

УДК 616.917-053.2

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/119/18>

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКСТРАБУККАЛЬНОЙ ФОРМЫ СКАРЛАТИНЫ У РЕБЕНКА

©Халупко Е. А., SPIN-код: 8844-1109, канд. мед. наук, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, cordis06@mail.ru

©Чечетова С. В., SPIN-код: 6539-9133, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, chechetova.svetl@mail.ru

©Джолбунова З. К., SPIN-код: 8749-9638, д-р мед. наук, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, zura.djolbunova@mail.ru

CLINICAL CASE OF EXTRABUCCAL FORM OF SCARLET FEVER IN A CHILD

©Khalupko E., SPIN code: 8844-1109, Ph.D., Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan, cordis06@mail.ru

©Chechetova S., SPIN code: 6539-9133, Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan, chechetova.svetl@mail.ru

©Dzholbunova Z., SPIN code: 8749-9638, Dr. habil., Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan, zura.djolbunova@mail.ru

Аннотация. Представлен клинический случай экстрабуккальной формы скарлатины у ребёнка 10 месяцев с сопутствующим термическим ожогом II степени обеих кистей. Заболевание характеризовалось тяжёлым течением с выраженной интоксикацией организма на фоне ожоговых повреждений кожи, что значительно осложняло клиническую картину. Ребёнок поступил в инфекционный стационар с высокой лихорадкой (до 40°C), беспокойством, обильными кожными высыпаниями, кашлем и отёками нижних конечностей. В анамнезе — термический ожог кипячёной водой обеих кистей за 4 дня до госпитализации, что потребовало первичной госпитализации в ожоговое отделение. На фоне ухудшения состояния и появления характерной сыпи ребёнок был переведён в инфекционный стационар и госпитализирован в отделение реанимации. Клинический осмотр выявил типичную мелкоточечную сыпь, сгущающуюся в естественных складках кожи и по периферии ожоговых ран, белый дермографизм, покраснение, отёчность и болезненность поражённых участков, что указывало на присоединение вторичной бактериальной инфекции. Слизистая ротоглотки была без выраженных воспалительных изменений, язык покрыт белым налётом. Лабораторные данные показали выраженный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, значительное повышение С-реактивного белка, снижение общего белка и альбумина в крови, отражающие активный воспалительный процесс, тяжёлую интоксикацию и нарушение белкового обмена. Инструментальные исследования выявили гепатомегалию, асцит, что свидетельствовало о системном воспалительном процессе. Терапия включала комбинированное применение ампициллина и амикацина, инфузионно-дезинтоксикационную терапию, коррекцию белкового обмена, а также противовоспалительную терапию. На фоне комплексного лечения состояние ребёнка значительно улучшилось: снизилась интоксикация, уменьшились кожные проявления, появился характерный «малиновый» язык. Данный клинический случай подчёркивает важность своевременной диагностики и комплексного подхода к лечению экстрабуккальной формы скарлатины у детей с ожоговыми травмами. Раннее выявление и адекватная терапия позволяют снизить риск тяжёлых осложнений, улучшить клинический прогноз и качество жизни пациентов.

Abstract. A clinical case of extrabuccal scarlet fever in a 10-month-old child with concomitant second-degree thermal burns of both hands is presented. The disease was characterized by a severe course with pronounced intoxication of the body due to burn damage to the skin, which significantly complicated the clinical picture. The child was admitted to the infectious diseases hospital with a high fever (up to 40°C), restlessness, profuse skin rashes, cough, and swelling of the lower extremities. The patient's medical history included a thermal burn of both hands with boiled water 4 days prior to hospitalization. Due to deteriorating condition, the child was transferred to the infectious diseases hospital. Laboratory data revealed pronounced leukocytosis with a neutrophilic shift, a significant increase in C-reactive protein, and decreased total protein and albumin in the blood, reflecting an active inflammatory process, severe intoxication, and impaired protein metabolism. Instrumental examinations revealed hepatomegaly and ascites, indicating a systemic inflammatory process. Treatment included a combination of ampicillin and amikacin, infusion and detoxification therapy, protein metabolism correction, and anti-inflammatory therapy. With this comprehensive treatment, the child's condition improved. Early detection and appropriate treatment can reduce the risk of severe complications, improve the clinical prognosis, and improve patients' quality of life.

