



СКАРЛАТИНА У ДЕТЕЙ

Зияева Гулназа Акбаровна

2-Республиканский техникум общественного здоровья им. Абу Али ибн Сино

Скарлатина (итал. Scarlattina), «пурпурная лихорадка» — это инфекционное заболевание, встречающееся преимущественно у детей в возрасте от трех до десяти лет.

В первую очередь скарлатина классифицируется по тяжести течения. Выделяют следующие ее формы:

токсическую — самую легкую, при которой проявляются характерные симптомы без осложнений;

септическую — более тяжелую, во время которой происходит некроз отдельных участков слизистой ротовой полости, воспаляются лимфоузлы;

токсико-септическую — самую тяжелую, которая начинается как токсическая, но затем стремительно переходит в септическую и характеризуется осложненным течением.

При тяжелой форме скарлатины формируются новые, так называемые вторичные, очаги стрептококковой инфекции. Оттуда она распространяется по всему организму, еще больше усугубляя ситуацию.

По наличию или отсутствию осложнений, а также по характеру их течения, скарлатина бывает: неосложненной, проходящей без негативных последствий для организма; с аллергическими реакциями на токсин, которые встречаются довольно часто; осложненной, при которых поражаются внутренние органы; abortивной, начинающейся как обычная неосложненная скарлатина, но затем самопроизвольно резко прекращающейся.

По механизму развития скарлатина бывает типичной и атипичной. Для первой разновидности характерно поэтапное развитие болезни, присутствуют все специфические симптомы.

При атипичной скарлатине клиническая картина менее четкая, симптомы смазаны и не выражены, некоторые этапы развития заболевания отсутствуют. Часто ослабленные симптомы встречаются у подростков и взрослых с хорошим иммунитетом.

Атипичная скарлатина может проявляться или нет, очень выраженной симптоматикой. Так часто случается, когда возбудитель попал в организм не через слизистую, а напрямую в кровоток — через раневую поверхность.

После того как источник инфекции попал в организм и до полного выздоровления проходит несколько этапов.



"INNOVATIVE ACHIEVEMENTS IN SCIENCE 2025"

Первая фаза заболевания — инкубационный период. У этого заболевания он достаточно короткий — от двух дней до недели. В отдельных случаях первые симптомы появляются уже через несколько часов после заражения. Изредка они отсутствуют до двух недель. Несмотря на отсутствие симптомов, заболевший ребенок может заразить скарлатиной других.

Вторая стадия скарлатины называется начальной. При ней проявляются симптомы, более того, они изначально довольно яркие. Основные признаки этой стадии — головная боль, повышение температуры, боль в горле, интоксикация.

Интоксикация проявляется:

тошнотой и рвотой; слабостью, отсутствием аппетита, повышением температуры выше 38 градусов.

Параллельно с интоксикацией происходит поражение ротоглотки, начинается тонзиллит (ангина).

При остром тонзиллите наблюдаются:

покраснение миндалин и зева;

першение в горле;

трудности с глотанием;

появление на миндалинах точек, наполненных гнойным содержимым — при фолликулярной ангине.

На острое воспаление в районе горла реагируют и шейные лимфоузлы. Они становятся больше и уплотняются.

Третья стадия — разгар болезни. В этот период ее уже нельзя спутать с обычной гнойной ангиной, вызванной другими возбудителями. На скарлатину указывают:

Красная мелкоточечная сыпь по всему телу. Свободными от нее остается только участок лица, включающий нос и подбородок. Сыпь гуще в естественных складках тела: под мышками, в подколенной области, в сгибах локтей. Высыпания напоминают характерные проявления краснухи, однако при скарлатине они значительно ярче.

Налет на языке.

Этот налет белого цвета покрывает всю поверхность языка. Через него проступают увеличенные и покрасневшие рецепторы.

Через пару дней налет постепенно сходит, и язык приобретает малиновый оттенок.

Такая форма языка, с увеличенными рецепторами и изменением цвета, сохраняется около недели, а затем он принимает здоровый вид.

Именно в период разгара скарлатины можно диагностировать ее по внешним признакам.



