

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЭПИДЕМИОЛОГИИ
МИКРОБИОЛОГИИ, ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «СКАРЛАТИНА»**

ТАШКЕНТ 2025

«СОГЛАСОВАНО»

Директор Республиканского
специализированного научно-
практического медицинского центра
эпидемиологии микробиологии,
инфекционных и паразитарных



заболеваний

Тажиев

2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ «СКАРЛАТИНА»**

ТАШКЕНТ 2025

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «СКАРЛАТИНА».....	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «СКАРЛАТИНА».....	34
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «СКАРЛАТИНА».....	41

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«СКАРЛАТИНА»**

1. Вводная часть

Коды по МКБ-11:

A38.	Скарлатина; https://icd.who.int/browse11/l-m/ru https://mkb-10.com/
------	---

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению инфекционные болезни:

1.	Туйчиев Л.Н.	Зав. кафедры инфекционных и детских инфекционных болезней Ташкентской медицинской академии, д.м.н, проф.	Ташкентская Медицинская Академия
2.	Худайкулова Гульнара Каримовна	Зав.кафедрой Общественного здоровья и менеджмента ТМА, Главный детский инфекционист МЗ РУз, д.м.н., доцент	Ташкентская медицинская академия
3.	Рахматуллаева Шахноза Бахадировна	Доцент кафедры Инфекционных и детских инфекционных болезней ТМА, д.м.н., доцент	Ташкентская медицинская академия
4.	Муминова Махбуба Тешаевна	Доцент кафедры Инфекционных и детских инфекционных болезней ТМА, к.м.н., доцент	Ташкентская медицинская академия
5.	Фахриддинова Диляфруз Максад кизи	Ассистент кафедры Инфекционных и детских инфекционных болезней ТМА	Ташкентская медицинская академия
6.	Курбанова Гульноза Шукуровна	Главный врач 1 городской инфекционной больницы	1 городская инфекционная больница

Список основных авторов:

1. Худайкулова Гульнара Каримовна - Зав.кафедрой Общественного здоровья и менеджмента ТМА, Главный детский инфекционист МЗ РУз, д.м.н., доцент
2. Рахматуллаева Шахноза Бахадировна- Доцент кафедры Инфекционных и детских инфекционных болезней ТМА, д.м.н., доцент

3. Муминова Махбуба Тешаевна- Доцент кафедры Инфекционных и детских инфекционных болезней ТМА, к.м.н., доцент
4. Хакимова Рано Шухратовна- заведующая 2 отделением 1 городской инфекционной больницы
5. Низамова Саодат Абдукодировна- Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний.

Рецензенты:

Ибадова Гулнара Алиевна

д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, Узбекистан

Абуова Гульжан Наркеновна

Профессор кафедры инфекционных болезней и дерматовенерологии АО Южно-Казахстанская Медицинская Академия, г.Шымкент, Казахстан

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации инфекционистов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов РСНПМЦЭМИПЗ и заместителей), врачей региональных учреждений системы инфекционной службы в онлайн-формате _____ г., протокол № ____.
Руководитель рабочей группы - д.м.н. Туйчиев Л.Н.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Список сокращений

БГСА	Бэта гемолитический стрептококк А
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВУЗ	высшее учебное заведение
ОМС	Обязательное медицинское страхование граждан
ОПН	острая почечная недостаточность
ССД	Средняя курсовая доза
ССК	Средняя курсовая доза
СМЖ	спинномозговая жидкость
ИТШ	инфекционно-токсический шок

ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
МЗ РУз	Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
ПЦР	полимеразная цепная реакция
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЦНС	центральная нервная система
ЭКГ	электрокардиография
ЭЭГ	Электроэнцефалография

Пользователи протокола:

Врачи общей практики, терапевты, врачи/фельдшеры скорой медицинской помощи, инфекционисты, анестезиологи-реаниматологи, педиатры, дерматовенерологи, невропатологи, клинические ординаторы, магистранты, докторанты мед.вузов.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения кори в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов в данной нозологии:

больные со скарлатиной

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»

5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов
----------	---

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Основная часть.