Ключевые слова: экстрабуккальная скарлатина, дети, клиника, лечение.

Keywords: extrabuccal scarlet fever, children, clinical presentation, treatment.

Скарлатина — острое инфекционное заболевание, вызываемое бета-гемолитическим стрептококком группы А, характеризующееся высокой температурой, типичной сыпью и поражением слизистой оболочки ротоглотки [1, 2].

В редких случаях развивается экстрабуккальная форма скарлатины, при которой высыпания и воспалительные изменения локализуются вне полости рта, что затрудняет диагностику и требует особого внимания [3, 4].

Сочетание скарлатины с ожоговыми поражениями кожи значительно повышает риск присоединения вторичной бактериальной инфекции, ухудшения общего состояния пациента и развития осложнений [5, 6].

В таких ситуациях показан комплексный подход к лечению, включающий этиотропную терапию, дезинтоксикацию и коррекцию обменных нарушений [7].

Целью данной статьи является представление клинического случая экстрабуккальной формы скарлатины у ребёнка с ожогом II степени обеих кистей, а также анализ особенностей клинической картины, диагностики и терапии.

Материал и методы исследования

Приводим клинический случай наблюдения за ребенком 10 месяцев, поступившим в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) г. Бишкек в июне 2025 года с клиническим диагнозом «Скарлатина, экстрабуккальная форма, острый период, тяжелое течение. Термический ожог 2 степени обеих кистей».

Проведен анализ клинико-лабораторных данных истории болезни пациента. Получено согласие от родителей ребенка на публикацию материала, касающегося данного случая, с сохранением анонимности.

Описание клинического случая. Ребенок переведен в инфекционный стационар из ожогового с жалобами на повышение температуры тела до 39-40°C, беспокойство, обильные высыпания на коже, кашель, отеки на ногах.

Анамнез заболевания. Со слов мамы 4 дня назад ребенок получил ожог обеих кистей кипяченой водой, в связи с чем был госпитализирован в ожоговое отделение 4 городской больницы города Бишкек. На 4 день состояние ребенка ухудшилось: ребенок стал беспокойным, температура тела поднялась до 40°C и появились высыпания на коже. Ребенок был осмотрен врачом инфекционистом и для дальнейшего лечения переведен в инфекционный стационар. По тяжести состояния был госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Анамнез жизни. Ребенок от 1 беременности и 1 родов. Беременность протекала гладко. Родился путем естественных родов в сроке 39 недель. Вес при рождении 2800 грамм, рост 48 см. Ребенок не привит. Из перенесенных заболеваний — ОРВИ.

Эпидемиологический анамнез: контакт с мамой, у которой была ангина.

Общее состояние ребенка при поступлении тяжелое, за счет симптомов интоксикации (температура тела 40°C , отсутствие аппетита, беспокойство). На гиперемизированном фоне кожи наблюдалась мелкоточечная сыпь, которая сгущалась в местах естественных складок, а также по периферии ожоговых ран в области обеих кистей. Сыпь отсутствовала в области носогубного треугольника. Кожа на ощупь сухая. Выявлен белый дермографизм, который при скарлатине отражает нарушение сосудистой реактивности, обусловленное токсинами стрептококка и иммунными реакциями организма. В области ожоговых поражений отмечалось покраснение, отечность и болезненность, свидетельствующие о присоединении вторичной бактериальной инфекции, в данном случае стрептококковой. У ребёнка наблюдались отёки на ногах, которые могут свидетельствовать о нарушении водно-солевого баланса или наличии воспалительного процесса. При осмотре ротовой полости слизистая оболочка влажная, гладкая, бледно-розового цвета, без признаков воспаления или раздражения. Не выявлено эрозий, язв, гнойных образований или других патологических изменений. Язык обложен белым налетом. При аускультации легких выслушивается жесткое дыхание. Сердечные тоны приглушены, тахикардия. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпировалась. Стул оформлен. Мочеиспускание не нарушено.

