

M. scrofulaceum (1,42 %) иногда становятся причиной развития патологий. Из быстро растущих микобактерий было выделено 5 видов: *M. fortuitum* (7,57 %), *M. abscessus* (2,08 %), *M. chelonae* (1,23 %) — иногда есть ассоциация с заболеванием; *M. phlei* (1,14 %), *M. smegmatis* (0,09 %) — редкая ассоциация с заболеваниями (2)

Диагностику микобактериозов проводили только среди пациентов с многократным обнаружением НТМ из разных образцов биологического материала. Исключение составили пациенты, у которых однократно НТМ получены из операционного материала и плевральной жидкости. У 33 пациентов из операционного материала и плевральной жидкости были выделены 18 изолятов *M. avium*, 7 — *M. kansasii*, 8 — *M. xenopi*.

Многократное выделение НТМ одного вида (из 2 и более образцов) наблюдалось у 190 пациентов, что составило 37,4 % от всех пациентов, у которых выделены НТМ. В 75,3 % случаях получены МАС. Эти изоляты встречались достоверно чаще, чем совокупность других видов НТМ ($\chi^2 = 97,01$; $p < 0,001$). Второе место по этиологической значимости заняли *M. xenopi* (6,3 %). На третьем месте оказались *M. gordonae* (5,3 %). Природным резервуаром этого вида НТМ являются водопроводная вода, вода бассейнов, ассоциация с заболеванием микобактериозом наблюдается редко. По литературным данным выделение *M. kansasii*, *M. malmoense*, *M. abscessus* всегда ассоциируется с развитием заболевания человека. По нашим данным эти НТМ многократно были выявлены в единичных случаях: 3,2 % (0,81–8,03), 0,5 % (0,05–3,84) и 1,6 % (0,17–5,65) соответственно.

Выводы

Из 13 идентифицированных видов НТМ 11 могут быть причиной развития микобактериоза с той или иной частотой.

Наиболее распространенными были НТМ, принадлежащие комплексу МАС (*M. avium* и *M. intracellulare*) — 674 изолята (более 63,7 %). На втором и третьем месте *M. gordonae* — 81 (7,6 %) культура и быстрорастущие *M. fortuitum* — 80 (7,6 %) изолятов.

Многократное выделение НТМ одного вида (из 2 и более образцов) наблюдалось у 190 пациентов, что составило 37,4 % от всех пациентов, у которых выделены НТМ. В 75,3 % случаях получены МАС. Второе место по этиологической значимости заняли *M. xenopi* (6,3 %). На третьем месте оказались *M. gordonae* (5,3 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Mycobacterium xenopi Clinical Relevance and Determinants, the Netherlands / Jakko Van Ingen [et al.] // Emerging Infectious Diseases. — 2008. — Vol. 14, № 3. — P. 385–389.
2. Microbiological Features and Clinical Relevance of New Species of the Genus Mycobacterium / E. Tortoli // Clinical Microbiology Reviews. — 2014. — Vol. 27, № 4. — P. 727–752.

УДК 616.917-07-08(476.2)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ СКАРЛАТИНЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ (В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ)

Фандеева Е. А., Добыш Э. О.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Л. П. Мамчиц*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на эволюцию скарлатины в современных условиях, она не утратила своей актуальности и не только потому, что заболеваемость остается достаточно высокой. Эта инфекция, как и другие заболевания стрептококковой этиологии, изменяет иммунный статус детей, создавая предпосылки для формирования иммунокомплексной пато-

логии [2]. В период реализации программы элиминации кори и краснухи среди аэрозольных антропонозных экзантемных инфекций скарлатина имеет существенное значение в структуре заболеваний детей, особенно детей, посещающих учреждения дошкольного образования (УДО), и после ветряной оспы занимает 2 место [2].

Цель

Изучение клинического течения и диагностики скарлатины в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Материалом для эпидемиологического анализа заболеваемости скарлатиной явились данные официального учета о случаях этих заболеваний, зарегистрированных в Гомельской области за период 1998–2019 гг., данные медицинских карт пациентов с диагнозом «скарлатина» (изучено 100 медицинских карт за 2016–2018 гг.). При обработке материалов по заболеваемости населения скарлатиной использованы методы эпидемиологической диагностики. Материалы обработаны с использованием статистического пакета компьютерной программы «Microsoft Excel Windows XP».