1.1. Введение

Скарлатина (А38 по МКБ-10) – острое инфекционное заболевание, вызываемое стрептококком группы А, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся лихорадкой, синдромом интоксикации, острым тонзиллитом с регионарным лимфаденитом, мелкоточечной сыпью, склонностью к осложнениям септического и аллергического характера

Стрептококковая инфекция остается в числе наиболее острых проблем здравоохранения во всех странах, что определяется широким распространением стрептококков группы А и огромным социально—экономическим ущербом, наносимым данной патологией. Стрептококковая инфекция (СИ) поражает в первую очередь детей и подростков.

Заболевания стрептококковой природы относятся к одним из самых часто регистрируемых в мире. По данным ВОЗ тяжелыми заболеваниями, вызванными стрептококками группы А, страдает 18,1 млн. чел., из них 15,6 млн. чел. — ревматическими заболеваниями сердца. Ежегодно регистрируется около 1,8 млн. новых случаев, умирает свыше 500 000 человек, к этому следует добавить свыше 11 млн. случаев стрептодермии и 616 млн. случаев фарингитов. Стрептококковые ангины в структуре острых респираторных заболеваний занимают второе место после гриппа.

В последние десятилетия скарлатина протекает как нетяжелое заболевание, но сохраняется риск серьезных осложнений, даже летальных исходов. Несмотря на отсутствия среди госпитализированных детей тяжелых форм болезней, процент негладкого течения скарлатины остается высоким.

В настоящее время во всем мире отмечается увеличение частоты генерализованных форм стрептококковой инфекции, вызванной (3-гемолитическим стрептококком группы А (БСГА), — бактериемия, сепсис, синдром токсического шока, некротический фасцит, некротический миозит.

В мире инвазивные формы стрептококковой инфекции регистрируются редко, хотя, по мнению специалистов—патологоанатомов, они распространены, но проходят под другими диагнозами. Отсутствие системы слежения за различными формами СИ, слабое развитие лабораторной базы не позволяют судить об истинных масштабах распространения стрептококковой инфекции, и оставляют нерешенными многие проблемы.

Имеются трудности проведения дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающимися сходной клинической картиной (экзантемная форма

псевдотуберкулеза, локализованная форма дифтерии ротоглотки). По данным ряда авторов, процент расхождения диагнозов составляет 5—9 %.

До настоящего времени сохраняется очаговость скарлатины в детских дошкольных учреждениях. В этих случаях имеет место несвоевременная диагностика различных форм стрептококковой инфекции, что приводит к длительной циркуляции стрептококка группы А в коллективе, следовательно, продолжительной вспышке стрептококковой инфекции. Проводимые в настоящее время противоэпидемические мероприятия в очагах стрептококковой инфекции нередко оказываются малоэффективными.

Все вышеуказанное свидетельствует о необходимости изучения клинико-эпидемиологических особенностей стрептококковой инфекции (скарлатины, ангины) как при спорадической заболеваемости, так и при развитии очагов в организованных детских коллективах.

Определение:

Скарлатина – острое инфекционное заболевание, вызываемое β -гемолитическим стрептококком группы А (*Str. pyogenes*), характеризующееся симптомами общей интоксикации, острым тонзиллитом, регионарным лимфаденитом, мелкоточечной сыпью на гиперемизированном фоне кожи с последующим шелушением.

Заболевание распространено повсеместно, чаще в регионах с умеренным и холодным климатом. Общий уровень и динамику многолетней и месячной заболеваемости скарлатиной в основном определяют заболеваемость детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Ежегодно дети, посещающие детские учреждения, заболевают в 3-4 раза чаще детей, воспитывающихся дома. Наиболее резко эта разница выявлена в группе детей первых 2 лет жизни (в 6-15 раз), в то время как среди 3-6 лет она менее заметна. Среди этих же групп отмечают наименьшие показатели «здорового» бактерионосительства.

Индекс восприимчивости (контагиозности) составляет 40%. Восприимчивость наиболее высока в детском и молодом возрасте и определяется напряженностью антитоксического иммунитета. Максимальная заболеваемость отмечается у детей дошкольного возраста и учащихся первых классов школы. Дети первого года жизни болеют крайне редко из-за высокого титра антитоксина, полученного трансплацентарно. В настоящее время скарлатина встречается реже, чем раньше (табл. 1), и протекает менее тяжело. По-видимому, на этот процесс влияют распространенность токсинообразующих штаммов стрептококка, уровень иммунитета у населения и широкое использование антибактериальной терапии.

