



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

УДК 616.917-053.2(575.141)

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ ПО САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ



Матякубова Феруза Эгамовна, Раббимова Нодира Таштемировна,
Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

fmatakubova@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-2020-447X>

nodira.rabbimova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4748-8149>

SAMARQAND VILOYATIDA BOLALARDA QIZILKO'YLAQ KECHISHINING ZAMONAVIY JIHATLARI

Matyakubova Feruza Egamovna, Rabbimova Nodira Tashtemirovna,
Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Qizilko'ylak streptokokk etiologiyali kasalliklarning uchrashida asosiy o'rinlarni egallab, ushbu kasallik hozirgi kunda ham jiddiy epidemiologik va klinik muammo bo'lib qolmoqda. So'nggi yillarda qizilko'ylak bilan kasallanish darajasi past, lekin ko'pincha ushbu kasallik bilan kasallanish ko'proq bolalar guruhlarida o'zini namoyon qiladi. Antibakterial preparatlarning keng qo'llanilishi kasallikning yengil va o'rtacha shakllarining ustunligiga olib keldi. Streptokokklar tomonidan allergik jarayonni kuchayishi, yurak va buyraklarning shikastlanishi xavfi ko'p kuzatiladi [1, 2]. Og'ir septik asoratlari va hatto o'lim ham kuzatilishi mumkin [3].

Kalit so'zlar: skarlatina, toshma, lakunar tonsillit.

MODERN CLINICAL ASPECTS OF SCARLET FEVER IN CHILDREN IN THE SAMARKAND REGION

Matyakubova Feruza Egamovna, Rabbimova Nodira Tashtemirovna,
Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Scarlet fever as the main disease of streptococcal etiology still remains a serious epidemiological and clinical problem. The incidence of scarlet fever in recent years is low, but often manifests itself in group outbreaks in children's groups. The widespread use of antibacterial drugs has led to the



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

predominance of mild and moderate forms of the disease. However, the importance of streptococcal infection in the formation of chronic lesions of the nasopharynx is undeniable. There is a significant risk of allergization by streptococcus and the development of lesions of the heart and kidneys [1,2]. Severe septic complications and even deaths are also possible [3].

Keywords: scarlet fever, rash, lacunar tonsillitis.

Введение. Стрептококковая инфекция, оставаясь одной из неуправляемых инфекций, остается в числе наиболее острых проблем здравоохранения во всех странах, что определяется широким распространением стрептококков группы А и большим социально-экономическим ущербом, наносимым данной патологией [2]. По данным ВОЗ тяжелыми заболеваниями, вызванными стрептококками группы А, страдает 18,1 млн. чел., из них 15,6 млн. чел. — ревматическими заболеваниями сердца. Ежегодно регистрируется около 1,8 млн. новых случаев, умирает свыше 500 000 человек, к этому следует добавить свыше 11 млн. случаев стрептодермии и 616 млн. случаев фарингитов [4,5]. Стрептококковые ангины в структуре острых респираторных заболеваний занимают второе место после гриппа [1,2]. Показатели заболеваемости скарлатиной в Узбекистане также не имеют тенденции к снижению [4]. В последние годы наблюдается нетяжелое течение скарлатины, однако сохраняется высокий риск развития серьезных септических осложнений и даже смертельных исходов. [3,5]. Все вышеуказанное свидетельствует о необходимости изучения клинико-эпидемиологических особенностей стрептококковой инфекции (скарлатины, ангины) как при спорадической заболеваемости, так и при развитии очагов в организованных детских коллективах.

Целью исследования явился анализ клинических особенностей течения скарлатины у детей, ее диагностических возможностей в современных условиях, а также оценка эффективности лечения больных скарлатиной в условиях стационара.

Материалы и методы исследования: нами был проведен ретроспективный анализ 192 детей, больных скарлатиной, находившимся на стационарном лечении в Самаркандской областной клинической инфекционной больнице с 2016 по 2020 годы. Всем пациентам, участвовавшим в исследовании, были проведены комплексные клинические и лабораторные исследования согласно действующих стандартов, которые включали клинический анализ крови, общий анализ мочи, посев слизи из ротоглотки на гемолитический стрептококк, по показаниям проводились определение СРБ, сиаловых кислот, протеинограмма, ЭКГ.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Результаты и обсуждение: За период с 2016 по 2020 годы в Самаркандской областной инфекционной клинической больнице наблюдались 192 (100%) больных скарлатиной в возрасте от 9 мес до 18 лет.

