

СКАРЛАТИНА

Скарлатина - острое инфекционное заболевание, характеризующееся симптомами общей интоксикации, ангиной и высыпаниями на коже.

Этиология. Возбудитель заболевания - гемолитический стрептококк группы А. Его особенностью является способность вырабатывать экзотоксин. Возбудитель достаточно устойчив во внешней среде, может в течении длительного времени сохраняться в пищевых продуктах.

Эпидемиология. Источник инфекции - больной скарлатиной или другим стрептококковым заболеванием. Механизм передачи инфекции — воздушно-капельный. Возможна передача через предметы обихода, а также через инфицированные продукты. После перенесенного заболевания вырабатывается иммунитет, однако могут наблюдаться повторные случаи скарлатины.

Патогенез. Входными воротами для возбудителя являются небные миндалины, у детей раннего возраста из-за их недоразвития - глоточная миндалина или слизистая оболочка верхних дыхательных путей. В редких случаях стрептококк может проникать в организм через раневую или ожоговую поверхность кожи. Развитие болезни связано с токсическим, септическим (воспалительным) и аллергическим воздействием возбудителя. На месте внедрения стрептококка формируется воспалительный очаг. По лимфатическим и кровеносным сосудам возбудитель проникает в регионарные лимфатические узлы и вызывает их поражение. Поступление в кровь экзотоксина приводит к развитию симптомов интоксикации. Характерным для возбудителя является избирательное поражение мельчайших периферических сосудов кожи, вегетативной нервной системы и сердечно - сосудистой системы.

Клиническая картина. Инкубационный период продолжается от 2 до 12 дней. Заболевание начинается остро : повышается температура тела, возникает общая слабость, боль в горле, нередко рвота. В течении 1-х суток, реже в начале 2-х на коже появляется сыпь, которая быстро распространяется на лицо, шею, туловище и конечности. Скарлатинозная сыпь имеет вид мелких точечных элементов, близко расположенных друг к другу на гиперимированном фоне кожи. Кожа сухая, на ощупь шершавая, при легком надавливании появляется стойкий белый дермографизм. На фоне яркой окраски щек четко выявляется бледный, не покрытый сыпью, носогубный треугольник, описанный Филатовым.

Постоянным симптомом скарлатины является ангина- катаральная, фолликулярная, лакунарная. Язык в 1-е дни обложен белым налетом, со 2-3 -го дня начинает очищаться, становится ярко-красным, зернистым, напоминая спелую малину («малиновый язык»). Отмечаются симптомы «скарлатинозного сердца»: тахикардия, сменяющаяся брадикардией, приглушение тонов сердца,

систолический шум, иногда расширение границ сердца.

Острый период болезни 4-5 дней, затем состояние улучшается. Исчезает сыпь, снижается температура, проходит ангина. На 2-й неделе заболевания на ладонях, пальцах рук и ног появляется пластинчатое шелушение, не выражено, на туловище — отрубевидное. У грудных детей шелушение не выражено.

Наиболее частыми *осложнениями* являются: лимфаденит, отит, синусит, нефрит, миокардит.

Лечение. Госпитализации подлежат дети по эпидемическим показаниям, а также с тяжелыми и осложненными формами заболевания. Лечение в домашних условиях требует тщательного наблюдения врача и медсестры, выполнения рекомендаций, контроля лабораторных исследований крови, мочи на 10-й и 21-й день заболевания.

В остром периоде скарлатины постельный режим. Диета должна соответствовать возрасту. Больным показано обильное витаминизированное питье. В лечении используются антибиотики пенициллинового ряда и антигистаминовые препараты.

Уход. Влажная уборка, проветривание помещения. Уход за слизистой оболочкой полости рта.

Профилактика. Больных изолируют сроком на 10 дней с момента заболевания. Реконвалесценты, посещающие детские учреждения, 1-й и 2-й классы школы допускаются в детский коллектив после дополнительной изоляции на 12 дней. Больные ангиной из очагов скарлатины изолируются также, как и больные скарлатиной, - на 22 дня с момента заболевания.

Мероприятия в очаге. Дети, бывшие в контакте с больными скарлатиной, посещающие ДООУ и первые 2 класса школы, подлежат разобщению на 7 дней. За ними устанавливается мед. наблюдение. Если ребенок лечится дома, контактные дети и взрослые, работающие в молочной промышленности, ДДУ, хирургическом и акушерском стационаре, подлежат мед. наблюдению в течение 17 дней. В очаге проводится проветривание, влажная уборка с использованием мыльно - содового раствора.