Использование антибактериальной терапии пенициллинами значительно уменьшило количество осложнений и привело к исчезновению летальных случаев. Также важно отметить, что БГСА до настоящего времени сохранил высокую чувствительность к пенициллинам.

1.3. Классификация:

(В.Ф. Учайкин, Н.И. Нисевич, О.В. Шамшева, 2011 год)

Тип	Тяжесть	Течение	По характеру осложнений
• Типичные	легкая; среднетяжелая; тяжелая.	гладкое; негладкое (с аллергическими и септическими осложнениями)	• инфекционно-аллергического типа (нефрит, синовит, простой лимфаденит); • гнойные (гнойный артрит, лимфаденит, отит, синусит, нефрит, синовит, мастоидит).
Атипичные формы: <ul style="list-style-type: none"> • Стертая (без сыпи); • Гипертоксическая; • Геморрагическая; • Экстрафарингеальная (ранева, ожоговая). 			

В классификации скарлатины, предложенной А.А. Колтыпиным, заболевание делят по **типу, тяжести и течению.**

По типу:

- Типичные
- Атипичные (экстратонзиллярные).

По тяжести:

- Легкая степень тяжести
- Средняя степень тяжести
- Тяжелая степень тяжести:
 - токсическая
 - септическая
 - токсико-септическая.

Критерии тяжести:

- выраженность синдрома интоксикации
- выраженность синдрома поражения ротоглотки
- выраженность синдрома экзантемы.

По течению (по характеру):

- Гладкое (без аллергических волн и осложнений)

- Негладкое:
 - с осложнениями (аллергическими, гнойными)
 - с аллергическими волнами
 - с наслоением вторичной инфекции
 - с обострением хронических заболеваний.

2. Методы, подходы и процедуры диагностики

2.1. Диагностические критерии

<https://cyberleninka.ru/article/n/skarlatina-1/viewer>

1) Жалобы и анамнез, в том числе эпидемиологический:

Инкубационный период при скарлатине составляет 2–7 дней, может укорачиваться до нескольких часов и удлиняться до 12 дней.

Начало заболевания острое, появляются симптомы интоксикации (головная боль, тошнота, рвота, подъем температуры тела) и изменения в ротоглотке — тонзиллит (ангина). Для скарлатины характерна яркая гиперемия миндалин, дужек и язычка, которая не распространяется на слизистую оболочку твердого неба, это так называемая отграниченная гиперемия ротоглотки. Может быть катаральная, фолликулярная, лакунарная или некротическая ангина. В зависимости от выраженности общего и местного процессов диагностируют соответствующую тяжесть заболевания. Иногда можно увидеть мелкие кровоизлияния на мягком небе. Переднешейные лимфатические узлы становятся, плотными, увеличенными, болезненными на ощупь уже в 1-е сутки болезни. Увеличение передних шейных лимфатических узлов соответствует степени поражения ротоглотки.

Период разгара болезни характеризуется ярко-розовой мелкоточечной сыпью на гиперемизированном фоне кожи, располагающейся на лице, туловище, конечностях со сгущением сыпи в естественных складках кожи. Сыпь появляется спустя несколько часов (до 48 ч) от появления симптомов интоксикации. Свободными от сыпи остаются кожа носа, губ и подбородка. Этот бледный носогубной треугольник, резко ограниченный с краев носогубными складками, является патогномоничным для скарлатины («*треугольник Филатова*»). Н.Ф. Филатов говорил, что уже по лицу больного, не раздевая и не расспрашивая его, можно определить болезнь.

Губы утолщаются, принимают яркую пунцовую, малиновую или вишневую окраску, в дальнейшем могут быть трещины и изъязвления губ.

Нередко при первом взгляде на больного создается впечатление сплошной красноты всей кожи. Однако при более внимательном рассмотрении оказывается, что сыпь состоит из густо расположенных пятнышек величиной с мелкую точку.

В местах наибольшей насыщенности сыпи при механическом воздействии на кожу появляются петехии, которые могут располагаться полосками (линии Пастиа). Наряду с мелкоточечной сыпью возможно появление мелкопапулезной, милиарной или геморрагической сыпи.

Характерна динамика изменений языка: в 1–2-й день он густо обложен белым налетом, сквозь который проглядывают увеличенные красные сосочки, со 2–3-го дня язык начинает очищаться с кончика и боковых поверхностей и к 4-му дню болезни становится полностью «сосочковым» («ярко-малиновый язык» или «клубничный язык»). Изменения языка сохраняются до 9–10-го дня болезни, после чего язык постепенно принимает обычный вид.

