

вании кала представители УПМ диагностического значения не имели. Ротавирусная инфекция была диагностирована в 14,6% случаев.

Выводы: в структуре госпитализированных с диагнозом: «Острая кишечная инфекция» у 47,9% детей клинико-anamnestические данные позволили выявить гастроинтестинальную форму аллергии, что требует дифференцированного подхода к лечению этих пациентов. Диагностически-значимыми проявлениями, позволяющими отличить аллергический от инфекционного колитического синдрома, являются: отсутствие лихорадки, постепенное начало и длительное течение, наличие эозинофилии в анализе крови. При инфекционном энтероколите начало острое, чаще появляется температурная реакция, учащаются срыгивания, течение заболевания непродолжительное, нормализация стула на фоне антибактериальной терапии.

Литература

1. Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов / Под ред. проф. В.Н. Тимченко. 4-е изд., испр. и доп. СПб.: СпецЛит, 2012. 623 с.
2. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. 1. 1024 с. (Серия «Национальные руководства»).

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ АГРАНУЛОЦИТОЗА У РЕБЕНКА 1 ГОДА 7 МЕСЯЦЕВ НА ФОНЕ МИКСТИНФЕКЦИИ

Тришина А.Г., Попова И.А., Шакмаева М.А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Каплина Т.А.

Кафедра инфекционных заболеваний у детей им. проф. М.Г. Данилевича

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: герпес вирусные инфекции достаточно разнообразны. По частоте встречаемости они не уступают ОРВИ. Восприимчивость высокая, заражение чаще происходит в раннем возрасте, в первые 3–5 лет [1, 2, 3].

Цель исследования: оценить особенности течения внезапной экзантемы у ребенка 1 года 7 месяцев на фоне ОРВИ.

Материалы и методы: клинико-лабораторный анализ стационарной истории болезни ребенка 1 года 7 месяцев жизни, госпитализированного в ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова в сентябре 2018 года.

Результаты: ребенок поступил в ДГКБ № 5 на 9-й день болезни с диагнозом — ОРВИ, (ринофарингит), Инфекционный мононуклеоз? Аллергическая сыпь? Аллергический анамнез не отягощен. Из семейного контакта с братом больным ОРВИ. Заболел 07.09. — отмечались явления острого ринита, на 3 день появился кашель, на 6-й — мелкопапулезная яркая сыпь на коже лица, живота, спины, с последующим распространением по всему телу. С 12.09. по 14.09. лихорадил до 38,60 С. При поступлении состояние средней степени тяжести, не лихорадит. На коже лица, спины, живота, конечностей — элементы мелкопапулезной сыпи. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка — 1,5 см. В гемограмме: лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз. Абсолютное число гранулоцитов составило $0,15 \times 10^9/\text{л}$; ЛДГ — 773 ед/л. В крови методом ПЦР обнаружены ДНК HHV-6 типа (+). УЗИ органов брюшной полости — гепатоспленомегалия.

Выводы: у ребенка раннего возраста с микстинфекцией (ОРВИ с герпес вирусом 6 типа) типичное течение инфекции сопровождалось агранулоцитозом, гепатоспленомегалией.

Литература

1. Таточенко В.К., Озерецковский И.Н. Иммунопрофилактика. 2018.
2. Таточенко В.К., Федоров А.М., Бакрадзе М.Д. с соавт., Синдром периодической лихорадки, афтозного стоматита, фарингита и шейного лимфаденита (PFAPA). *Вопр. Совр. педиатрии* 2004; № 3. С. 22–25.
3. Государственный доклад «О состоянии санитарно — эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2017 году».