"INNOVATIVE ACHIEVEMENTS IN SCIENCE 2025"

Последний этап заболевания — выздоровление.

Постепенно все симптомы становятся менее выраженными, сыпь исчезает.

Однако на ее месте появляется шелушение: незначительное на лице и более крупное на конечностях. У маленьких детей эпидермис на руках и ногах может отслаиваться целыми тонкими пластинами.

Шрамов или других видимых следов скарлатина после себя не оставляет.

Заразиться можно не только от человека, у которого диагностирована скарлатина, но и от того, кто болеет ангиной, спровоцированной стрептококком. Вероятность заболеть в таком случае составляет около 40%, что значительно меньше, нежели при контакте с больным скарлатиной.

Путь распространения заболевания — бытовой. В коллективах, в частности детских, где много человек находятся в одном помещении, скарлатина передается преимущественно воздушно-капельным методом.

В семье это происходит через бытовые предметы и поверхности.

Случаи заражения через раневую поверхность менее многочисленны, нежели бытовые.

Вероятность заболеть скарлатиной повышают некоторые факторы:

Сезонность.

Обычно пик заболеваемости приходится на весну и осень, когда растет число респираторных заболеваний.

Сниженный иммунитет у ребенка вследствие острых воспалительных заболеваний.

Частые заболевания глотки и миндалин в анамнезе.

Постоянный тесный контакт с носителем инфекции.

Еще одна причина скарлатины — нарушение правил гигиены. Патоген, попадая на руки, проникнуть в организм через кожу не может. Но это ему легко удастся, если положить невымытыми руками в рот еду. Так возбудитель оказывается в нужной ему среде и активно атакует слизистую.

Профилактика

В подавляющем большинстве случаев скарлатина протекает достаточно легко, не вызывая серьезных осложнений и не подрывая здоровье ребенка или взрослого.

Смертность от этого заболевания составляет менее 1%, и летальные случаи, как правило, связаны с тем, что организм заболевшего человека и без того был ослаблен.

Однако это не значит, что профилактику скарлатины нужно игнорировать. Даже если она не приводит к осложнениям, то надолго лишает человека работоспособности и активности, доставляет ему сильный дискомфорт.



ЛИТЕРАТУРА:

1. Mirvarisova, L. T., Nurmatova, K. H., & Mirzarahimova, K. R. (2018). Medical management, optimization and improvement of the health system in Uzbekistan. *Journal of Dentistry*. –Tashkent, 4, 61-64.
2. Kamilova, D. N., Raxmatullaeva, D. M., Tangirov, A. L., Urinbayeva, N. A., & Turakhonova, F. M. (2022). A new stage in health care reform that is, about medical tourism and its development. *British Medical Journal*, 2(4), 262-274.
3. Mirzarakhimova K. R., Nurmatova K. C. Prevention of dental diseases in women during pregnancy // *Медицина завтрашнего дня*. – 2017. – С. 418-419.
4. Мирварисова Л., Нурмамадова К., Мирзарахимова К. Медицинский менеджмент, оптимизация и совершенствование системы здравоохранения в Узбекистане // *Стоматология*. – 2018. – Т. 1. – №. 4 (73). – С. 61-64.
5. Mamatqulov, B. M., Mirzarakhimova, K. R., Urazaliyeva, I. R., Avezova, G. S., & Mirakhmedova, S. S. (2021). Risk Factors for Congenital Anomalies in Children and the Role of the Patronage Nurse. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 25(4), 8803-8815.
6. Kamilova, D. N., Irhanova, D. M., & Mirzarahimova, K. R. (2022). The health of the nation is above and most valuable. *World Bulletin of Public Health*, 16, 191-195.
7. Рахманов, Т., & Мирзарахимова, К. (2022). Разработка методических рекомендации по изучению и оценке физического развития организованных детей дошкольного возраста. *Стоматология*, 1(2-3), 96-99.
8. Рахмонов, Т. О., Нурмамадова, К. Ч., Мирзарахимова, К. Р., Солиев, Б., & Атаджанова, Д. Ш. Методика изучения врожденных аномалий у детей.
9. <https://bestclinic.ru/diseases/skarlatina/>