В это время преобладает симпатическое влияние на сердечно-сосудистую систему (симпатикус-фаза). Характерны тахикардия, усиление первого тона сердца, повышение АД. Появляется белый дермографизм на коже.

К 3–4-му дню сыпь начинает угасать и бледнеет до слабо-розовой.

С 4–5-го дня наступает вагус-фаза, при которой выражены брадикардия (брадиаритмия), приглушение тонов сердца, могут расширяться границы относительной сердечной тупости, снижается АД («скарлатинозное сердце»).

Период реконвалесценции начинается со 2-й недели. Для него характерно шелушение кожи после исчезновения сыпи в конце 1-й – начале 2-й недели болезни.

На лице кожа шелушится в виде нежных чешуек, на туловище, шее, ушных раковинах шелушение имеет отрубевидный характер, на ладонях и стопах — в виде пластинчатого шелушения. Типичная скарлатина может протекать в легкой, среднетяжелой и тяжелой (токсической, септической, токсико-септической) формах.

Тяжесть скарлатины определяется выраженностью симптомов интоксикации и характером местных воспалительных изменений в ротоглотке или в месте входных ворот при экстрафарингеальной скарлатине (табл. 2). Течение процесса оценивается в периоде реконвалесценции.

Таблица 2. Клинические проявления скарлатины разной тяжести

Клинические проявления	Форма скарлатины				
	легкая	среднетяжелая	тяжелая токсическая	тяжелая септическая	токсико-септическая
Лихорадка	До 38,0°C	До 40,0°C	40,0°C и выше	40,0°C и выше	Выраженные общие токсические проявления и
Рвота	Однократная	Повторная	Множественная	Множественная	
Ангина	Катаральная	Лакунарная/ фолликулярная	Катаральная с небольшими	Распространенные глубокие некрозы, в том	

			поверхностными некрозами	числе на дужках и языке	септические поражения
Интоксикация	Слабая	Выраженная	Выраженная (головная боль, затемнение сознания, бред, судороги)	Выраженная	
Сыпь	Точечная розовая	Обильная точечная яркая	С цианотичным оттенком, может быть геморрагическая	Обильная	
Осложнения	Редко	Могут быть	Симпатикопарез, возможно развитие инфекционно-токсического шока	Характерны периаденит и аденофлегмона, возможно развитие отита, мастоидита, этмоидита	

2). Анамнез заболевания:

- Сбор анамнеза при скарлатине подразумевает тщательный расспрос о характере начала болезни, лихорадке, её длительности, появлении недомогания, головной боли, нарушении сна, тошноте, рвоте, боли в горле (ангина), появлении катаральных явлений, бреда, плаксивости, нарушения сна, наличие регионарного лимфаденита и появление к концу 1-го или на 2-й день сыпи.

3). Эпидемиологический анамнез:

С	Источник инфекции — человек, болеющий скарлатиной, тонзиллитом и другими формами СГА-инфекции.
	Механизм передачи БСГА— аэрозольный, путь передачи — воздушно-капельный. Обычно заражение происходит при общении с больным или носителем. Возможны пищевой и непрямой контактный (через загрязнённые руки и предметы обихода) пути инфицирования.
	Естественная восприимчивость людей высокая. Скарлатина возникает у лиц, не имеющих антитоксического иммунитета, при их инфицировании токсигенными штаммами бактерий, выделяющих пирогенные (эритрогенные) токсины типов А, В и С.

2.2. Физикальное обследование <http://niidi.ru/dotAsset/6023f9a9-0993-4e07-a4b8-742985c407c8.pdf>

С	• интоксикационный синдром (головная боль, тошнота, рвота, повышение температуры тела);
---	---