Выставлен клинический диагноз: скарлатина, экстрабуллезная форма, острый период, тяжелое течение. Термический ожог 2 степени обеих кистей.

Данные лабораторных исследований:

ОАК от 16.06.2025: Гемоглобин 106 г/л, Эритроциты $3,7 \times 10^{12}/\text{л}$, Цветной показатель: 0,85, тромбоциты $111 \times 10^9/\text{л}$, Лейкоциты $31,3 \times 10^9/\text{л}$,

Пал. Ядер: 13%, Сег. Ядер: 59%, Лимфоциты 17%, Моноциты 9%, эозинофилы 2%, СОЭ: 15 мм/ч.

«С» реактивный белок (СРБ) от 16.06.2025 — 96 (менее 5 мг/л) мг/л;

Биохимический анализ крови 16.06.2025: Общий белок в крови 50 (65-85) г/л, Альбумин: 32 (50-60) г/л, мочевины в крови — 3,0 (3,5-9), остаточный азот — 9,0 (14,6-29,3) мкмоль/л, креатинин 50 (60-130) мкмоль/л, общий билирубин — 3,0 (8,17-20,52), глюкоза — 4,0 (3,5-6,1) ммоль/л.

Лабораторные данные продемонстрировали выраженный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, что свидетельствует о наличии активного воспалительного процесса и бактериальной инфекции в организме. Повышение уровня С-реактивного белка (СРБ) подтверждало выраженную системную воспалительную реакцию и активную фазу заболевания. Снижение общего белка и альбумина в крови указывало на нарушения

белкового обмена, вероятно, обусловленные воспалительным процессом, интоксикацией и возможной потерей белка через повреждённую кожу при ожогах.

Заключение инструментальных исследований: УЗИ внутренних органов от 16.06.2025г.: гепатомегалия, асцит. патологических изменений. УЗИ головного мозга от 16.06.2025г.: внутричерепная гипертензия

Инструментальные исследования выявили гепатомегалию и асцит, что может свидетельствовать о вовлечении печени в патологический процесс, нарушении её функции и развитии воспалительной или токсической реакции.

В совокупности данные лабораторных и инструментальных исследований отражали тяжесть состояния ребёнка, наличие системной воспалительной реакции и полиорганного поражения, что обосновывало необходимость интенсивной терапии и комплексного подхода к лечению.

За время пребывания в РКИБ ребенок получил комбинированную антибактериальную терапию Ампициллин+Амикацин в течение 10 дней, инфузионную дезинтоксикационную терапию с умеренной дегидратацией (раствор Рингера+ фуросемид), проведена коррекция нарушений белкового обмена (введение Альбумина), противовоспалительную с использованием

Дексаметазона по схеме, а также симптоматическую терапию.

На фоне проводимого лечения состояние ребенка значительно улучшилось, интоксикации нет, на коже появилось крупнопластинчатое шелушение, язык стал «малиновым». Для дальнейшего лечения ребенок был переведен в ожоговое отделение 4 городской больницы города Бишкек.

Заключение

В представленном клиническом случае показано течение экстрабуккальной формы скарлатины у ребёнка с сопутствующим термическим ожогом II степени обеих кистей. Тяжёлое состояние пациента обусловлено выраженной интоксикацией, распространённой кожной симптоматикой и развитием вторичной стрептококковой инфекции на фоне ожоговых повреждений.

Диагностика основывалась на характерных клинических проявлениях, лабораторных показателях, свидетельствующих о воспалительном процессе, и инструментальных данных, выявивших гепатомегалию и внутричерепную гипертензию.

Комплексная терапия, включающая комбинированное применение ампициллина и амикацина, инфузионно-дезинтоксикационную терапию, коррекцию белкового обмена и противовоспалительные средства, позволила стабилизировать состояние ребёнка, добиться регрессии симптомов интоксикации и улучшения кожных проявлений.

