

Эпидемиологические особенности скарлатины в современных условиях

Проанализированы 160 карт эпидемиологического обследования очагов скарлатины, зарегистрированных в Первомайском районе г. Минска в течение 1998-2002 гг. В структуре заболевших скарлатиной преобладают лица в возрасте до 6 лет, посещающие организованные детские коллективы (67,93%). У 82,39% больных скарлатина протекала в форме средней тяжести, у остальных – в легкой форме. У 25,16% больных скарлатиной предварительный диагноз не совпадал с окончательным.

Ключевые слова: скарлатина, эпидемические очаги, заболеваемость.

I.M. Bedulina, G.N. Chistenko, N.V. Vilkitskaya

Epidemiological feature of the scarlet fever in modern conditions
160 maps of the epidemiological investigation of the scarlet fever, registered in the Pervomaysky District of the Minsk City were analysed during 1998-2002. In the structure of scarlet fever patients prevail those who are under six years old people visiting organized children's groups (67, 93 %). The disease of 82,39% scarlet fever patients was taking its light form. The preliminary diagnosis of 25,16% scarlet fever patients did not coincide with the final one.

Key word: scarlet fever, epidemic centers, disease

Скарлатина является одним из заболеваний стрептококковой этиологии, подлежащем обязательной официальной регистрации. В первой половине XX столетия скарлатина составляла значительный удельный вес в структуре инфекционной патологии человека, и наносила большой социально-экономический ущерб. Показатели смертности составляли 10-85 на 100 тысяч населения [1]. Снижение заболеваемости скарлатиной происходило с максимальных показателей в середине 50-ых годов XX века до минимальных показателей в последние годы [2].

Вместе с тем, скарлатина сохранила свою актуальность в настоящее время. В 80-е годы XX века появились сообщения о регистрации в США, ряде стран Европы, в том числе и России случаев скарлатины со смертельным исходом, а также других форм инфекции стрептококковой этиологии, впервые названных в те годы “агрессивной стрептококковой инфекцией” [6].

В Беларуси вот уже несколько десятилетий не регистрируются случаи скарлатины со смертельным исходом, показатели заболеваемости составляют 11,73-42,84 на 100 тысяч населения. Однако, по-прежнему, встречаются групповые случаи заболевания и нередко осложнения после перенесенной инфекции. Целью данной работы явилось изучение особенностей эпидемиологии скарлатины в квартирных очагах и организованных коллективах.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужили 160 карт эпидемиологического обследования (учётная форма №357/у) очагов скарлатины, которые были зарегистрированы в течение 1998-2002 гг. на территории Первомайского района

г. Минска. Обработку материалов исследования проводили с использованием статистического пакета компьютерной программы Excel. Результаты и их обсуждение

В общей структуре заболевших скарлатиной за период 1998-2002 гг. на территории Первомайского района г. Минска на долю лиц женского и мужского пола приходилось 51,6 и 48,4% соответственно, средний возраст заболевших составлял $6,04 \pm 0,28$ лет. Среди заболевших дети 3-6 лет, посещающие детские дошкольные учреждения, составили 49,69%, организованные дети 0-2 лет - 18,24%, неорганизованные дети 3-6 и 0-2 лет - 1,26 и 0,63% соответственно, дети 7-14 лет - 26,42%, лица 15 лет и старше - 3,77%.

Заболевание протекало типично в 99,37% случаев. Средняя тяжесть заболевания отмечалась у 82,39% заболевших, у 17,61% скарлатина протекала в лёгкой форме. Обращение пациентов за медицинской помощью отмечалось в среднем на $1,6 \pm 0,13$ сутки от начала заболевания. Предварительный диагноз скарлатина устанавливался в 74,84% случаев. В 25,16% случаев диагноз, установленный при обращении за медицинской помощью, не совпадал с окончательным диагнозом. По частоте встречаемости предварительные диагнозы распределялись следующим образом (рис.1).



Рис.1. Структура предварительных диагнозов у больных скарлатиной (%).

Сведения о заболевших поступали в ЦГЭ в среднем на $1,45 \pm 0,12$ сутки с момента обращения за медицинской помощью. Следует отметить своевременное и оперативное проведение эпидемиологического обследования квартирных очагов специалистами санитарно-эпидемиологической службы, которое осуществлялось в первые часы с момента поступления информации в центр гигиены и эпидемиологии.

Среди заболевших 8,81% были госпитализированы в ДИКБ в среднем на $1,36 \pm 1,15$ сутки с момента обращения. Характерная для заболевания сыпь отмечалась на $1,49 \pm 0,13$ сутки от начала заболевания. В 66,04% случаев больным проводилось бактериологическое обследование (мазок из зева, который был взят на $2,42 \pm 0,22$ сутки от начала заболевания). У 22,67% обследованных при

бактериологическом обследовании был выделен стрептококк. Из всех заболевших диагноз был подтверждён бактериологически и лечение проводилось с учётом чувствительности стрептококков к антибиотикам только у 10,69%. Сообщение об установлении окончательного диагноза скарлатина письменным экстренным извещением было получено на $10,01 \pm 0,39$ сутки с момента обращения за медицинской помощью.

При изучении эпидемиологического анамнеза установлено, что 9,43% заболевших скарлатиной посещали места массового скопления людей (кафе, театры, ежедневно пользовались общественным транспортом), 3,14% выезжали за пределы города, в том числе за пределы Республики Беларусь. В летних оздоровительных лагерях и санаториях находились 1,89% больных, в ориентировочные сроки заражения посещали родственников, знакомых и находились с ними в тесном контакте 1,89% заболевших, 1,26% больных находились в стационаре. У 4,4% больных в анамнезе в ориентировочные сроки заражения отмечались заболевания респираторного тракта и стрептодермия. 25,79% больных скарлатиной в ориентировочные сроки заражения пиогенным стрептококком находились в контакте с больными заболеваниями предположительно стрептококковой этиологии (Рис.2).