- ангина – постоянный симптом типичной скарлатины, для которой характерна яркая гиперемия слизистой ротоглотки (миндалин, язычка, дужек), не распространяющаяся на слизистую оболочку твердого неба. Скарлатинозная ангина может быть катаральной, фолликулярной, лакунарной и некротической;
- синдром регионарного лимфаденита (увеличение подчелюстных, углочелюстных лимфоузлов);
- сыпь характеризуется отсутствием феномена «подсыпания»: появление и распространение сыпи проходит в течение нескольких часов, новые элементы в последующем не появляются; Сыпь при скарлатине появляется в первые 2 дня болезни, по характеру она мелкоточечная, расположена на гиперемизированном фоне, сгущаясь в местах естественных складок, на боковых поверхностях туловища. Наиболее густо сыпь располагается на лице в области щек, оставляя резко бледным носогубный треугольник (симптом Филатова). Иногда наряду с мелкоточечной сыпью имеют место мелкие петехиальные элементы, а также появление в виде мелких, с булавочную головку, пузырьков, наполненных прозрачной или мутноватой жидкостью (так называемая миллиарная сыпь). При тяжелых формах скарлатины сыпь может быть не только обильной, но и пятнисто-папулезной или геморрагической, иметь цианотичный вид. Обычно сыпь держится 3 – 7 дней, а затем исчезает, не оставляя пигментации. После ее исчезновения наблюдается шелушение кожи от мелкого отрубевидного в области шеи, мочек ушей до крупнопластинчатого на ладонях, пальцах рук и ног.
- симптом Пастиа – темно-красная или буроватая окраска кожных складок (например, в области локтевых сгибов) при скарлатине в периоде высыпания и в первые дни после отцветания сыпи;
- симптом Румпель-Леёда и Кончаловского – при механическом воздействии на коже появляются петехии;
- симптом «малиновый язык» – в первые дни заболевания у детей наблюдается выраженная обложенность языка густым серо-желтым налетом. Начиная с 3-4-го дня болезни происходит постепенное очищение с краев и кончика языка от налета, в результате чего обнажается гипертрофированный сосочковый слой. Язык становится ярко-красного цвета, что делает его похожим на ягоду малины (симптом «малиновый язык»). Этот симптом держится в течение 1–2 недель;
- симптом «белый дермографизм» – токсины бета-гемолитического стрептококка специфически действуют на вегетативную нервную систему, что проявляется повышением тонуса симпатической нервной системы в первые 7 дней болезни (симпатикус-фаза) с последующей сменой повышения тонуса парасимпатической системы на 2-й неделе заболевания (вагус-фаза). Одним из клинических проявлений повышения тонуса вегетативной нервной системы является симптом «белый дермографизм», возникающий в результате спазма или паралитического состояния периферических сосудов;
- симптом «скарлатинозное сердце» – изменения со стороны сердца при скарлатине развиваются чаще всего на 2-й неделе заболевания и характеризуются небольшим расширением границ относительной тупости сердца влево, появлением нечистоты или систолического шума на верхушке и

5-й точке, склонностью к брадикардии. При углубленном исследовании обнаруживаются экстракардиальные причины (токсическое влияние на проводниковую систему сердца), в пользу чего свидетельствует быстрое исчезновение клинических симптомов по окончании «вагус-фазы». При длительном сохранении данной симптоматики (с 3-4 недели) можно заподозрить инфекционный миокардит как осложнение скарлатины.

Ключевые моменты для клиницистов

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0/14849>

- Наличие характерных клинических симптомов, таких как высокая температура, боль в горле (ангина), мелкоточечная сыпь, расположена на гиперемизированном фоне кожи, белый дермографизм, «малиновый язык»,
- Эпидемиологические данные: история контакта с инфицированным человеком или нахождение в эпидемиологически опасной зоне, где встречаются случаи скарлатины.
- Лабораторные исследования.

Рекомендации <http://niidi.ru/dotAsset/6023f9a9-0993-4e07-a4b8-742985c407c8.pdf>

Следует учитывать выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения или, требующие коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний. Такими факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением;
- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение врача-специалиста по профилю;
- отказ от лечения.

1.3.Лабораторные исследования

А - контакт с больным скарлатиной и/или любым заболеванием, протекающим с экзантемой или ангиной, выяснить пути передачи инфекции.