По возрасту больные распределены следующим образом: 0,5% - дети до 1 года, 28,1% - от 1 до 3 лет, 4-7 лет – 51,0%, 10,4% - дети от 8 до 12 лет, 9,9% - от 13 до 18 лет.

При изучении сроков госпитализации 47,4% пациентов были госпитализированы на 1-2 сутки болезни, 32,8% на 3-5 сутки болезни, 19,8% больных - после 6 дней болезни, что расценивалось как поздняя госпитализация. В большинстве случаев это было связано с началом других инфекционных заболеваний, в частности ОРВИ, или прохождением лечения по другому диагнозу. При изучении первичного диагноза больных: 67,7% из тех, кто непосредственно посещал стационар диагностирована скарлатина. Однако 32,3% больных скарлатиной получали лечение на догоспитальном этапе в других стационарах с диагнозами - ОРВИ, лакунарная ангина, аллергическое состояние после чего поступали в клинику.

У всех детей заболевание начиналось остро и характеризовалось характерным для скарлатины циклическим течением. У большинства детей (86,5%) температура тела повышалась от 37,1° до 39,6°С и у 13,5% больных оставалась нормальной. С начала заболевания 58,9% больных предъявляли жалобы на боль в горле, головную боль, недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, рвоту. У всех больных отмечался синдром острого тонзиллита с гипертрофией миндалин и гиперемией слизистой оболочки полости рта, а также увеличением регионарных лимфатических узлов. У 1/3 больных (32,8%) появление сыпи на теле являлось первым признаком этого заболевания, на 1-2-е сутки она появлялась у 76,6% лиц, на третьи сутки - у 23,4%. Сыпь локализовалась преимущественно на сгибательных поверхностях тела. У всех детей в течение нескольких часов развивалась типичная мелкоточечная сыпь. Редко на ее фоне наблюдались мелкие папулы и петехии. У 87,5% больных сыпь появлялась на гиперемизованном фоне кожи и лишь у 12,5% больных сыпь была на неизменном фоне кожи. Продолжительность исчезновения элементов сыпи колебалась от 3 до 6 дней.

У 27,6% больных наблюдался характерный для скарлатины симптом Филатова («чистый» носогубный треугольник), покраснение губ и гиперемия щек. В периоде выздоровления (с 8 по 10 день болезни) у 16,1% детей отмечалось покалывание различной степени выраженности в подушечках кистей и стоп, в области пяток.

В большинстве случаев (97,4%) наблюдалось типичное течение скарлатины, тогда как атипичная форма (экстрабуккальная) встречалась лишь в 2,6% наблюдаемых случаев. Тяжесть



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

течения заболевания оценивали на основании выраженности симптомов интоксикации и местных изменений. При этом изучались критерии выраженности эритемы в зависимости от общего состояния больного, степени повышения температуры тела, выраженности симптомов интоксикации, изменений в ротоглотке, а также характера высыпаний. Так, легкая форма скарлатины наблюдалась у 22,4% больных, среднетяжелая форма – у 76,6%, тяжелая форма – у 1,0% пациентов.

Хотелось бы отметить, что заболевание протекало с развитием септических осложнений в 12,5%, из них в 9,9% случаев развивался отит, в 2,6% случаев – паратонзиллярный абсцесс. Осложнения возникали при позднем назначении антибактериальных препаратов (81,6% на 3-4-й день болезни) и несвоевременной госпитализации (18, 4%). По данным ряда авторов [4] частота осложнений скарлатины остается довольно высокой – 19,2%, причиной чего являлись в основном дефекты антибактериального лечения больных в домашних условиях, что совпадает с полученными нами данными.

Критерием лабораторной диагностики скарлатины являлся скрининг на наличие гемолитического стрептококка в зеве у всех больных, поступивших в стационар. Диагноз скарлатины был подтвержден бактериологически у 26,7% обследованных. Низкий процент выявления возбудителя объясняется тем, что бактериологическое исследование проводилось на фоне антибактериальной терапии, ранее начатой в амбулаторных условиях, так как почти половина больных скарлатиной госпитализировалась на поздних стадиях заболевания.

