© Дашо М. Б., Хомин О. Я., Тендеряк Р. І., 2026
УДК 616.98:579.862.1-053.2
DOI 10.11603/1681-2727.2026.1.16169

М. Б. Дашо[1], О. Я. Хомин[2], Р. І. Тандиряк[3]

СТРЕПТОКОКОВА (*S. PYOGENES* + *S. PNEUMONIAE*) ІНФЕКЦІЯ У ДИТИНИ 12 РОКІВ

[1]Львівський фаховий медичний коледж післядипломної освіти, [2]Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, [3]Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня

Представлено клінічний випадок скарлатини середньотяжкого ступеня у 12-річного хлопчика з виявленням Streptococcus pneumoniae у мазку із ротоглотки. Захворювання розвилося після контакту з хворим на скарлатину та проявлялося типовими клінічними симптомами: гарячкою, тонзилітом, дрібноточковим екзантемним висипом із симптомом Пастіа, «малиновим» язиком і пластинчатим лущенням шкіри в період реконвалесценції. Лабораторні дослідження виявили лейкоцитоз зі значним нейтрофільозом, підвищення швидкості осідання еритроцитів та рівня антистрептолізину-О, що підтверджувало стрептококову етіологію захворювання. Виявлення пневмокока у мазку з ротоглотки розцінюється як можливий прояв супутньої бактерійної інфекції або транзиторного носійства на тлі вже розпочатої антибіотикотерапії. Етіотропне та симптоматичне лікування забезпечило сприятливий перебіг хвороби без розвитку ускладнень. Автори наголошують на необхідності диференційної оцінки результатів бактеріологічних досліджень, динамічного лабораторного моніторингу та кардіологічного контролю у період реконвалесценції з метою профілактики пізніх імунних ускладнень.

Ключові слова: *скарлатина, стрептококова інфекція, пневмокок, стрептокок групи А, мікст-інфекція, екзантема, отит, тонзиліт.*

Скарлатина – гостре інфекційне захворювання, спричинене β-гемолітичним стрептококом групи А (*Streptococcus pyogenes*). Характеризується токсико-інфекційним синдромом, тонзилітом і типовим висипом. Частіше уражає дітей віком 5–15 років [1, 2]. Передається за допомогою повітряно-крапельного механізму, а також через предмети побуту. Особливість стрептококової інфекції – можливість розвитку пізніх імунних ускладнень: ревматизму, гломерулонефриту, артритів [3]. Діагноз ґрунтується на клінічній картині, підтверджується лабораторно – загальним аналізом крові, серологічними маркерами (АСЛО), бактеріологічним дослідженням мазка із задньої стінки глотки [3].

Пневмококова інфекція – група інфекційних хвороб (кон'юнктивіт, середній отит, синусити, загострення хронічного бронхіту, пневмонія, що може ускладнитися гнійним перикардитом), які спричинює *Streptococcus pneumoniae*, також відомий під назвою пневмокок. Збудник є причиною таких серйозних захворювань, як менінгіт, сепсис і пневмонія. Групами ризику щодо пневмококової інфекції є крайні вікові групи, тобто маленькі діти і люди літнього і похилого віку; хворі на ВІЛ-інфекцію, злоякісні новоутворення, цукровий діабет та інші хвороби, які спричинюють імунодефіцит [5, 6].

Наводимо наше клінічне спостереження.

За медичною допомогою в клініку звернулася мати з хворим хлопчиком 12 років. З анамнезу життя відомо, що він ріс і розвивався нормально. Щеплений згідно з календарем. Алергологічний анамнез не обтяжений. З епідеміологічного анамнезу відомо, що за декілька днів перед недугою був у контакті з хворим на скарлатину. При ушпиталенні пацієнт скаржився на загальну слабкість, підвищення температури тіла, свербіж та висип на шкірі. З анамнезу хвороби відомо, що хвороба розпочалася за 11 днів до ушпиталення, коли підвищилася температура тіла до 39,5 ºС, з'явився біль у горлі, який поступово посилювався, були блювання та рясні гнійні виділення з носа. Далі приєднався біль у вусі. З другого дня хвороби приймав цетрилев у таблетках, полоскав горло перекисом водню, розведеним на воді, декатилен під язик, полідекс у краплях, аміксин у таблетках. На 3-й день від початку захворювання з'явився дрібноточковий висип червоного кольору на гіперемованій шкірі обличчя, тулуба, рук і стегон, в пахвинних і пахових ділянках. У природніх складках висип був згущений, з геморагічним компонентом (симптом Пастіа), позитивний симптом «щипка» [1, 3]. Звернувся за допомогою до сімейного та ЛОР-лікарів. Призначені цефалоспорин, жарознижувальні препарати та пробіотики. На фоні лікування впродовж тижня поступово знизилася температура тіла до субфебрильного рівня, зменшився біль у горлі й вусі. 2–3 дні все ще посилювалася екзантема. Далі утримувалася

загальна слабкість. З'явилися свербіж шкіри та пластинчате лущення (типовий симптом рековалесценції при скарлатині [2, 3] – фото 1). У такому стані пацієнт звернувся у нашу лікарню. При об'єктивному огляді у нього виявлені збільшені до 1–1,5 см не болючі, не спаяні між собою і з навколишніми тканинами підщелепні та шийні лімфатичні вузли, яскрава гіперемія слизової оболонки ротової порожнини, сухий малиновий язик на етапі очищення від білого нальоту, збільшені, пухкі, без нальотів піднебінні мигдалики.