<https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-techeniya-skarlatiny-u-detey-i-opyt-primeneniya-metoda-ekspress-diagnostiki-streptatest/viewer>

Основная лабораторная диагностика:

А	<p>Посев на БГСА из ротоглотки: выделение БГСА в посевах слизи из ротоглотки. Чувствительность данного метода — примерно 90%. Техника взятия мазка и транспортировка клинического материала в лабораторию оказывают существенное влияние на чувствительность метода.</p> <p>Экспресс-тест выявляет антиген группового полисахарида БГСА в мазке из ротоглотки, его можно проводить в амбулаторных условиях в кабинете врача или у постели больного. Тест представляет собой полоски, работающие на основе иммунохроматографии. Чувствительность теста — 70–90%, специфичность — 95%. Высокая специфичность данного теста говорит о том, что часть результатов могут быть ложноотрицательными. А более низкая чувствительность показывает невысокую вероятность ложноположительных результатов. Поэтому при положительном результате экспресс-теста диагноз стрептококковой инфекции можно считать подтвержденным, а при отрицательном результате нельзя исключать наличие БГСА и необходимо произвести посев из ротоглотки.</p> <p>Методом иммуноферментного анализа определяют в крови антитела класса IgM (в ранние сроки) и IgG (в поздние сроки болезни);</p> <p>Молекулярно-генетический метод (ПЦР). Пациенты с клиническими симптомами скарлатины для идентификации возбудителя</p>
----------	--

Серологическая диагностика

А	<p>определение титра антистрептолизина О (АСЛО), антистрептокиназы, антидезоксирибонуклеазы В, антигиалуронидазы. Эти маркеры позволяют проводить ретроспективную диагностику и не подходят для диагностики скарлатины в острый период заболевания.</p> <p>Повышение содержания АСЛО свидетельствует о перенесенной СГА-инфекции и обнаруживается также при хроническом тонзиллите, гломерулонефрите. Уровень АСЛО начинает расти в течение 1–3 нед после СГА-инфекции, достигает пика к 3–5 нед, а затем возвращается к неопределяемому уровню в пределах 6–12 мес, поэтому положительный тест может указывать на текущую стрептококковую инфекцию, но не только что возникшую (вызванную стрептококками групп А, С и G), и может служить для диагностики осложнений постстрептококковой инфекции. Нарастающие со временем титры антител более достоверно указывают на инфекцию, чем однократно измеренный уровень. Поэтому повторное определение рекомендуется проводить через 10 дней после первоначального теста.</p> <p>Титр антидезоксирибонуклеазы В в сочетании с титром АСЛО может обнаруживать до 95% СГА-инфекций по сравнению с 80%, которые можно определить только титром АСЛО.</p>
----------	--

Общий анализ крови:

С 5	<p>Отмечают изменения, типичные для бактериальной инфекции: лейкоцитоз (12–16×10⁹ клеток/л), нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ. В течение 2-й недели может развиваться эозинофилия, достигающая 20%.</p>
----------------	---

- в легкой степени тяжести: умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез, незначительное ускорение СОЭ;
- средняя степень тяжести: выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ;
- тяжелая степень тяжести: резко выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ.

Общий анализ мочи:

С
5 При развитии гломерулонефрита умеренно повышается содержание белка, лейкоцитов, эритроцитов, появляются цилиндры в моче.

Анализ мочи по Нечипоренко/Зимницкому:

С
5 При развитии гломерулонефрита, пиелонефрита.

1.4. Инструментальные исследования:

УЗИ органов брюшной полости:

С
5 УЗИ почек (при нефритах)

ЭКГ:

С
5 Пациенты с нарушениями сердечнососудистой системы или без, для раннего выявления поражения сердца (средней и тяжелой степени тяжести скарлатины)

Рентгенография органов грудной клетки:

С
5 Пациенты при подозрении на поражение органов грудной клетки

Рентгенограмма придаточных пазух:

С
5 Пациенты при подозрении на поражение придаточных пазух

1.5. Показания для консультации специалистов

С
5 консультация невропатолога - при присоединении менингеальной симптоматики, судорог

С
5 консультация анестезиолога-реаниматолога - при дыхательных нарушениях, полиорганной недостаточности - консультация кардиолога-при присоединении симптомов миокардита

