



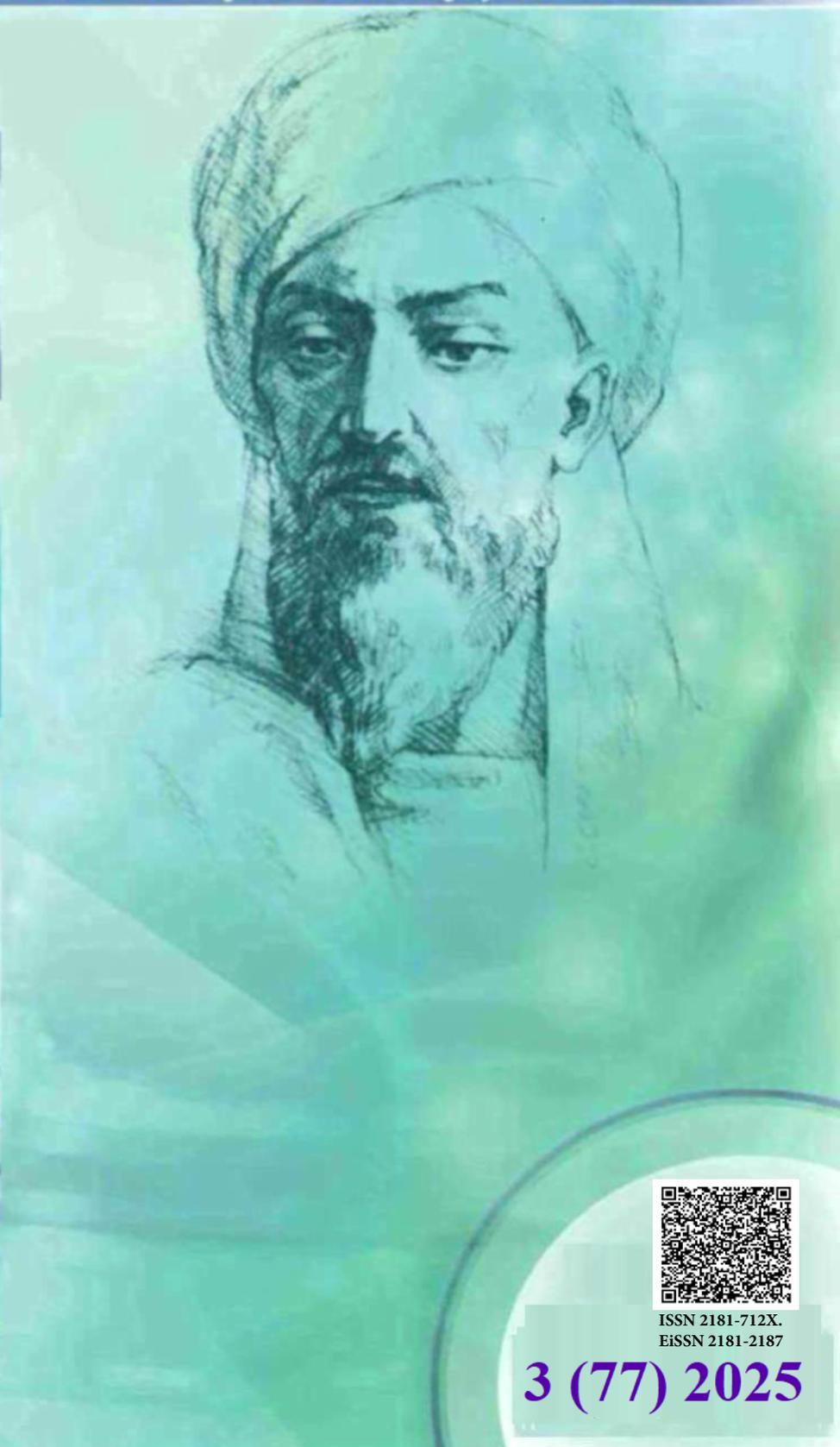
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

3 (77) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (77)

2025

март

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 6.614.4.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ

¹Жураев Шавкат Авдулвахидович <https://orcid.org/0000-0002-2981-01690>

E-mail: zuraevsavkat1@gmail.co

²Аманова Дилфуза Рахматовна E-mail: AmanovaD@mail.ru

¹Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Самаркандская областная инфекционная больница, специализированная больница, Дагбитская ул., 97, Самарканд тел: +998915357387