Данный клинический случай подчёркивает важность раннего выявления и адекватного комплексного лечения экстрабуккальной формы скарлатины у детей с ожоговыми травмами для предупреждения тяжёлых осложнений и улучшения прогноза.

Список литературы:

1. Глушкова Е. В., Бражников А. Ю., Краснова С. В., Глазовская Л. С., Савкина А. А., Никитин Н. В., Брико Н. И. Клинико-эпидемиологическая характеристика скарлатины в России // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2023. Т. 22. №3. С. 14-25. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2023-22-3-14-25>
2. Каминская А. С., Романова А. С., Хаманова Ю. Б. Скарлатина. клинические примеры тяжелой формы // Вестник науки. 2025. Т. 2. №4 (85). С. 971-985.

3. Pardo S., Perera T. B. Scarlet fever // StatPearls. StatPearls Publishing, 2025.
4. Кадырова Р. М. Детские инфекционные болезни. Бишкек: КГМА, 2020. 312 с.
5. Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Инфекционные болезни у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 920 с.
6. Guo M., Hou X., Shi W., Huang Q., Gao W., Dong L., Yao K. Low GAS Carriage in School-Aged Children in Western China during the National Atypical Scarlet Fever Resurgence: Insights from Two Cross-Sectional Studies // Journal of Global Antimicrobial Resistance. 2025. <https://doi.org/10.1016/j.jgar.2025.04.012>
7. Esposito S., Masetti M., Calanca C., Canducci N., Rasmi S., Fradusco A., Principi N. Recent changes in the epidemiology of group A Streptococcus infections: Observations and implications // Microorganisms. 2025. V. 13. №8. P. 1871. <https://doi.org/10.3390/microorganisms13081871>

References:

1. Glushkova, E. V., Brazhnikov, A. Yu., Krasnova, S. V., Glazovskaya, L. S., Savkina, A. A., Nikitin, N. V., ... & Briko, N. I. (2023). *Kliniko-epidemiologicheskaya kharakteristika skarlatiny v Rossii. Epidemiologiya i vaksinoprofilaktika*, 22(3), 14-25. (in Russian). <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2023-22-3-14-25>
2. Kaminskaya, A. S., Romanova, A. S., & Khamanova, Yu. B. (2025). Skarlatina. klinicheskie primery tyazheloi formy. *Vestnik nauki*, 2(4 (85)), 971-985. (in Russian).
3. Pardo, S., & Perera, T. B. (2025). Scarlet fever. In *StatPearls. StatPearls Publishing*.
4. Kadyrova, R. M. (2020). Detskie infektsionnye bolezni. Bishkek. (in Russian).
5. Uchaikin, V. F., & Shamsheva, O. V. (2022). Infektsionnye bolezni u detei. Moscow. (in Russian).
6. Guo, M., Hou, X., Shi, W., Huang, Q., Gao, W., Dong, L., ... & Yao, K. (2025). Low GAS Carriage in School-Aged Children in Western China during the National Atypical Scarlet Fever Resurgence: Insights from Two Cross-Sectional Studies. *Journal of Global Antimicrobial Resistance*. <https://doi.org/10.1016/j.jgar.2025.04.012>
7. Esposito, S., Masetti, M., Calanca, C., Canducci, N., Rasmi, S., Fradusco, A., & Principi, N. (2025). Recent changes in the epidemiology of group A Streptococcus infections: Observations and implications. *Microorganisms*, 13(8), 1871. <https://doi.org/10.3390/microorganisms13081871>

Поступила в редакцию
02.09.2025 г.

Принята к публикации
12.09.2025 г.

Ссылка для цитирования:

Халупко Е. А., Чечетова С. В., Джолбунова З. К. Клинический случай экстрабуккальной формы скарлатины у ребенка // Бюллетень науки и практики. 2025. Т. 11. №10. С. 138-142. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/119/18>

Cite as (APA):

Khalupko, E., Chechetova, S., & Dzholbunova, Z. (2025). Clinical Case of Extrabuccal Form of Scarlet Fever in a Child. *Bulletin of Science and Practice*, 11(10), 138-142. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/119/18>