

Информация о скарлатине для родителей

Скарлатина – широко распространенная инфекционная болезнь, эпидемии которой регистрируются на всех континентах. Возбудитель скарлатины - стрептококк группы А. Инфекция передается воздушно - капельным путем при контакте с больным. Также возможен и контактно- бытовой механизм передачи через игрушки, книги, полотенца, посуду. Больной становится заразным с момента заболевания. Длительность этого зависит от тяжести протекания болезни: если без осложнений, то уже через 7 - 10 дней выделение стрептококка прекращается.

Заразный период ~~удлиняется~~ при наличии осложнений. Длительно могут выделять стрептококк больные с хроническими заболеваниями носоглотки - тонзиллит, ринофарингит.

Инкубационный период обычно короткий - от 2 до 7 дней, но может сокращаться до суток или удлиняться до 12 ~~дней~~. Чаще болеют дети раннего и дошкольного возраста.

Клинически заболевание ~~начинается~~ остро с внезапным повышением температуры до 39⁰С, рвоты, болью в ~~горле~~. Сразу отмечается выраженная интоксикация, головная боль, слабость.

Через несколько часов или на другой день появляется сыпь, обычно в виде мелких точек на фоне покрасневшей кожи. Особенно густо располагается она на щеках, которые становятся ярко - красными, ~~оттёния~~ бледный, не покрытый сыпью носогубный треугольник и подбородок. Другие типичные места интенсивной сыпи - на боках, внизу живота, в паху, подмышечных впадинах, под коленями. Сыпь держится 3-5 дней, но она может исчезать и намного раньше. Легкая скарлатина обычно протекает с кратковременными высыпаниями. При надавливании на кожу в месте появления сыпи остается белая полоска. Зуд не выражен.

Самый постоянный признак скарлатины ~~ангина~~; весь зев (миндалины, язычок, дужки) становится ярко - красным. Язык в первые дни покрывается густым серо - желтым налетом, а со 2 -3-го дня начинает ~~очищаться~~ с краев и с кончика, становясь тоже ярко - красным, с выраженными сосочками («малиновый язык»). Проявления ангины сохраняются до 7 - 9 дней. Бывает, что диагноз скарлатины по её ранним признакам не установлен, тогда приобретает значение поздний симптом - шелушение кожи, которое начинается на 2-3 неделе.

Наиболее частые осложнения скарлатины отит, лимфаденит, нефрит. Они возможны и в тех случаях, когда скарлатина протекала легко, поэтому независимо от тяжести заболевания ребенку назначают антибиотики. Опыт показал, что лечение этими препаратами облегчает течение заболевания, ускоряет выздоровление и, что очень важно, ~~предупреждает~~ предупреждает осложнения.

Также важно местное лечение ангины и проведение дезинтоксикации (выведение из организма ~~токсинов~~, которые образуются в процессе жизнедеятельности микроорганизмов ~~для этого дают~~ обильное питье). Показаны витамины, жаропонижающие средства. ~~Надо помнить, что~~ надо помнить, что ~~после~~ появлении указанных симптомов у детей необходимо обратиться в поликлинику по месту жительства для постановки диагноза и назначения ~~лечения~~ лечения.

Специальной диеты при скарлатине не требуется, ребенка следует кормить соответствующего ~~возрасту~~ ~~исключ~~ ~~исключая~~ жирные и острые блюда. В первые 5 - 6 дней ребенок должен оставаться в постели, потом, если он себя чувствует хорошо, можно вставать, но до одиннадцатого дня режим остается домашним. Детский сад, школу (первый - второй классы) можно посещать не раньше чем через 22 дня от начала заболевания.

Дети, ранее болевшие скарлатиной, взрослые, работающие в детских дошкольных учреждениях, первых двух классах школ, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях, общавшиеся с больным в течение всей болезни, допускаются в детские учреждения и на работу. За ними устанавливается ежедневное медицинское наблюдение в течение 17 дней от начала заболевания.

При регистрации случая заболевания скарлатиной в 1 - 3 классах всем детям ежедневно в течение 7 дней после изоляции больного проводят медицинский осмотр (зев, кожные покровы и др.). При выявлении острых респираторных поражений (ангина, фарингит и др.) их отстраняют от занятий с уведомлением участкового врача. Детей, переболевших ангиной и фарингитом, ежедневно в течение 15 дней с начала болезни осматривают на наличие шелушения кожных покровов на ладонях для ретроспективного подтверждения скарлатины. Они допускаются в коллектив после клинического выздоровления и предоставления справки от участкового врача.

Детям с хроническими тонзиллитами проводится санация.

Текущей дезинфекции в очагах скарлатины подлежат: посуда, игрушки и предметы личной гигиены с применением дезинфекционных средств, разрешенных в установленном порядке, в соответствии с инструкциями по их применению.

В случае общения с больным на протяжении всего периода болезни дети не допускаются в коллектив в течение 17 дней от начала контакта. Переболевшие допускаются в коллектив через 22 дня после начала заболевания, выписанные из больницы — через 12 дней после окончания срока изоляции.