✓ Резюме

Скарлатина как основное заболевание стрептококковой этиологии по-прежнему остается серьезной эпидемиологической и клинической проблемой. Заболеваемость скарлатиной в последние годы невысока, но чаще манифестирует в детских эпидемических группах. Широкое применение антибактериальных препаратов обусловило преобладание легких и среднетяжелых форм заболевания. Однако значение стрептококковой инфекции в формировании хронических поражений носоглотки неоспоримо. Существует значительный риск аллергизации стрептококком и развития поражений сердца и почек [1,2]. Возможны также тяжелые септические осложнения и даже летальные исходы [3].

Ключевые слова: Скарлатина, сыпь, лакунарная ангина

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF SCARLET FEVER IN CHILDREN

¹Juraev Shavkat Abdolvakhidovich <https://orcid.org/0000-0002-2981-01690>

E-mail: zuraevsavkat1@gmail.co

²Amanova Dilfuza Rakhmatovna E-mail: AmanovaD@mail.ru

¹Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Samarkand Regional Infectious Diseases Hospital, Specialized Hospital, Dagbitskaya St., 97, Samarkand tel: +998915357387

✓ Resume

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 of in children outbreak groups. The widespread use of antibacterial drugs resulted in 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

BOLALARDA QIZILQUYLAKNING KLINIK KECISHINING XUSUSIYATLARI

¹Juraev Shavkat Abdolvakhidovich <https://orcid.org/0000-0002-2981-01690>

E-mail: zuraevsavkat1@gmail.co

²Amanova Dilfuza Rahmatovna E-mail: AmanovaD@mail.ru

¹Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Samarqand viloyat yuqumli kasalliklar shifoxonasi, ixtisoslashtirilgan shifoxona, Samarqand, Dagbitskaya ko'chasi, 97 tel: +998915357387

✓ **Rezyume**

Qizil kuylak, streptokokk etiologiyasining asosiy kasalligi sifatida hali ham jiddiy epidemiologik va klinik muammo bo'lib qolmoqda. So'nggi yillarda qizil kuylak bilan kasallanish darajasi past, lekin ko'pincha bolalar epidemiyasi guruhlarida o'zini namoyon qiladi.

Antibakterial preparatlarning keng qo'llanilishi kasallikning engil va o'rtacha shakllarining ustunligiga olib keldi. Biroq, nazofarenkning surunkali lezyonlarini shakllantirishda streptokokk infeksiyasining ahamiyati shubhasizdir. Streptokokklar tomonidan allergiya va yurak va buyraklarning shikastlanishi xavfi katta. Og'ir septik asoratlar va hatto o'lim ham mumkin.

Kalit so'zlar: qizil kuylak, toshma, lakunar tonzillit

Актуальность

Стрептококковая инфекция, оставаясь одной из неконтролируемых инфекций, по-прежнему является одной из самых острых проблем здравоохранения во всех странах, что подтверждается широкой распространенностью стрептококков группы А и большим социально-экономическим ущербом, наносимым этой патологией [2,6]. По данным ВОЗ, 18,1 млн. человек страдают тяжелыми заболеваниями, вызванными стрептококками группы А, из них 15,6 млн. человек страдают ревматической болезнью сердца. Ежегодно регистрируется около 1,8 млн. новых случаев, более 500 тыс. человек умирают, кроме того, регистрируется более 11 млн. случаев стрептодермии и 616 млн. случаев фарингита [4,5]. Стрептококковая ангина в структуре острых респираторных заболеваний занимает второе место после гриппа [1,2,6]. Показатели заболеваемости скарлатиной в Узбекистане также не имеют тенденции к снижению [4]. В последние годы отмечается легкое течение скарлатины, однако сохраняется высокий риск развития тяжелых септических осложнений и даже летальных исходов. [3,5]. Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости изучения клинико-эпидемиологических особенностей стрептококковой инфекции (скарлатина, ангина) как при спорадической заболеваемости, так и при развитии очагов в организованных детских коллективах.

Цель исследования: Анализ клинических особенностей течения скарлатины у детей, ее диагностический потенциал в современных условиях, и оценка эффективности лечения больных скарлатиной в условиях стационара.

