЛ) упродовж 2009–2019 рр. Діагноз базувався на типових клінічних проявах хвороби з урахуванням даних епідеміологічного анамнезу і результатів лабораторних досліджень (загальноприйнятих клінічних, бактеріологічних, серологічних).

Результати та обговорення. В усіх 11 дітей спостерігали екстрафарингеальну скарлатину, що розвинулася на тлі вітряної віспи. Щодо вікової структури дітей з'ясовано таке: віком від 1 до 4 років було 3 (27,3%) хворих, від 5 до 9 – 6 (54,5%), від 10 до 17 – 2 (18,2%) дитини.

Клінічні прояви екстрабукальної скарлатини виникали як правило на 4–6-ту доби вітряної віспи і характеризувалися наростанням інтоксикаційного синдрому, гіпертермією та появою дрібнопапульозних яскраво-червоних елементів висипки на шкірі обличчя, грудної клітки, у пахових ділянках. Вхідними воротами для *S. pyogenes* при вітряній віспі були пошкоджені вітрянковими висипаннями ділянки шкіри і слизових оболонок.

Залежно від інтенсивності проявів загальної інтоксикації, характеру висипань у 7 (63,6%) дітей діагностовано середньотяжку, у 4 (36,4%) – тяжку форми хвороби. Надзвичайною тяжкістю характеризувалася екстрафарингеальна скарлатина у поєднанні з флегмонами різних ділянок тіла, яка розвинулася у 2 дітей віком 5 та 9 років. Вкрай тяжкий перебіг екстрафарингеальної скарлатини, ускладнений розвитком серцево-судинної недостатності, паралітичної кишкової непрохідності та інфекційно-токсичного нефриту, діагностовано у дитини 13 років.

Зміни у гемограмі хворих на екстрафарингеальну форми скарлатину дітей характеризувалися показниками загальної кількості лейкоцитів у межах $(6,9-23,1) \times 10^9$ 1/л з вираженим нейтрофіліозом, підвищенням ШОЕ до 15–46 мм/год. Підвищення АСЛ-О спостерігали у 8 (72,7%) хворих із показниками від 264 до 1600 МО/мл. Наростання АСЛ-О у динаміці відзначили у 3 (27,3%) пацієнтів.

Висновки. У наших випадках екстрафарингеальна форма скарлатини розвинулася внаслідок безпосереднього проникнення патогенного збудника (*S. pyogenes*) через пошкоджені вітрянковими висипаннями ділянки шкіри та слизових оболонок. Поєднаний розвиток вітряної віспи і скарлатини можливий лише за умов відсутності антитоксичного імунітету у хворої дитини. Тяжкий перебіг вірусно-бактерійної мікст-інфекції зумовлений імуносупресивними властивостями вірусу варіцела-зостер і дією еритрогенного токсину бета-гемолітичного стрептокока групи А.