

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.981.25+616.917

С. Х. Хабибуллина (Казань). Стафилококковая инфекция со скарлатиноподобным синдромом

Из 843 детей, поступивших в скарлатинозное и диагностическое отделения, у 45 (5,3%) была выявлена стафилококковая инфекция со скарлатиноподобным синдромом. Следует отметить, что преобладающим при этом заболевании был возраст старше 7 лет (28 детей из 45). Диагноз у всех больных был установлен лишь в стационаре после тщательного выяснения анамнестических данных (наличие первичного гнойного очага, синдрома катара верхних дыхательных путей), клинического обследования с использованием бактериологических и серологических методов в динамике болезни.

Заболевание обычно начиналось остро с развития первичного гнойно-септического очага или катаральных явлений. Поэтому в первые дни болезни ошибочно ставили диагноз гриппа или острого респираторно-вирусного заболевания, лимфаденита, флегмоны, панариция и т. д. Наблюдалась выраженная интоксикация, температура повышалась до 38,0—39,0—40,0° (у 41 из 45). Обращала на себя внимание высокая и длительная лихорадка, продолжавшаяся у 37 из 45 больных 6—15 дней. У некоторых больных лихорадка имела волнообразный характер. Начало заболевания с озноба отмечено у 5 детей; рвота была у 9, судороги — у 2, головная боль, слабость, вялость, снижение аппетита, нарушение общего самочувствия — почти у всех больных.

Ангина в начальном периоде выявлена лишь у 8 из 45 больных стафилококковой инфекцией со скарлатиноподобным синдромом, у остальных она развивалась позже.

Одним из ведущих симптомов при скарлатине является сыпь, выступающая на 1—2-й день болезни в 96,9%. При стафилококковой инфекции со скарлатиноподобным синдромом сыпь (как правило, мелкоточечная, на гиперемизированной коже) развивалась также у всех больных: на 1—2-й день болезни она появилась у 8, на 3-й — у 5, на 4—5-й — у 22, на 6-й и позже — у 10. В 60% гиперемия кожи и сыпь имели цианотичный оттенок. У части больных гиперемия кожи и сыпь располагались гнездно. Кроме того, в единичных случаях встречалась пятнистая сыпь. Характерно также появление обильной miliarной сыпи, при этом ее элементы были крупными, с мутным, гнойным содержимым. Чаще они располагались на внутренней поверхности бедер, на коже шеи, плеча и нижних отделов живота. Почти у всех больных наблюдалось шелушение кожи, обильное, пластинчатое, наступавшее на ранних сроках, часто на фоне увядающей сыпи.

Обращало на себя внимание увеличение регионарных лимфатических узлов по месту внедрения инфекции или локализации гнойного очага, их плотность и болезненность при пальпации.

У 7 пациентов отмечено развитие симптомокомплекса скарлатины на фоне изменений в легких. Это были дети раннего возраста (до 2 лет). У 4 больных определялась стафилококковая деструкция легких (легочно-плевральная форма), развившаяся в разгар (5—6-й день) болезни. 2 из этих больных переведены в детское хирургическое отделение, 2 умерли в больнице, так как были доставлены на поздних сроках в нетранспортабельном состоянии.

У всех больных был довольно выраженный лейкоцитоз (до $23 \cdot 10^9$ в 1 л), СОЭ достигала 59 мм/ч, нейтрофилез — 80%, количество палочкоядерных составляло от 14 до 28%.

Диагноз стафилококковой инфекции со скарлатиноподобным синдромом у всех больных подтвержден бактериологически — путем выделения патогенного стафилококка из зева и гнойных очагов.

Сопоставительный анализ позволил нам выявить дифференциально-диагностические признаки стафилококковой инфекции со скарлатиноподобным синдромом и стрептококковой скарлатины, заключающиеся: 1) в отличии во входных воротах (наличие первичного гнойного очага или катара верхних дыхательных путей), 2) в характере и длительности интоксикации (интоксикация и лихорадка более выраженная, длительная, возможна волнообразность), 3) в некотором своеобразии клинических проявлений, их последовательности (позднее появление сыпи, нередко — багровый оттенок сыпи и гиперемии кожи; элементы miliarной сыпи крупные, с мутным, гнойным содержимым; редко в начальном периоде ангины, в разгар болезни часто явления фарингита, ринита, конъюнктивита, пневмонии с признаками деструкции легких; значительные изменения картины крови), 4) в положительном изменении бактериологических и серологических данных.