

Скарлатина – острое инфекционное заболевание, проявляющееся мелкоточечной сыпью, лихорадкой, общей интоксикацией, ангиной. Возбудитель болезни – стрептококк группы А. Заражение происходит от больных воздушно-капельным путем (при кашле, чихании, разговоре), а также через предметы обихода (посуда, игрушки, белье). Особенно опасны больные как источники инфекции в первые дни болезни.

Скарлатиной чаще всего болеют дети от 2 до 10 лет.



Инкубационный период длится от 2 до 7 дней.

Симптомы и течение: заболевание начинается остро с повышения температуры до 38,5-39 градусов, рвоты. Больные жалуются на головную боль, разбитость во всем теле, болезненность в горле при глотании. При осмотре зева обнаруживается яркое покраснение мягкого неба, язычка и миндалин с резкой границей по краю твердого неба. Небные миндалины резко увеличены и полнокровны, ангина может быть катаральной или фолликулярной. Язык обложен густым белым налетом, по краям красный. Подчелюстные лимфатические узлы при ощупывании болезненны.

К концу первого дня болезни или на второй день на теле больного появляется типичная для скарлатины мелкоточечная сыпь. Мелкоточечные ярко-красные элементы сыпи расположены так

близко один от другого, что местами сливаются в сплошное поле покраснения. Сыпь сначала появляется на шее, груди, затем распространяется по всему телу. Лицо больного отличается ярким покраснением щек, а область подбородка и окружность рта выделяются значительной бледностью кожи – белый треугольник. Этот симптом может отсутствовать при легкой форме скарлатины. На внутренних поверхностях бедер, рук и на животе сыпь более обильная и яркая. При легком надавливании на кожу появляется белая полоса (белый дермографизм).

Катаральная ангина к 3-4 дню может перейти в фолликулярную, лакунарную или некротическую. Начиная с 3-4 дня болезни, язык освобождается от налета и приобретает ярко-красный цвет, зернистый, как спелая малина (“малиновый язык”).

Сыпь держится в среднем от 2 до 5 дней, затем постепенно исчезает, температура тела снижается. Вместе с исчезновением сыпи постепенно проходит и ангина. К концу первой или в начале второй недели появляется шелушение кожи. Со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдается тахикардия (учащенное сердцебиение), умеренное приглушение тонов сердца. Отмечается повышенная ломкость сосудов (склонность к кровоизлияниям).

Тяжесть течения скарлатины может быть различной. При легкой, “стертой” форме скарлатины все признаки выражены мало, а некоторые из симптомов могут отсутствовать совсем (например, сыпь). В настоящее время тяжелые формы скарлатины встречаются редко, и может протекать в двух основных вариантах:

1) *токсическая скарлатина* с резко выраженными явлениями интоксикации (лихорадка, затемнение сознания, бред, а у детей раннего возраста судороги), все симптомы со стороны зева и кожи ярко выражены; 2) *тяжелая септическая скарлатина* с некротической ангиной, воспалением подчелюстных лимфатических узлов и частыми осложнениями; некрозы в зеве могут располагаться не только на миндалинах, но и на слизистой оболочке мягкого неба и задней стенке глотки.

Осложнения: воспаление лимфатических узлов (лимфаденит), отит (воспаление среднего уха), мастоидит (воспаление сосцевидного отростка), нефрит (воспаление почек), отогенный абсцесс мозга, ревматизм, миокардит.

Лечение: как правило, проводится дома. Стационарное лечение необходимо в тяжелых случаях и при наличии осложнений. До снижения температуры больные должны соблюдать постельный режим. В острый период заболевания необходимо обильное теплое

питье (чай с лимоном, фруктовые соки), жидкую или полужидкую пищу с некоторым ограничением белков.

Назначаются антибиотики пенициллинового ряда (феноксиметилпенициллин, амоксициллин, ретарпен, амоксициллин, амоксиклав) в течение 5-7 дней. Дополнительно назначается витаминотерапия (витамины группы В, витамин С). В тяжелых случаях назначают раствор глюкозы или гемодез внутривенно, для уменьшения интоксикации.

Профилактика. Больной скарлатиной подлежит изоляции. За лицами, контактировавшими с больным, устанавливается медицинское наблюдение в течение 7 дней. В квартире, где находится больной, должна проводиться регулярная дезинфекция (влажная уборка).

МЕРОПРИЯТИЯ В ДЕТСКОМ САДУ ВО ВРЕМЯ

КАРАНТИНА ПО СКАРЛАТИНЕ

Возбудитель скарлатины окончательно не установлен. Один из исследователей считает возбудителем гемолитический стрептококк, другие – фильтрующийся вирус, под действием которого стрептококк активизируется. Главным источником инфекции является больной. При выявлении больного скарлатиной его немедленно изолируют в отдельную комнату или бокс и в зависимости от бытовых условий ребёнка отправляют домой или принимают меры для срочной госпитализации. После удаления заболевшего в детском дошкольном учреждении проводится текущая дезинфекция и тщательная уборка, кипячение посуды и белья, а также проветривание помещений. Учреждение продолжает функционировать. Группа, в которой было заболевание, полностью изолируется от остальных на 7 дней, приём в неё новых детей, не болевших скарлатиной, на это время прекращается. Во время карантина врач ежедневно тщательно следит за состоянием зева, кожи у детей этой группы и персонала, измеряет температуру.

Ребёнка и взрослого при малейшем подозрении на лёгкую ангину, особенно в том случае, если они обращались с больным скарлатиной, надо немедленно удалить. Их не допускают в детское дошкольное учреждение в течение 12 дней. Они подлежат изоляции дома. Дети карантинной группы должны проводить длительное время на свежем воздухе, во время сна кровати их следует максимально раздвинуть. Для повышения устойчивости организма против болезни желательно больше давать детям витаминов, особенно витамина С (в виде настоя шиповника, лимона, аскорбиновой кислоты и др.). В случае контакта с больным скарлатиной дома дети, не болевшие ею, допускаются в детское дошкольное учреждение через 7 дней после госпитализации или прекращения общения с больным ребёнком. Работники детского дошкольного учреждения, соприкасающиеся с больным скарлатиной вне детского дошкольного учреждения, могут быть

допущены на работу при отсутствии у них воспалительных явлений зева и носоглотки. В течение 7 дней (после изоляции больного) за ними проводится медицинское наблюдение. Для предупреждения заражения от переболевших детей с болезненным состоянием носоглотки (острый и хронический насморк, воспаления миндалин и т. д.) удлиняют срок пребывания их (и лечение) дома.