В общем анализе крови в остром периоде заболевания выявлены лейкоцитоз (25,4%), лейкопения (4,2%); относительный нейтрофилез (17,6%, относительный нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом влево (26,8%, эозинофилия (35,9%). При исследовании СОЭ значения находились в пределах нормы у 36,5% больных, у 36,7% больных повышались до 20 мм/ч, а у 26,7% больных более 20 мм/ч.

Лечение больных скарлатиной проводилось согласно действующих стандартов, было комплексным и включало режим, диету, этиопатогенетическую терапию. Антибактериальная терапия у 37 больных (19,3%) начиналась до госпитализации. 56,8% всех больных, получивших лечение до госпитализации в клинику, принимали пенициллин, эритромицин или ампициллин, в остальных случаях — макропен, рулид, линкомицин. В стационаре пенициллин внутримышечно получали 87% больных. Длительность курса составила, в среднем, при легком течении $4 \pm 0,3$ дня, при среднетяжелом течении – $6 \pm 0,2$ дня, при тяжелом течении $9 \pm 0,3$ дня. Другие антибактериальные препараты (цефотаксим, цефазолин, линкомицин) назначали в 12,5% случаев



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

из-за непереносимости пенициллина в прошлом. В связи с отсутствием терапевтического эффекта от введения пенициллина и повторным высевом гемолитического стрептококка 14 больным (7,3%) был необходим второй курс антибиотикотерапии, при этом применяли эритромицин, цефазолин, гентамицин. Данную терапию проводили, в основном, больным с осложнениями или сопутствующей бактериальной патологией.

Подавляющее число детей (86,5% были выписаны из стационара на 9-11 день болезни с выздоровлением под наблюдение участкового педиатра. На 12-18 день болезни были выписаны 13,5% больных из-за развития ранних осложнений и наслоения сопутствующих заболеваний.

Результаты проведенного анализа подтверждают мнения исследователей о том, что скарлатина на современном этапе протекает с преобладанием среднетяжелых и легких форм болезни, протекает типично с сохранением всех свойственных данному заболеванию клинических проявлений.

Выводы:

1. Исходя из вышеперечисленных данных, в современных условиях скарлатина в большинстве случаев (97,4%) протекает типично и сохраняет все свойственные данному заболеванию клинические проявления. Наибольшее количество случаев заболевания регистрировалось в возрастной группе детей от 1 до 7 лет

2. За анализируемый период (2016-2020 гг.) наблюдения заболевание протекало в основном в среднетяжелой и легкой форме - 99% и лишь в 1% в тяжелой форме

3. В связи с низким процентом бактериологического выявления гемолитических стрептококков (26,7%) и четкой выраженностью типичных клинических проявлений заболевания основным методом подтверждения диагноза скарлатины в современных условиях остается клиническая диагностика.

3. Частота септических осложнений при скарлатине составила 12,5%, причиной которых являлось отсутствие или неадекватность антибактериальной терапии в домашних условиях, позднее назначение антибактериальных препаратов и несвоевременная госпитализация

Литература:

1. Балабанова П.М., Гришаева Т.П. Инфекция горла - современный взгляд на методы диагностики и принципы терапии А-стрептококковой инфекции глотки // Consilium medicum. - 2004. -Т.6. - № 10. - С. 23-25.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

2. Белов А.Б. А-стрептококковый тонзиллит: современные аспекты антибактериальной терапии // Педиатрическая фармакология: Научно-практический журнал / Союз педиатров России, Издательская группа ГЭТАР. - М., 2007. - Т.4. - №3. - С.58 - 66.

3. Брико Н.И., Журавлев М.В., Пронский А.В. Антибиотики в культуре стрептококка группы А // Журнал микробиологии и инфекционных болезней / Минздрав РФ. - М.: Медицина, 2004. - № 6. - С.54-56.

4. S.A. Nizomova, B.M. Tadjiev, Features of diagnostics and treatment of scarlatines at the present stage, Journal of Biomedicine and Practice 2020, Special issue, pp. 554-557

5. Дорофеев Д.А. Резистентность штаммов гемолитического стрептококка к антибиотикам у детей с различными лимфоцитами // Вестник Российского государственного медицинского университета. - 2006. - №2. - С.279.

1.