Материал и методы

Нами был проведен ретроспективный анализ 141 детей, больных скарлатиной, находившихся на стационарном лечении в Самаркандской областной клинической инфекционной больнице в период с 2020 по 2024 год. Всем пациентам, включенным в исследование, проводились комплексные клинико-лабораторные исследования в соответствии с действующими стандартами, которые включали клинический анализ крови, общий анализ мочи, посев слизи из ротоглотки на гемолитический стрептококк, а также, по показаниям, определение СРБ, сиаловых кислот, протеинограмму, ЭКГ.

Результат и обсуждения

За период с 2020 по 2024 год в Самаркандской областной инфекционной клинической больнице наблюдалось 141(100%) больных скарлатиной в возрасте от 9 месяцев до 18 лет. По возрасту больные распределились 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% больных были госпитализированы на 1-2-е сутки болезни, 32,8% - на 3-5-е сутки болезни, 19,8% больных - после 6-го дня болезни, что расценивалось как поздняя госпитализация. В большинстве случаев это было обусловлено началом других инфекционных заболеваний, в частности ОРВИ, или лечением по поводу другого диагноза. При изучении первичной диагностики больных: у 67,7% из числа непосредственно обратившихся в больницу был установлен диагноз скарлатина. Однако 32,3% больных скарлатиной получили догоспитальное лечение в других стационарах с диагнозами - ОРВИ, лакунарная ангина, аллергическое состояние, после чего были госпитализированы в клинику.

У всех детей заболевание начиналось остро и характеризовалось типичной для скарлатины циклическим течением. У большинства детей (86,5%) температура тела повышалась с 37,1° до 39,6°С и оставалась нормальной у 13,5% больных. С начала заболевания 58,9% больных

предъявляли жалобы на боль в горле, головную боль, недомогание, утомляемость, снижение аппетита, тошноту, рвоту. У всех больных наблюдался синдром острого тонзиллита с гипертрофией небных миндалин и гиперемией слизистой оболочки полости рта, а также увеличением регионарных лимфатических узлов. У 1/3 больных (32,8%) первым признаком этого заболевания было появление сыпи на теле, на 1-2-е сутки она появилась у 76,6% лиц, на 3-и сутки - у 23,4%. Сыпь локализовалась преимущественно на сгибательных поверхностях туловища. У всех детей в течение нескольких часов появлялась типичная мелкоочечная сыпь. Редко на ее фоне наблюдались мелкие папулы и петехии. У 87,5% больных сыпь появлялась на гиперемизированном фоне кожи, и только у 12,5% больных сыпь располагалась на неизменном фоне кожи. Длительность существования элементов сыпи составляла от 3 до 6 дней.

У 27,6% больных отмечался характерный для скарлатины симптом Филатова («чистый» носогубный треугольник), покраснение губ и гиперемия щек. В период 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 (внещечная) встречалась лишь у 2,6% наблюдаемых. Тяжесть течения заболевания оценивалась на основании выраженности симптомов интоксикации и местных изменений. При этом изучались критерии тяжести эритемы в зависимости от общего состояния больного, степени повышения температуры тела, выраженности симптомов интоксикации, изменений со стороны ротоглотки, характера сыпи. Так, легкая форма скарлатины наблюдалась у 22,4% больных, среднетяжелая — у 76,6%, тяжелая — у 1,0% больных.

Следует отметить, что в 12,5% случаев заболевание протекало с развитием септических осложнений, из которых в 9,9% случаев развился средний отит, в 2,6% — 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 достаточно высокой — 19,2%, что обусловлено в основном дефектами антибактериального лечения больных на дому, что совпадает с нашими данными.

Критерием лабораторной диагностики скарлатины являлось обследование на наличие гемолитического стрептококка в зеве у всех больных, поступивших в стационар. У 26,7% обследованных диагноз скарлатины подтвержден бактериологически. Низкий процент выявления возбудителя объясняется тем, что бактериологическое исследование проводилось на фоне антибактериальной терапии, ранее начатой амбулаторно, так как почти половина больных скарлатиной госпитализировались 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 со сдвигом палочкоядерной формулы влево (26,8%), эозинофилия (35,9%). При исследовании СОЭ показатели были в пределах нормы у 36,5% больных, у 36,7% больных они повышались до 20 мм/ч, а у 26,7% больных — более 20 мм/ч.

