

Клиническая картина детской скарлатины в Узбекистане

С.А.Низамова, Б.М.Таджиев

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, Ташкент, Республика Узбекистан

В работе исследовали клинические особенности течения скарлатины у детей, госпитализированных во 2-м отделении 1-й Государственной инфекционной больницы. Охарактеризованы распределение пациентов по возрасту, организованности (дошкольники, школьники, неорганизованные), характеру течения заболевания. На основе проведенных клинических исследований больных сделан вывод о том, что на сегодняшний день скарлатина у детей носит типичный характер и имеет все классические клинические симптомы.

Ключевые слова: скарлатина у детей, клиническая картина

Для цитирования: Низамова С.А., Таджиев Б.М. Клиническая картина детской скарлатины в Узбекистане. Бактериология. 2022; 7(2): 47–49. DOI: 10.20953/2500-1027-2022-2-47-49

Clinical picture of children' scarlet fever in Uzbekistan

S.A.Nizamova, B.M.Tadjiyev

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Epidemiology, Microbiology, Infectious and Parasitic Diseases, Tashkent, Republic of Uzbekistan

The clinical features of the course of scarlet fever in children hospitalized in the 2nd department of the 1st State Infectious Diseases Hospital have been investigated in the paper. The distribution of patients by age, organization (preschoolers, schoolchildren, unorganized), the nature of the course of the disease were characterized. Based on the clinical studies of patients, it was concluded that today scarlet fever in children is typical and has all the classic clinical symptoms.

Key words: scarlet fever in children, clinical picture

For citation: Nizamova S.A., Tadjiyev B.M. Clinical picture of children' scarlet fever in Uzbekistan. Bacteriology. 2022; 7(2): 47–49. (In Russian). DOI: 10.20953/2500-1027-2022-2-47-49

Скарлатина, симптомы которой известны человечеству на протяжении многих веков, является опасным заболеванием, вызываемым стрептококками *Streptococcus pyogenes* (стрептококк группы А), которые относятся к группе гемолитических стрептококков. Этот вид бактерий также способен вызывать хронический тонзиллит, переходящий в ревматические заболевания, стрептодермию, гломерулонефрит. Долгое время скарлатину не отличали от аналогичных заболеваний, сопровождающихся сыпью, и только в конце XVII века болезнь была тщательно изучена и описана. Из-за характерного симптома – ярко-красного цвета языка и слизистой оболочки полости рта, фиолетового цвета мелкой сыпи – была названа скарлатиной (пурпурной лихорадкой). Источником инфекции при данном заболевании являются больные с различными признаками стрептококковой инфек-

ции [1]. На современном этапе, несмотря на патогенетическую терапию, использование современных антибиотиков, скарлатина продолжает оставаться актуальной проблемой современной медицины. Учитывая наибольшую распространенность среди детей дошкольного и школьного возраста, необходимо отметить, что дети, посещающие дошкольные учреждения, заболевают чаще, чем дети, находящиеся в домашних условиях, что связано со скученностью детей и различными механизмами передачи – воздушно-капельным, контактно-бытовым и пищевым [2, 3]. Опасность распространения данной инфекции связана с отсутствием специфической профилактики и риском развития ревматических заболеваний, гломерулонефрита [4].

Цель данной работы – исследовать особенности клинической картины скарлатины у детей.

Для корреспонденции:

Низамова Саодат Абдукадировна, старший научный сотрудник Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний

Адрес: 100133, Республика Узбекистан, Ташкент, Учтепинский район, ул. Заковат, 49
E-mail: nizaodad88@gmail.com

Статья поступила 09.03.2022 г., принята к печати 30.06.2022 г.

For correspondence:

Saodat A. Nizamova, Senior Researcher of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Epidemiology, Microbiology, Infectious and Parasitic Diseases

Address: 49 Zakovat str., Uchtepa district, Tashkent, 100133, Republic of Uzbekistan
E-mail: nizaodad88@gmail.com

The article was received 09.03.2022, accepted for publication 30.06.2022

Материалы и методы

Для решения поставленной цели нами изучены клинические особенности течения скарлатины у детей, госпитализированных во 2-м отделении 1-й Государственной инфекционной больницы.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациентов со скарлатиной составил $6,35 \pm 0,64$ года (рис. 1), с преобладанием детей от 3 до 6 лет (20, 43,48%). При этом девочек было 24 (52,17%), мальчиков – 22 (47,83%).

Детские дошкольные учреждения посещали 10 (21,77%) детей, школу – 18 (39,13%), долю неорганизованных детей составили также 18 (39,13%) больных (рис. 2).