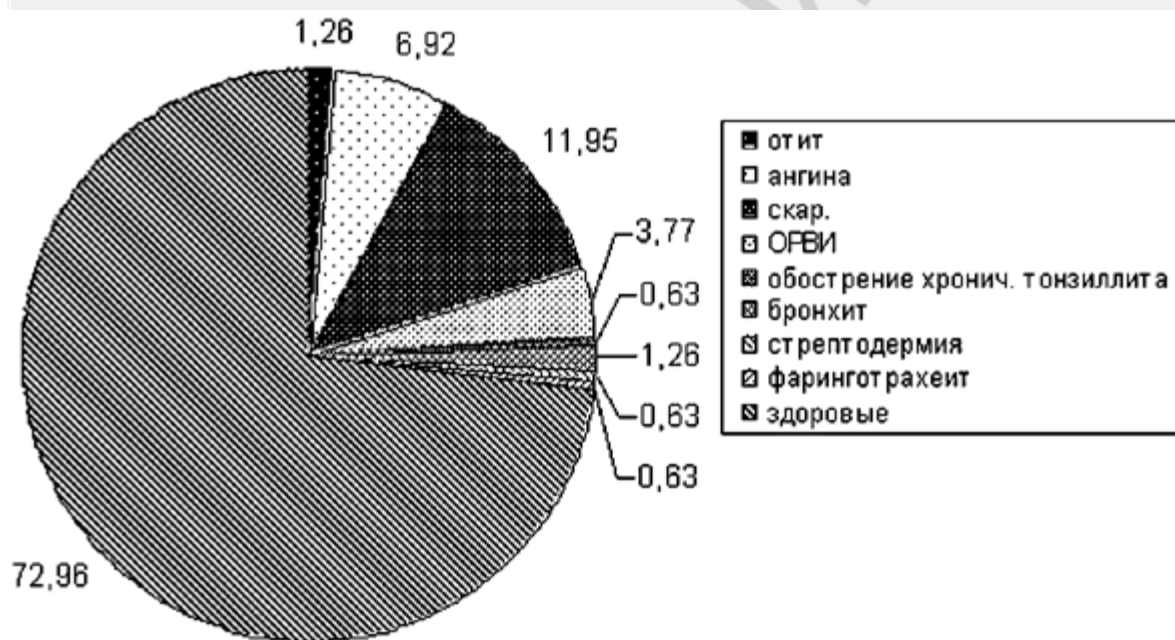


Рис.2. Структура заболеваний у лиц, которые могли стать источником инфекции для заболевших скарлатиной (%).

Из 160 больных скарлатиной в общежитии проживало 5,66%. Каждый заболевший в среднем находился в контакте в квартирном очаге с $3,7 \pm 0,08$ членами семьи. Число контактных в квартирных очагах в целом составило 394 человека. В 91% очагов отмечалось несоответствие требованиям санитарных норм и правил жилой площади и числа проживающих. В среднем переуплотнение составило 2,18 раза. Из 394 человек, находившихся в контакте с больными в квартирных очагах, только 4,82% (19 человек) в анамнезе (со слов) отмечали скарлатину. Из числа лиц, контактировавших в квартирных очагах с больными скарлатиной, 22,34% составляли эпидемически значимую группу (работники и воспитанники детских дошкольных учреждений, преподаватели и учащиеся школ, лицеев и гимназий, работники медицинских учреждений,

имеющие непосредственный тесный контакт с детьми, а также лица, по роду деятельности контактирующие с продуктами питания). И только 9,09% из них ранее перенесли скарлатину.

Из 132 организованных коллективов, в которых было проведено эпидемиологическое обследование, в 2,64% коллективов случаи скарлатины регистрировались повторно в ориентировочные сроки заражения. В контакте с заболевшими в организованных коллективах находились 313 сотрудников и 1884 ребёнка. Бактериологическое обследование 18 и 22 контактных для выявления больных и носителей стрептококковой инфекции проводилось за изучаемый период дважды при регистрации более 3 случаев в одной группе детских дошкольных учреждений.

Таким образом, основное число заболевших скарлатиной в современных условиях составляют лица в возрасте до 6 лет, посещающие организованные детские коллективы (67,93%). В подавляющем большинстве случаев (82,39%) скарлатина протекает в форме средней тяжести, у остальных больных отмечается легкое течение. При разработке мероприятий по совершенствованию профилактики заболеваемости скарлатиной следует учитывать, что у 25,16% больных скарлатиной предварительный диагноз не совпадал с окончательным.

Литература

1. Беляков В.Д. “Сюрпризы” стрептококковой инфекции. //Вестник Российской АМН. - 1996. - №11. – С. 24-28.
2. Брико Н.И. Тенденции развития эпидемического процесса и профилактика болезней, вызываемых стрептококками серогруппы А. //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001 . - №2 .– С. 42-45.
3. Данилова Т.А. Инвазивная инфекция, вызываемая стрептококками группы А, и синдром стрептококкового токсического шока. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2001 . - №3 .– С. 99-105.
4. Тотолян А.А., Малеев В.В. Современные проблемы стрептококковой инфекции. //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1996 . - №2 .– С. 117-120.
5. Филатов Н.Н. Научно-организационные и методические основы эпидемиологического надзора за стрептококковой инфекцией группы А в условиях крупного города. //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1998. - №1 .– С. 40-43.
6. Schmitt H. Scharlach. //Deutsch. Med. Wochenschr. - 1993. – 118(29-30).
7. Czarkowski M.P. Scarlet fever in 1998. //Przegl. pidemiol. – 2000. - 54 (1-2): p51-7.