

реже сеялась клебсиелла — в 7,4 % (у 4 детей), энтерококк — в 3,7 % (у 2 детей), по 1 случаю энтеробактер, псевдомонас аэрогеноса, протей, что составило 5,6 %. При контрольном посеве в 100 % случаев рост не получен.

#### **Выводы**

1. В раннем возрасте острый пиелонефрит чаще встречается у детей на первом году жизни, преимущественно у девочек.

2. Острый пиелонефрит у детей раннего возраста чаще протекает под маской «ОРИ», именно с таким диагнозом в стационар поступает больше половины детей, в состоянии средней тяжести, на 5-е и более сутки от начала заболевания. Клинически проявляется интоксикационным и астеническим синдромами.

3. Общий анализ крови в большинстве случаев характеризуется воспалительными изменениями в виде нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорения СОЭ и анемией, чаще легкой степени тяжести.

4. В общем анализе мочи в 100 % случаев характерна лейкоцитурия, часто — микропротеинурия, реже гематурия. Бактериурия — редкий лабораторный признак у детей раннего возраста.

5. Исследование показало низкий уровень высева флоры из мочи. Основным возбудителем острого пиелонефрита является *E. Coli* и *Kl. pneumoniae*.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гасилина, Е. С. Пиелонефрит у детей раннего возраста / Е. С. Гасилина, Г. А. Маковецкая, Л. И. Мазур // III Российский конгресс педиатров-нефрологов России: материалы конгресса. — СПб., 2003. — С. 99–100.

2. Особенности пиелонефрита у детей грудного возраста / Л. С. Зыкова [и др.] // Рос. педиатрический журнал. — 2003. — № 2. — С. 8–10.

**УДК 616.917-036.1-036.2-053.2**

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

**Алейнова В. В., Арещенко Д. С.**

**Научный руководитель: ассистент О. В. Калачева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Стрептококковые заболевания в настоящее время регистрируются во всех регионах земного шара. Стрептококки, особенно группы А, продолжают наносить значительный социально-экономический ущерб и оставаться в числе актуальных проблем здравоохранения многих стран. По данным М. И. Брико (2009 г.), экономический ущерб, наносимый стрептококковыми инфекциями и их последствиями, примерно в 10 раз выше, чем таковой от вирусного гепатита. На современном этапе для стрептококковой инфекции характерна убиквитарность распространения, устойчивость возбудителя во внешней среде, множественность хозяев, принадлежность к индигенной флоре и высокая изменчивость (множественность серологических вариантов).

Скарлатина — это инфекционное заболевание, вызываемое *Streptococcus pyogenes* при первичном инфицировании человека бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА). Скарлатина относится к неуправляемым инфекционным заболеваниям и встречается преимущественно в детском возрасте, но единичные случаи заболеваний бывают и среди взрослых. Частота легких и стертых форм заболевания приводит к поздней диагностике,

частым диагностическим ошибкам, к несвоевременному лечению и проведению противоэпидемических мероприятий в очаге. Заболеваемость и в настоящее время остается на высоком уровне. Так, в 2011 г. в Гомеле зарегистрировано 303 случая скарлатины и показатель заболеваемости составил 61,4 на 100 тыс. населения, а в 2012 было зарегистрировано уже 366 случаев и показатель заболеваемости увеличился до 73,0 на 100 тыс. населения.

### **Цель**

Выявить клинико-эпидемиологические особенности течения скарлатины у детей на современном этапе.

### **Материалы и методы исследования**

Нами были изучены медицинские карты пациентов (100), находившихся на стационарном лечении в ГОИКБ в 2012 г., и карты медицинского наблюдения (50) пациентов, получавших лечение амбулаторно.

### **Результаты исследования**

Во всех случаях на амбулаторном этапе был выставлен первичный диагноз: скарлатина типичная, средней степени тяжести. Средний возраст заболевших составил 4–6 лет. Практически во всех случаях заболевание начиналось остро с резкого подъема температуры до фебрильного уровня, средняя продолжительность лихорадки составила  $4 \pm 0,8$  дня. Интоксикационный синдром проявлялся вялостью (85 %), снижением аппетита (56 %), головной болью (43 %), болью в горле (87 %). Заболевание сопровождалось появлением мелкоочечной сыпи на гиперемизованном фоне кожи со сгущением в естественных складках и склонной к слиянию. Так, характерная сыпь появилась в 1-й день повышения температуры у (44,4 %) детей и у (45,6 %) на 2-е сутки от начала заболевания. Другой патогномичный признак скарлатины — язык, обложенный густым белым налетом, в первые сутки заболевания отмечался у (41,7 %). Интересно, что у (58,3 %) в первые сутки заболевания язык имел ярко-красный цвет с гипертрофированными сосочками, «малиновый язык», что характерно для более поздних сроков заболевания (5–6 сутки), и может указывать на позднюю диагностику заболевания и более его легкое течение. У всех детей выявлена гиперемия слизистой оболочки глотки, небных дужек. Состояние регионарных лимфатических узлов не изменено. В общем анализе крови отмечался незначительный лейкоцитоз до  $10,5 \times 10^9/\text{л}$  и повышение СОЭ до 18 мм/ч, у (10 %) сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

В качестве этиотропной терапии на амбулаторном этапе в (30 %) применялись бета-лактамы (амоксциллин), (58 %) ингибитор защищенные бета-лактамы (амоксиклав). У (12 %) терапия проводилась эритромицином. Средняя продолжительность применения антибактериальных препаратов составила  $8 \pm 2$  дня. Длительность заболевания на амбулаторном этапе составила  $12 \pm 2$  дня. Во всех случаях проводились противоэпидемические мероприятия в очаге (детские учреждения, жилые помещения).