Заболевание у всех детей начиналось остро, с повышения температуры до $39-40^{\circ}\text{C}$ у 7 ($15,22 \pm 0,57\%$) больных, до 38°C у 20 ($43,48 \pm 0,97\%$) и до 37°C у 19 ($41,30 \pm 0,95\%$).

Больных при поступлении беспокоила общая слабость ($42, 91,30 \pm 1,40\%$), сыпь ($45, 99,83 \pm 1,45\%$), боль в горле ($40, 90,43 \pm 1,32\%$), ухудшение аппетита ($30, 80,87 \pm 1,15\%$), ухудшение сна ($30, 80,87 \pm 1,15\%$), тошнота ($8, 17,39 \pm 0,61\%$), рвота ($6, 13,04 \pm 0,53\%$), головокружение ($2, 4,35 \pm 0,31\%$) (рис. 3).

У 72,4% больных сыпь появилась в первый день заболевания, у 27,6% – на 2–3-й день. У всех пациентов сыпь мелкопятнистая, расположена на фоне гиперемии кожи, чаще всего на лице, кроме носогубного треугольника, на туловище и сгибательных поверхностях конечностей, со сгущением в области складок. Сыпь исчезала через 3–5 дней, в среднем $4,21 \pm 1,09$ дня, не оставляя пигментации. У небольшой части больных (18,7%) отмечалось мелкое шелушение на лице, туловище.

У 82,4% больных отмечалось увеличение подчелюстных лимфатических узлов до 1–1,5 см, узлы при пальпации эластичные, безболезненные.

У 30,07% больных отмечалось увеличение печени (на 1,0–2,0 см выступала из-под края реберной дуги), увеличение селезенки не отмечалось.

Гиперемия и умеренное увеличение небных миндалин отмечались у 68,4% пациентов, выраженная гиперемия и гипертрофия небных миндалин – у 32,6% больных. У большинства больных (56,8%) ангина имела лакунарный характер, реже отмечалась катаральная и фолликулярная форма.

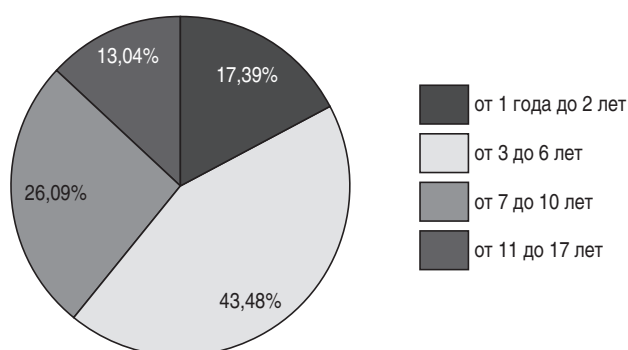


Рис. 1. Распределение больных по возрасту.

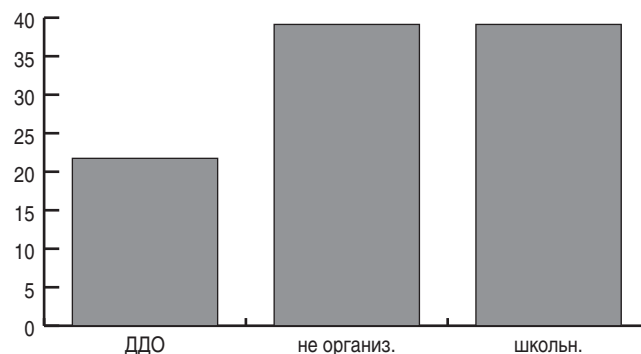


Рис. 2. Уровень организованности детей.

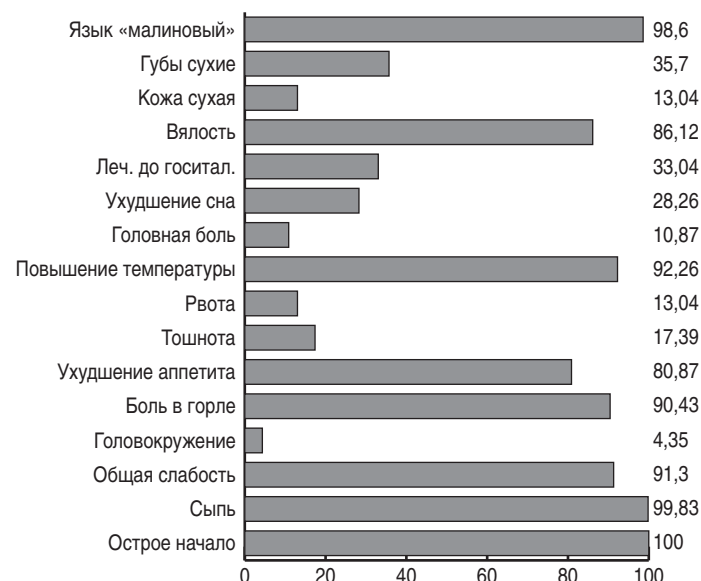


Рис. 3. Клинические признаки больных скарлатиной, %.