Результаты исследования и их обсуждение

За анализируемый период средний уровень заболеваемости скарлатиной населения Гомельской области составил 25,9 на 100 тыс. населения. Самый низкий уровень отмечался в 2010 г. — 15,2 на 100 тыс. населения, а самый высокий в 2018 г. — 34,8 на 100 тыс. населения. В пределах указанного диапазона изменения годовых показателей заболеваемости характеризовались стабильностью и относительно прямолинейной зависимостью со средним темпом ежегодного прироста $T_{np} = -0,9\%$. Скарлатина демонстрирует четкость и закономерность в проявлении периодических подъемов заболеваемости с интервалами 3–4 года. В 2018 г. заболеваемость скарлатиной находилась в фазе подъема. При анализе многолетней периодичности эпидемического процесса скарлатины с элиминацией длительно действующих на него причинных факторов, установлено, что в годы подъемов заболеваемости циклические факторы определяли от 2,4 до 42,3 % итоговых годовых показателей заболеваемости в отдельные годы. В Гомельской области городские жители болеют в 10–12 раз чаще, чем сельские жители. На каждой территории сложился комплекс постоянно действующих социальных факторов (численность населения, структура населения по возрастам, контингентам, уровень урбанизации мест проживания, уровень медицинского обслуживания и др.) комплексное действие которых оказывает влияние на формирование уровня заболеваемости скарлатиной. На основании анализа типовой кривой, построенной по средним многолетним данным, установлено, что в течение года сезонный подъем заболеваемости отмечался с ноября по июнь и длился 8 месяцев. Максимальная заболеваемость регистрировалась в феврале — 4,7 случаев на 100 тыс. населения, что составило 17,2 % от всех заболевших скарлатиной в течение года, минимальная — в августе — 0,9 случаев на 100 тыс. населения (2,2 %). Размах между максимальным и минимальным показателями составил 5,2. Верхний предел круглогодичной заболеваемости равен 2,8. Годовой показатель круглогодичной заболеваемости — 26,9 или 86,7 %, а годовой показатель сезонной — 3,81 или 12,4 %. Таким образом, заболеваемость скарлатиной формировалась в течение года преимущественно под влиянием круглогодичных факторов. Колебания сезонной заболеваемости в пределах от 11 до 18 %. При оценке общей совокупности заболевших скарлатиной в различных возрастных группах среди населения Гомельской области основную долю составили дети до 17 лет, из них 78,7 % заболевших составляли дети 3–6 лет, находящиеся в учреждениях дошкольного образования. У них определяются два пика заболе-

ваемости: весенний (февраль-май) и осенне-зимний (ноябрь-декабрь). Дети садового возраста являются экологической нишей для возбудителя скарлатины в межэпидемический период. Нами проанализировано 100 медицинских карт, обратившихся с диагнозом «скарлатина» пациентов. Большинство пациентов обратилось за медицинской помощью в течение 1–2 дня развития симптомов, что говорит об остром начале заболевания. Легкая форма течения заболевания (74 %) преобладает над среднетяжелыми и тяжелыми формами скарлатины. Лифмаденит как симптом присутствует у 62 %, наблюдалось отсутствие типичной мелкоочечной сыпи у 6 %, вся остальная симптоматика типична. По причине применения антибиотиков в лечении и сдачи на поздних сроках, бактериологический анализ положительный только у 12 %. В 17 % случаев первоначально ставился диагноз ОРИ, но по мере наблюдения за пациентами и проявления специфических симптомов, подтверждался клинически диагноз скарлатины. Наибольшее число случаев скарлатины зарегистрировано в 2017 г. в данной поликлинике, что может быть связано с улучшения качества дифференцировки скарлатины от других инфекционных заболеваний не без помощи клинического и бактериологического методов исследования. Также были проанализированы последние 25 историй болезни за 2019 г. в ГОИКБ. Из них 64 % мужского пола, 36 % женского. В сравнении с амбулаторными пациентами, процент тяжелого и среднего течения превалирует над легким протеканием скарлатины: 72 % против 28 %, когда по амбулаторным данным было получено 26 % против 74 %. Положительный бак-посев у 3 пациентов. *Str. Pyogenes* у всех троих чувствителен к Ципрофлоксацину, Цефепиму, Хлорамфениколу, Доксициклину, все три резистентны к Бензилпенициллину, Ампициллину. Локализация и характер сыпи в стационаре и в поликлинике не имеет специфических отличий, как и симптомы синдрома интоксикации, такие как температура пациентов в первые дни обращения специфические изменения для скарлатины в ротоглотке, что говорит о типичности симптоматики протекания данного заболевания у исследуемых пациентов. Важно дифференцировать скарлатину от иерсиниоза, диагностируемого исходя из лихорадки, синдрома интоксикации и синдрома гастроэнтероколита, также заподозрить помогают некоторые показатели биохимического анализа крови, такие как алат, асат, креатинин, амилаза, которые указывают на повреждение органов при иерсиниозе. У 20 % исследуемых пациентов 1 либо 2 вышеперечисленных показателя были незначительно повышены, что не дает оснований заподозрить повреждение органов и, собственно, сам иерсиниоз, и продолжать исследования с целью диагностирования.

Выводы

Клиническое течение скарлатины сохраняет свою типичность клинической симптоматики. Наблюдается тенденция к преобладанию легкой формы заболевания в связи со своевременным обращением, верной дифференцировкой, ранней диагностикой и своевременным лечением. Основными методами исследований в современных условиях остаются клиническая и бактериологическая диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бедулина, И. М. Эпидемиологическая значимость клинических проявлений скарлатины в настоящее время / И. М. Бедулина, Г. Н. Чистенко, О. В. Гриневиц // Белорусский медицинский журнал. — 2005. — № 2. — С. 25–27.
2. Динамика эпидемического процесса скарлатины в Заводском районе г. Минска / А. М. Дронина [и др.] // Современные проблемы инфекционной патологии человека [Электронный ресурс]: сб. науч. тр. / М-во здравоохран. Респ. Беларусь. РНПЦ эпидемиологии и микробиологии; под ред. Л. П. Титова. — Минск: ГУ РНМБ, 2017. — Вып. 10. — С. 294–297.
3. Чистенко, Г. Н. Пространственное распределение заболеваемости скарлатиной на территории Республики Беларусь / Г. Н. Чистенко, И. М. Бедулина // Медицинский журнал. — 2006. — № 4. — С. 4–7.