Фото 1. Пластинчасте лущення шкіри шиї, тулуба та кисті хворого на скарлатину хлопчика 12 років у період реконвалесценції.

Результати лабораторних обстежень (табл. 1): лейкоцитоз, нейтрофільоз (84 %), АСЛО – 400 МО/мл, СРП – 4 мг/л – характерні для скарлатини [4, 8]. Інші обстеження (рентгенографія органів грудної порожнини, УЗД органів черевної порожнини та серця) – без патологій. Попередній діагноз: Скарлатина.

Таблиця 1

Основні лабораторні показники пацієнта

Показник	*Результат*	*Вікова норма*	*Інтерпретація показників*
Лейкоцити, ×10⁹/л	*16,8*	*4,5–13,0*	*Лейкоцитоз, ознака бактерійної інфекції*
Нейтрофіли, %	*84*	*40–60*	*Нейтрофільоз*
ШОЕ, мм/год	*21*	*до 10*	*Прискорена, неспецифічна ознака запалення*
АСЛО, МО/мл	*400*	*до 200*	*Перевищення – маркер перенесеної стрептококової інфекції*
С-реактивний білок (СРП), мг/л	*4*	*<5*	*Помірне підвищення*
Ревматоїдний фактор, МО/мл	*4*	*<14*	*У межах норми*
Загальний аналіз сечі	*без змін*	*–*	*Без патології*
Бактеріологічне дослідження мазка із задньої стінки глотки	*S. pneumoniae*	*–*	*Виявлений пневмокок, можлива супутня інфекція*

Пацієнту призначили лікування амоксилом, симптоматичну та патогенетичну терапію. Надалі отримано результат бактеріологічного дослідження мазка із ротоглотки, в якому виявлено Streptococcus pneumoniae. В результаті лікування стан пацієнта покращився. Нормалізувалися результати загального аналізу крові. Залишалися в нормі результати біохімічних досліджень і сечі. Повторне ультразвукове дослідження серця та електрокардіограма не виявили жодних патологічних відхилень. Пацієнт без ускладнень одужав. Остаточний діагноз – скарлатина, середньотяжка форма. Нормалізація температури, поступове зникнення висипу, стабілізація аналізів настали впродовж кількох днів. Пацієнт виписаний у задовільному стані з рекомендацією моніторингу через 1 міс. з контролем АСЛО, загального аналізу сечі та серця (ЕКГ, при потребі ЕхоКГ) [3].

Епідеміолочний і клінічний анамнези хвороби, основна клінічна картина (тонзиліт, екзантема, симптом Пастіа, лущення шкіри) та результати лабораторних досліджень послужили підставою для остаточного діагнозу і вказують саме на β-гемолітичний стрептокок групи А (Streptococcus pyogenes), як етіологічний чинник. Відкритим залишилося питання участі пневмокока в розвитку хвороби.

У деяких хворих скарлатина може перебігати на фоні змішаної бактерійної інфекції, коли *S. pyogenes* спричинює скарлатину, а *S. pneumoniae* може спричиняти супутній риносинусит або отит, що якраз спостерігалося у нашого пацієнта (гнійні виділення з носа, біль у вусі). Тобто наявність пневмокока патогенетично обґрунтована і могла відігравати роль у розвитку вторинного бактерійного отиту чи риносинуситу [5, 6, 9]. Однак відомо, що 60–70 % здорових дітей шкільного віку можуть бути безсимптомними носіями пневмокока у носоглотці [7]. Тому присутність *S. pneumoniae* у мазку не обов'язково означає, що саме він спричинив хворобу а, ймовірно, може відображати супутню транзиторну колонізацію ротоглотки флорою на момент забору. Оскільки до моменту взяття мазка пацієнт вже отримував антибіотикотерапію, стрептокок А був пригнічений і тому вдалося виділити лише збудника, резистентного до використовуваних антибіотиків.

Сухе, пластинчате лущення шкіри обличчя, тулуба і кінцівок є типовим симптомом постскарлатинозного лущення, що з'являється на 6–12-й день від початку захворювання. Цей клінічний прояв має високу ретроспективну діагностичну цінність і є підтвердженням перенесеної стрептококової інфекції, як і зміни на язику хворого. Стан дитини вже стабілізований, що узгоджується з клінічним описом у період реконвалесценції.

