

Старець О.О., Котова Н.В.

Одеський національний медичний університет,  
м. Одеса, Україна

### Клінічні особливості стрептококового тонзилофарингіту у дітей раннього віку

**Актуальність.** *Streptococcus pyogenes* (β-гемолітичний стрептокок групи А) є найпоширенішою причиною бактеріального тонзилофарингіту в дітей. На нього припадає 15–30 % усіх випадків фарингіту в дітей 5–15 років [1]. Загальна поширеність цього захворювання серед дітей до 18 років, які звертались до поліклініки або відділення невідкладної допомоги з ангіною, становила 37 %, а серед дітей до 5 років — 24 % [2]. При встановленні тонзилофарингіту в дітей найважливішим питанням є визначення ризику його стрептококової етіології, тому що це зумовлює високу ймовірність ускладнень та вимагає негайного призначення відповідної антибактеріальної терапії, зазвичай більш тривалої, ніж при інших бактеріальних збудниках. Для визначення ймовірності стрептококового тонзилофарингіту найчастіше використовують шкалу Сентора, проте її прогностична цінність значно нижча, ніж швидкі тести на антигени стрептококу. Тому ці тести рекомендуються всім пацієнтам з високим ризиком (3 або більше критеріїв шкали Сентора) стрептококо-

вого тонзилофарингіту: 1) температура тіла > 38,0 °С; 2) відсутність кашлю; 3) збільшення і болючість шийних лімфатичних вузлів; 4) набряк мигдаликів і наявність ексудату. Стафілококовий тонзилофарингіт частіше зустрічається у дітей шкільного віку, але може виникати й у дітей раннього віку, у яких, за даними літератури, є відмінності клінічних проявів захворювання, що стає причиною відмови від етіологічної діагностики та неадекватної терапії [3].

**Мета дослідження:** визначити клінічні відмінності ознак стрептококового тонзилофарингіту у дітей раннього віку.

**Матеріали та методи.** У ретроспективне когортне дослідження включено 76 пацієнтів віком від 10 місяців до 16 років, які протягом 2018–2019 років звернулися до Педіатричної клініки Одеського національного медичного університету для надання стаціонарної допомоги з ознаками гострого тонзилофарингіту та мали позитивні результати швидкого тесту на антигени стрептококу групи А методом хроматографічного імунологічного аналізу зразків (мазок з горла). Для виявлення вікових відмінностей ознак стрептококового тонзилофарингіту всі випадки, включені в когортне дослідження, були розподілені на дві вікові групи: I група (n = 46) — діти віком ≤ 3 років; II група (n = 30) — діти віком від 3 років. За допомогою on-line калькулятора SISA проведена статистична оцінка частоти ознак і відношення шансів (ВШ) з розрахунком 95% довірчого інтервалу (95% ДІ).

Таблиця 1. Частота ознак стрептококового тонзиліту в дітей

Ознака	I група (n = 46), так/ні; % (95% ДІ)	II група (n = 30), так/ні; % (95% ДІ)	ВШ (95% ДІ)
Лихоманка < 38,0 °С	23/23; 50 (35,6–64,5)*	7/23; 23,3 (8,2–38,4)*	3,29* (1,18–9,15)
Лихоманка ≥ 38,0 °С	23/23; 50 (35,6–64,5)*	23/7; 76,7 (61,6–91,2)*	0,30 (0,11–0,85)
Сильний біль у горлі/утруднення ковтання	38/8; 82,6 (71,6–93,6)	27/3; 90,0 (79,3–100)	0,53 (0,13–2,17)
Закладеність носа/нежить	18/28; 39,1 (25,0–53,2)*	5/25; 16,7 (3,4–30,1)*	3,21* (1,04–9,93)
Біль у вухах	10/36; 21,7 (9,8–33,6)*	2/28; 6,7 (0–15,5)*	3,89 (0,79–19,2)
Кашель	7/39; 15,2 (4,8–25,6)	2/28; 6,7 (0–15,7)	2,51 (0,49–13,02)
Біль у животі	5/41; 10,9 (1,9–19,9)*	10/20; 33,3 (16,4–50,2)*	0,24 (0,07–0,81)
Блювання	16/30; 34,7 (20,9–48,5)	10/20; 33,3 (16,4–50,2)	1,07 (0,40–2,82)
Контакт із хворим	18/28; 39,1 (25,0–53,2)*	5/25; 16,7 (3,4–30,1)*	3,21* (1,04–9,93)
Скарлатиноподібний висип на шкірі	0; –	3/27; 10 (0–20,7)	–
Збільшені, болючі шийні лімфовузли	30/16; 65,3 (51,5–79,1)*	27/3; 90,0 (79,3–100)*	0,22 (0,06–0,79)
Наявність ексудату на мигдаликах	30/16; 65,3 (51,5–79,1)	22/8; 73,3 (57,5–89,1)	0,68 (0,25–1,88)
Піднебінні петехії	10/36; 21,7 (9,8–33,6)*	12/18; 40,0 (22,5–57,5)*	0,42 (0,14–1,15)

Примітка: \* — відмінності вірогідні.

**Результати та обговорення.** Статистичний аналіз частоти обраних для аналізу ознак (табл. 1) продемонстрував, що у дітей раннього віку порівняно з дітьми старше 3 років вірогідно частіше виявляються: замість гарячки вище 38,0 °С субфебрильне підвищення температури тіла (ВШ = 3,29); катаральні явища — закладеність носу або нежить (ВШ = 3,21); скарги на біль у вухах; контакт із хворим на стрептококову інфекцію (ВШ = 3,21). У них вірогідно рідше виявляються збільшені болючі передні шийні лімфатичні вузли і піднебінні петехії.