Больные госпитализируются с тяжелыми и среднетяжелыми формами инфекции, а также по эпидпоказаниям. Диспансерное наблюдение за переболевшими скарлатиной и ангиной, независимо от наличия лабораторного подтверждения, устанавливается в течение одного месяца после выписки из стационара или амбулаторного лечения. Через 7 - 10 дней проводят клиническое обследование и контрольные анализы мочи и крови, по показаниям - ЭКГ. При отсутствии отклонений обследовании повторяют через 3 недели, после чего снимают с диспансерного учета.

Осложнения. Наиболее тяжелые осложнения скарлатины - стрептококковый сепсис, аденофлегмона и мастоидит с момента применения в качестве этиотропного средства бензилпенициллина практически исчезли. В настоящее время встречаются лишь отит и синусит.

Кроме них после перенесенного заболевания могут возникать постстрептококковые болезни - инфекционно - аллергические (токсические) миокардиты и нефриты. Миокардит развивается в период ранней реконвалесценции. Он характеризуется субфебрильной температурой тела, потливостью, общей слабостью, тахикардией или лабильностью пульса, артериальной гипотензией, умеренным лейкоцитозом, повышением СОЭ, а также изменениями электрокардиограммы. Нефрит при скарлатине развивается на 8 -14- е сутки заболевания. В современных условиях он, как правило, протекает в латентной форме, характеризуясь лишь мочевым синдромом: умеренно выраженными протеинурией, лейкоцитурией, эритроцитурией и гематурией.

Скарлатина часто вызывает обострение ревматизма, а иногда и служит толчком для его развития.

Вакцины против скарлатины не существует.

Способом защиты от заболевания могут служить карантинные мероприятия относительно заболевшего ребенка и повышение иммунной защиты организма.

Что необходимо знать родителям

1. Скарлатина – заболевание, требующее назначения антибиотика с момента установления диагноза. Стрептококк, вызывающий скарлатину, высокочувствителен к антибиотикам пенициллинового ряда. Для того чтобы избежать серьезных осложнений, которыми чревата скарлатина, родители должны строго придерживаться назначений врача и провести полный курс лечения антибиотиками.
2. Возможно проникновение инфекции через ссадину, порез. В этом случае будет отсутствовать симптоматика ангины, но принципы лечения должны быть теми же.
3. При легкой и среднетяжелой форме скарлатины госпитализация проводится по эпидемиологическим показаниям (дети из закрытых коллективов, невозможность изоляции ребенка дома). После выписки из больницы или лечения на дому, выздоровевшие дети не допускаются в коллектив детского сада и начальной школы еще 12 дней после клинического выздоровления.

Мероприятия в отношении контактных в очаге скарлатины

При регистрации заболевания скарлатиной в детском дошкольном учреждении проводят следующие мероприятия: на группу, где выявлен больной, накладывается карантин сроком на 7 дней с момента изоляции последнего больного; в течение карантина прекращается допуск новых и временно отсутствовавших детей, ранее не болевших скарлатиной. Не допускается общение с детьми из других групп детского учреждения; в карантинной группе у детей и персонала в обязательном порядке проводится осмотр зева и кожных покровов с утренней термометрией не менее 2-х раз в день; при выявлении в очаге скарлатины больного - либо из детей повышенной температуры или симптомов острого заболевания верхних дыхательных путей их изолируют от окружающих и проводят обязательный осмотр педиатром; дети, переболевшие острыми заболеваниями верхних дыхательных путей из очагов скарлатины, допускаются в коллектив после полного клинического выздоровления со справкой от педиатра. Ежедневно до 15 дня с начала болезни они осматриваются на наличие кожного шелушения на ладонях (для ретроспективного подтверждения стрептококковой инфекции); всем лицам, контактировавшим с больным, а также имеющим хронические воспалительные поражения носоглотки, проводят санацию; персоналу детского учреждения не позднее 2-го дня после возникновения очага скарлатины проводят медицинское обследование отоларингологом для выявления и санации лимфаденитами, тонзиллитами, фарингитами.

Дети, посещающие дошкольные коллективы и первые два класса школы, ранее не болевшие скарлатиной и общавшиеся с больным скарлатиной в семье (квартире) до его госпитализации, не допускаются в детское учреждение в течение 7 дней с момента последнего общения с больным. Если больной не госпитализирован, дети, общавшиеся с ним, допускаются в детское учреждение после 14 дней от начала контакта и обязательного медицинского осмотра (зев, кожные покровы и др.).

Взрослые, общавшиеся с больным скарлатиной до его госпитализации, работающие в детских дошкольных учреждениях, первых двух классах школ, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях, допускаются к работе и подлежат медицинскому наблюдению в течение 7 дней после изоляции заболевшего с целью своевременного выявления скарлатины и ангины.

Общеукрепляющие мероприятия.

- **Закаливание организма.**
- **Рациональное питание.**
- **Соблюдение правил гигиены.**
- **Своевременное проветривание помещений**
- **Своевременное выявление и лечение заболеваний десен и зубов, тонзиллитов, синуситов, отитов.**