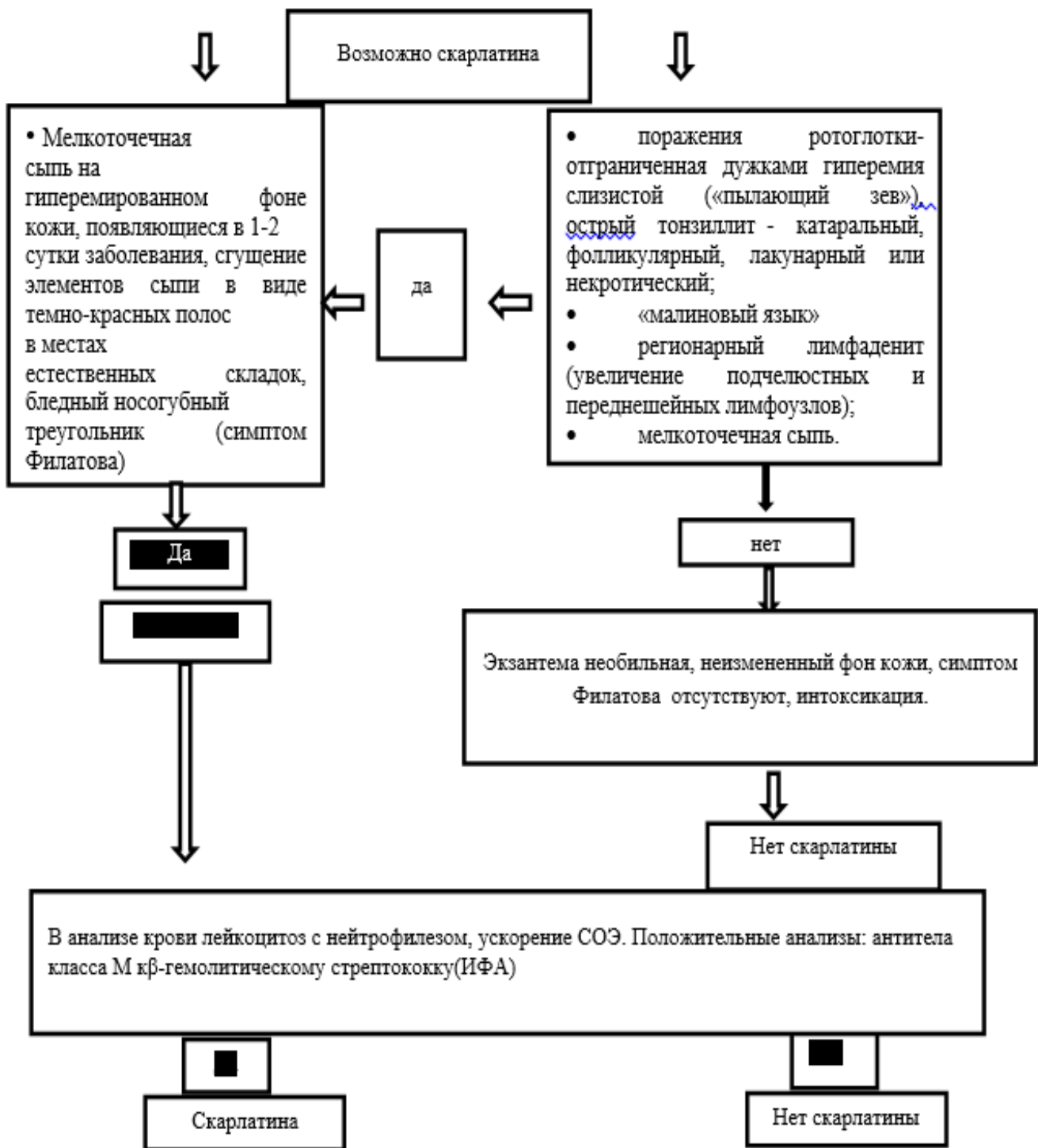
С
5 консультация нефролога-при нарушении работы почек

С
5 консультация аллерголога-при присоединении других видов высыпаний на коже и слизистой

2) диагностический алгоритм:

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0/14849>

Алгоритм действий врача



3) дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0/14849>

Дифференциальная диагностика скарлатины

А 1	<ul style="list-style-type: none"> -аллергодерматит; -корь; -псевдотуберкулёз; -краснуха; -менингококкцемия; -ветряная оспа;
--------	--