**Висновки.** Таким чином, клінічні прояви стрептококового тонзиліту у дітей раннього віку мають певні клінічні відмінності, що знижують прогностичну цінність оцінки за шкалою Сентора, можуть стати причиною несвоєчасної діагностики етіологічної причини захворювання і, як наслідок, неадекватного лікування дитини. При виявленні основного прояву тонзилофарингіту (набряклі гіперемовані мигдалики з ексудатом або без ексудату) іншими ознаками, що слід враховувати для призначення швидкого тесту на антигени стрептококу, можуть бути контакт із хворим на стрептококову інфекцію та субфебрильне підвищення температури тіла замість лихоманки вище 38 °С. У дітей раннього віку необхідно ретельно досліджувати передні шийні лімфатичні вузли, проте відсутність їх збільшення та болючості, як і наявні катаральні явища у вигляді закладеності носа або нежитю, не виключають стрептококову етіологію захворювання.

## Список літератури

1. Centor R.M. Expand the pharyngitis paradigm for adolescents and young adults. *Ann. Intern. Med.* 2009. 151. 812.
2. Wald E.R., Green M.D., Schwartz B., Barbadora K. A streptococcal score card revisited. *Pediatr. Emerg. Care.* 1998. 14. 109.
3. Woods W.A., Carter C.T., Schlager T.A. Detection of group A streptococci in children under 3 years of age with pharyngitis. *Pediatr. Emerg. Care.* 1999. 15. 338.

Трихліб В.І.<sup>1</sup>, Лисенко Т.І.<sup>1</sup>, Єрошенко А.О.<sup>1</sup>,  
Мартинчик О.С.<sup>1</sup>, Беляєва К.П.<sup>1</sup>,  
Цюрак Н.Р.<sup>1</sup>, Шевельова Т.І.<sup>2</sup>, Попова С.С.<sup>2</sup>,  
Самойлова С.М.<sup>2</sup>, Чайка С.М.<sup>2</sup>,  
Голубенко О.С.<sup>2</sup>, Мороз А.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Українська військово-медична академія,  
м. Київ, Україна

<sup>2</sup> Центральний госпіталь МВС, м. Київ, Україна

<sup>3</sup> Центральна поліклініка МВС, м. Київ, Україна

## Лабораторні показники у тяжкохворих і померлих від нової коронавірусної інфекції

**Актуальність.** Відомо, що нова коронавірусна хвороба COVID-19 може мати безсимптомний, легкий та середньотяжкий перебіг, а у деяких хворих може розвинути тяжка та вкрай тяжка форма COVID-19, за яких може виникнути пневмонія, гострий респіраторний дистрес-синдром, септичний шок із розвитком леталь-

ного наслідку. На даний час є багато публікацій стосовно клініко-лабораторних проявів різних форм коронавірусної хвороби COVID-19, але не завжди зрозуміло, на якій стадії хвороби вони були проведені.

Тому **метою** нашого дослідження було встановити динаміку змін у лабораторних показниках крові у COVID-19-позитивних хворих із тяжким перебігом, які одужали та померли.

**Матеріали та методи.** Проведений аналіз даних медичних карт стаціонарного хворого осіб, які лікувались у відділенні реанімації та інтенсивної терапії з приводу нової коронавірусної хвороби COVID-19 у Центральному госпіталі МВС та НВМКЦ «ГВКГ». Статистична обробка матеріалів дослідження проводилася за допомогою персонального комп'ютера з використанням програми Statistica.

**Результати та обговорення.** Приводимо результати попередніх досліджень. У перші 3 дні після госпіталізації у хворих, які одужали, дещо частіше реєструвались лейкоцитоз та лейкопенія, нормальна та збільшена кількість лімфоцитів, частіше виявляються хворі із збільшеною кількістю паличкоядерних нейтрофілів, а у хворих, які в наступному померли, частіше реєструвались нормоцитоз, гранулоцитоз, лімфопенія, тромбоцитопенія, підвищена ШОЕ. Важливе значення при прогнозуванні має оцінка лабораторних показників у динаміці: у хворих, які одужали, на 4–6-ту добу спостерігалось менш виражене зростання лейкоцитів і в подальшому, навпаки, їх зниження; на 4–6-ту добу перебування у стаціонарі спостерігалось зниження кількості лімфоцитів з наступним їх зростанням; високі показники креатинфосфокінази (КФК) на початку госпіталізації з 7–9-ї доби значно зменшились до референтних значень; з часом перебування у стаціонарі спостерігалось зменшення показників лактатдегідрогенази (ЛДГ); середні значення протромбінового індексу (ПТІ) мало тенденцію до зниження з часом перебування, але в межах норми. У хворих, які померли, вже з 4–6-ї доби спостерігається зростання кількості лейкоцитів, зменшення рівня лімфоцитів, частіше реєструвалась тромбоцитопенія, яка зберігалась з часом, та її значне зменшення, особливо після 9-ї доби; у всі періоди спостереження були вищі показники ШОЕ (медіана близько 30–40 мм/год); із 7-ї доби спостерігаються значні коливання максимальних показників КФК із суттєвим їх збільшенням; вже на початку госпіталізації ці хворі мали вищі показники ЛДГ порівняно з першою групою та переважали протягом усіх періодів спостереження зі значними коливаннями максимальних значень; у цих хворих по періодам спостереження були незначні коливання показників ПТІ, які найчастіше реєструвались у близько 80 % з подальшим збільшенням після 9-ї доби, але в межах норми, також на початку госпіталізації спостерігались і значні коливання мінімальних значень ПТІ до дуже низьких показників.

**Висновки.** Лікарям при прогнозуванні перебігу хвороби, корекції лікування слід враховувати динаміку лабораторних показників, яка має свої особливості у тих, хто одужав, і у тих, хто помер.