У 86,4% больных на 3–4-е сутки заболевания наблюдался «малиновый» язык.

При анализе данных периферической крови отмечается невыраженный лейкоцитоз (среднее значение лейкоцитов $9,28 \times 10^9$) и сдвиг лейкоцитарной формулы влево у 37,5% детей; увеличение скорости оседания эритроцитов до 10 мм/ч – у 39,7%.

Все больные получали антибактериальную терапию по схеме: пенициллин 1 г 3 раза в день. Средняя продолжительность курса 7 дней.

По данным лечения у всех пациентов не выявлено никаких осложнений, среднее число койко-дней – 8.

Все дети были выписаны с улучшением под наблюдение участкового врача.

Таким образом, субъективные и объективные данные проведенных клинических исследований больных скарлатиной показывают, что на сегодняшний день скарлатина носит типичный характер и имеет все классические клинические симптомы.

Информация о финансировании

Бюджетное финансирование.

Financial support

Budget financing.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest requiring disclosure in this article.

Литература

1. Астапов АА, Манкевич РН Учебно-методическое пособие БГМУ. 2014;40(3):10.
2. Кузьменкова ВВ, Семенченко ЕВ. Клиническая картина скарлатины на современном этапе. Молодой ученый. 2020;14(304):111-3.
3. Жолдошбекова ЖЖ, Шайымбетов АТ. Скарлатина у детей на современном этапе. Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева. 2017;1:161-4.
4. Илунина ЛМ, Кокорева СП, Стахурлова СЕ, Клемятина Ю. Клиническая характеристика современной скарлатины у детей, госпитализированных в стационар. Научно-практический журнал. 2017;20(3):128-32.

References

1. Astapov AA, Mankevich RN. Educational and methodological manual of BSMU. 2014;40(3):10. (In Russian).
2. Kuzmenkova VV, Semenchenko EV. The clinical picture of scarlet fever at the present stage. Young Scientist. 2020;14(304):111-3. (In Russian).
3. Dzoldoshbekova JJ, Shaiymbetov AT. Scarlet fever in children in modern time. Bulletin of KSMA im. I.K.Akhunbaeva. 2017;1:161-4. (In Russian).
4. Ilunina LM, Kokoreva SP, Stakhurlova SE, Klemyatina EYu. Clinical characteristics of modern scarlet fever in children hospitalized in a hospital. Scientific and Practical Journal. 2017;20(3):128-32. (In Russian).

Информация об авторе:

Таджиев Ботир Мирхошимович, доктор медицинских наук, директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний

Information about author:

Botir M. Tadjiyev, MD, PhD, DSc, Director of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Epidemiology, Microbiology, Infectious and Parasitic Diseases

НОВОСТИ НАУКИ

Пристальный взгляд на возникновение устойчивости к антибиотикам в биоаэрозолях

Несмотря на серьезную озабоченность общественного здравоохранения в отношении инфекционных заболеваний в воздушной среде, потенциально опасным микробиологическим индикаторам, таким как гены устойчивости к антибиотикам (ARG) в биоаэрозолях, не уделяется существенного внимания. Традиционно исследования биоаэрозолей были сосредоточены на характеристике микробных сообществ; однако недавно возникла более серьезная проблема из-за присутствия ARG в биоаэрозолях, что привело к увеличению распространенности горизонтального переноса генов (HGT). Это представляет собой процесс, посредством которого бактерии переносят гены в другие среды окружающей среды и, следовательно, вызывают инфекционное заболевание. Устойчивость к антибиотикам в водной и почвенной средах широко изучалась в последние несколько лет с применением передовых молекулярных и биотехнологических методов. Однако ARG в биоаэрозолях не привлекали особого внимания. Кроме того, профилирование ARG и HGT в воздушной среде сильно ограничено в полевых исследованиях из-за отсутствия подходящих методологических подходов. Таким образом, это исследование всесторонне описывает последние результаты опубликованных исследований и некоторые соответствующие молекулярные и биотехнологические методы мониторинга устойчивости биоаэрозолей к антибиотикам. Кроме того, в этом обзоре обсуждаются основные пробелы в знаниях относительно текущих методологических вопросов и будущих направлений исследований.



Lee G, Yoo K.

A review of the emergence of antibiotic resistance in bioaerosols and its monitoring methods. Rev Environ Sci Biotechnol. 2022 Jun 6:1-29. DOI: 10.1007/s11157-022-09622-3