У всех пациентов, поступивших в стационар, был выставлен диагноз: «Скарлатина типичная, средней степени тяжести». Заболевание начиналось остро, с резкого повышения температуры, при этом у 70 % госпитализированных детей наблюдалось повышение температуры до 39–39,6 °С, у 25 % — больше 38 °С и у 5 % температура колебалась от 37 до 38 °С. Появление сыпи отмечалось у 80 % детей на 2 день. Так же предъявлялись жалобы на снижение температуры, нарушение сознания, вялость; боли в горле, редкий сухой кашель.

При осмотре выявлены следующие данные: сыпь мелкоочечная на гиперемизованном фоне, склонная к слиянию со сгущением в естественных складках на коже туловища, конечностей. Время появления сыпи у пациентов данной группы — на  $1,5 \pm 0,5$  сут. Увеличение подчелюстных лимфоузлов до 1–2 см у 90 % исследованных детей; у 10 % имеет место увеличение также и шейных лимфоузлов до 1–1,5 см. Язык влажный, покрыт белым налетом у 20 %, «малиновый» у 80 %, у 100 % зев «пылающий». Миндалины рыхлые, гипертрофированы II–III степени. При этом у 40 % имеется белый налет на миндалинах. На 3–4 день сыпь убывает характер. У 10 % госпитализированных заболевание протекало в сочетании с ангиной.

В общем анализе крови: лейкоцитоз до  $17 \times 10^9/\text{л}$  со сдвигом лейкоцитарной формулы влево; повышение СОЭ до  $23 \pm 4$  мм/ч.

При лечении в стационарных условиях использовались цефалоспорины (цефотаксим, цефтриаксон), азитромицин, метронидазол. Длительность стационарного лечения достигает 5–7 дней. После выписки пациентам рекомендовано наблюдение участкового терапевта на дому, диета (стол Б).

#### **Выводы**

1. Скарлатине чаще подвержены дети от 1 до 11 лет. Наибольшая частота заболевания среди детей 3–6 лет.

2. В младшем возрасте заболевание протекает тяжелее: повышение температуры до  $39^\circ\text{C}$  и выше. Сочетание с ангиной, тонзиллитом.

3. В стационарных условиях используется инфузионная терапия; применяются антибактериальные препараты цефалоспоринового ряда.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Покровский, В. И. Стрептококки и стрептококкозы / В. И. Покровский, Н. И. Брико, Л. А. Ряпис. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 544 с.

**УДК 612.117:612.015.1**

### **ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЗОЦИМА В КРОВИ У КРЫС**

**Алексеева Н. С., Бликян М. В., Эльканова С. Д.**

**Научные руководители: д.м.н., професор В. Г. Овсянников,  
к.м.н., доцент В. В. Алексеев**

**Учреждение образования**

**«Ростовский государственный медицинский университет»  
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация**

#### **Введение**

Лизоцим представляет собой антибактериальный фермент из класса гидролаз, разрушающий пептидогликан клеточной стенки бактерий — муреин, содержится практически во всех жидких средах организма. Лизоцим крови имеет большое значение в ее антибактериальной активности. В крови его синтезируют нейтрофилы и моноциты/макрофаги.

Интерес к данному вопросу у нас возник после того как мы столкнулись с некоторыми проблемами при изучении лизоцимной активности сыворотки крыс при моделировании острой соматической боли, а именно с малой освещенностью вопроса концентрации лизоцима в норме у крыс разных возрастных групп.

#### **Цель**

Определение лизоцимной активности сыворотки крови у крыс всех возрастных категорий.

#### **Задачи**

Определить и оценить изменения лизоцимной активности сыворотки крови у крыс всех возрастных категорий.

#### **Материалы и методы исследования**

Работа была выполнена на 60 самцах белых нелинейных крыс. Было выделено 5 возрастных групп: новорожденные (НР) (3–5 дней), «прозревшие» (12–16 дней), месячные (28–35 дней), взрослые (3–6 мес.) и старые (более одного года жизни) крысы.

Забор материала осуществляли у крыс после декапитации гильотинным методом, после чего подвергали кровь центрифугированию с целью получения сыворотки в течение 20 минут при 1500 оборотах в минуту. Полученную сыворотку использовали для исследования активности лизоцима по нефелометрическому методу Дорофейчука [1].

О лизоцимной активности судят по изменению степени светопропускания опытной микробной взвеси микрококка по сравнению с исходной.