У зв'язку з можливістю розвитку пізніх імунних ускладнень скарлатини треба пам'ятати про необхідність визначення АСЛО, дослідження загального аналізу крові та сечі, а також ЕКГ через 3 тижні від початку захворювання [7].

Висновки

1. Скарлатина у дітей може мати поліморфні клінічні прояви у випадку супутньої бактерійної флори.

2. Виявлення пневмокока не суперечить діагнозу скарлатини, може свідчити про мікст-інфекцію або бути результатом носійства.

3. Лабораторний моніторинг (АСЛО, клінічні аналізи, ЕКГ) має бути обов'язковим у динаміці захворювання та періоду реконвалесценції.

4. Раннє звернення до лікаря та призначення етіотропної терапії запобігають ускладненням.

5. Визначення АСЛО допомагає моніторити імунну відповідь і передбачити ризик ускладнень (ревматизм, нефрит).

Література

1. Беш, Л. В., Бельдій, В. І., & Дедишин, Л. П. (2023). *Педіатрія з курсом інфекційних хвороб*. ВСВ «Медицина».

2. Крамарьов, С. О., & Надрага, О. Б. (2023). *Інфекційні хвороби у дітей*. ВСВ «Медицина».

3. Міністерство охорони здоров'я України. (2021). Про затвердження протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей (Наказ № 354 від 09.07.2021; Протокол № 18 «Діагностика і лікування скарлатини у дітей»). МОЗ України.

4. Голубовська, О. А. (2022). *Інфекційні хвороби*. ВСВ «Медицина».

5. Козько, В. М. (2018). *Клінічне медсестринство в інфекційних хворобах*. ВСВ «Медицина».

6. Бельдій, В. І. (2022). *Клінічне медсестринство в інфектології*. ВСВ «Медицина».

7. Возіанова, Ж. І. (2017). *Інфекційні та паразитарні хвороби* (Т. 1–2). Здоров'я.

8. Андрейчин, М. А., & Івахів, О. Л. (2011). *Медсестринство при інфекційних хворобах*. ТДМУ.

STREPTOCOCCAL (S. PYOGENES + S. PNEUMONIAE) INFECTION IN A 12-YEAR-OLD CHILD

M. B. Dasho, O. Ya. Khomyn, R. I. Tandyryak

[1]Lviv Professional Medical College of Postgraduate Education, [2]Danylo Halytsky Lviv National Medical University, [3]Lviv Regional Infectious Clinical Hospital

SUMMARY. This article presents a clinical case of moderate scarlet fever in a 12-year-old boy with the detection of Streptococcus pneumoniae in a throat swab. The disease developed after contact with a patient with scarlet fever and was characterized by typical clinical manifestations, including fever, tonsillitis, fine punctate exanthema with Pastia's sign, a "strawberry" tongue, and lamellar skin desquamation during the convalescent period. Laboratory findings revealed leukocytosis with marked neutrophilia, elevated erythrocyte sedimentation rate, and increased antistreptolysin-O levels, confirming streptococcal etiology. The identification of Streptococcus pneumoniae was interpreted as a possible manifestation of concomitant bacterial infection or transient nasopharyngeal carriage in the context of prior antibiotic therapy. Etiotropic and symptomatic treatment resulted in clinical recovery without complications. The case highlights the importance of careful interpretation of bacteriological findings, dynamic laboratory monitoring, and cardiac follow-up during convalescence to prevent late immunological complications of scarlet fever.

Keywords: *scarlet fever; streptococcal infection; pneumococcus; group A streptococcus; mixed infection; exanthema; otitis; tonsillitis.*

Відомості про авторів:

Дашо Марта Богданівна – канд. мед. наук, доцентка, викладачка дисципліни медсестринство в інфектології Львівського фахового медичного коледжу післядипломної освіти; e-mail: dashomarta@ukr.net

ORCID 0009-0001-0437-7628

Хомин Олена Ярославівна – канд. мед. наук, доцентка кафедри інфекційних хвороб ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; khomyn.olena@gmail.com

ORCID 0000-0002-2509-8898

Тандиряк Руслана Ігорівна – лікар-інфекціоніст КНП Львівської обласної ради «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня»; e-mail: r.tandyryak@gmail.com

Information about the authors:

Dasho Marta – MD, PhD, Lviv Professional Medical College of Postgraduate Education; e-mail: dashomarta@ukr.net

ORCID: 0009-0001-0437-7628

Khomyn Olena – MD, PhD, Associate Professor, Department of Infectious Diseases, Danylo Halytsky Lviv National Medical University; e-mail: khomyn.olena@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2509-8898

Tandyryak Ruslana – infectious disease specialist Municipal Non-Profit Enterprise of the Lviv Regional Council Lviv Regional Infectious Diseases Clinical Hospital; e-mail: r.tandyryak@gmail.com

Конфлікту інтересів немає.

Authors have no conflict of interest to declare.

Перше надходження статті до видання 2.01.2026 р.

Прийняття статті до друку після рецензування 16.03.2026 р.

Опубліковано 1.04.2026 р.