Лечение больных скарлатиной проводилось в соответствии с действующими стандартами, было комплексным и включало режим, диету, этиопатогенетическую терапию. Антибактериальная терапия у 37 больных (19,3%) была начата до госпитализации. 56,8% всех больных, получавших лечение до поступления в клинику, принимали пенициллин, эритромицин или ампициллин, в остальных случаях — макропен, рулид, линкомицин. В стационаре 87% больных получали пенициллин внутримышечно. Длительность курса составила в среднем $4 \pm 0,3$ дня при легком течении, $6 \pm 0,2$ дня при среднетяжелом течении и $9 \pm 0,3$ дня при тяжелом течении. Другие антибактериальные препараты (цефотаксим, цефазолин, линкомицин) назначались в 12,5% случаев в связи с непереносимостью пенициллина в анамнезе. В связи с отсутствием лечебного эффекта от введения пенициллина и повторного посева гемолитического стрептококка 14 больным (7,3%) потребовался повторный курс антибактериальной терапии, при этом использовались эритромицин, цефазолин, гентамицин. Данная терапия проводилась в основном у больных с осложнениями или сопутствующей бактериальной патологией.

подавляющее большинство детей (86,5%) выписаны из стационара на 9-11-е сутки болезни с выздоровлением под наблюдением участкового педиатра. На 12-18-е сутки болезни 13,5%

пациентов выписаны в связи с развитием ранних осложнений и наложением сопутствующих заболеваний.

Результаты анализа подтверждают мнения исследователей о том, что скарлатина на современном этапе протекает с преобладанием среднетяжелых и легких форм заболевания, протекает типично с сохранением всех характерных для этого заболевания клинических проявлений.

Выводы

1. Исходя из вышеизложенных данных, в современных условиях скарлатина в большинстве случаев (97,4%) протекает типично и сохраняет все характерные для этого заболевания клинические проявления. Наибольшее количество случаев заболевания зарегистрировано в возрастной группе детей от 1 до 7 лет.
2. За анализируемый период (2020-2024гг.) наблюдения заболевание протекало преимущественно 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.
4. Частота септических осложнений при скарлатине составила 12,5%, причиной которых явилось отсутствие или неадекватность антибактериальной терапии на дому, позднее назначение антибактериальных препаратов и несвоевременная госпитализация.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Balabanova P.M., Grishaeva T.P. Throat infection - a modern view on diagnostic methods and principles of therapy for A-streptococcal infection of the pharynx // *Consilium medicum*. 2004;6(10):23-25.
2. Belov A.B. A-streptococcal tonsillitis: modern aspects of antibacterial therapy // *Pediatric pharmacology: Scientific and practical journal / Russian Union of Pediatricians*, GEOTAR Publishing Group. M., 2007;4(3):58-66.
3. Briko N.I., Zhuravlev M.V., Pronsky A.V. Antibiotics in the culture of group A streptococcus // *Journal of Microbiology and Infectious Diseases / Ministry of Health of the Russian Federation*. / M.: Medicine, 2004;6:54-56.
4. S.A. Nizomova, B.M. Tadjiyev, Features of diagnostics and treatment of scarlet fever at the present stage, // *Journal of Biomedicine and Practice* 2020; Special issue, 554-557 pp.
5. Dorofeev D.A. Resistance of strains of hemolytic streptococcus to antibiotics in children with various lymphocytes // *Bulletin of the Russian State Medical University*. 2006;2:279.
6. Uralov Sh.M., Zhuraev Sh.A., Israilova S.B. "On the Impact of Environmental Factors on the Quality of Life and Health of Youth" Vol. 1 No. 3 (2022): So'ngi ilmiy tadqiqotlar nazariyasi, 2022;3/9(13):6-13, <https://bestpublication.org/index.php/sit/article/view/766/741>
7. Soxiba Israel, Shavkat Jurev, & Dilfuza Amanova. (2024) Establishment of primary prevention in medical institutions. *Лучшие интеллектуальные исследования*, 2024;13(5):125-129. Retrieved from <http://web-journal.ru/index.php/journal/article/view/364>
8. Zhuraev Sh. A., Israilova S. B., Uralov Sh. M. Materials of the scientific and practical conference. 2020;(20).
9. Uralov Sh.M., Juraev Sh.A., Israilova S.B. "On the Impact of Physical Education Classes on the Quality of Life of Students" 2022;1(3).

Поступила 20.02.2025