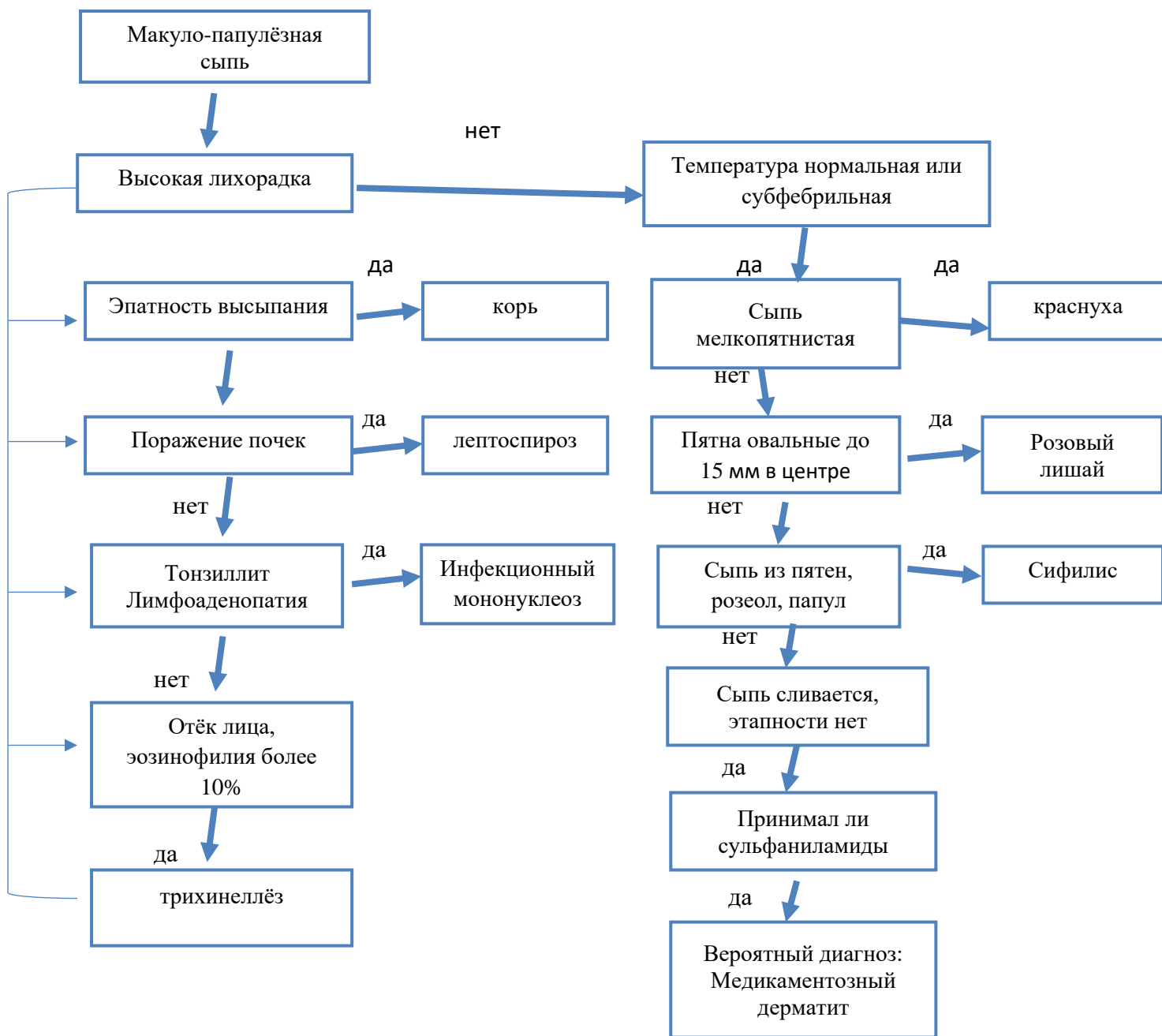
-энтеровирусная экзантема.
 -инфекционный мононуклеоз
 -синдром Кавасаки
 -дифтерия

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований.

Симптомы	Скарлатина	Псевдо-туберкулез	Корь	Краснуха	Менингококк - цемия	Ветряная оспа
Наличие продрома	нет	нет	есть, 3-4 дня	отсутствует или 1-2 дня	нет	отсутствует
Температура тела	фебрильная 3-5 дней	фебрильная 4-6 дней	субфебрильная 3-4 дня, затем фебрильная 3 дня	нормальная или субфебр. 2-3 дня	фебрильная 5-7 дней	субфебрильная или фебрильная 3-5 дней
Катар верхних дыхательных путей	отсутствует	выражен	выражен	слабо выражен	отсутствует	отсутствует
Ангина	характерна (катаральная, лакунарная, некротическая)	катаральная	катаральная	отсутствует	отсутствует	отсутствует
Конъюнктивит	отсутствует	склерит	характерен	очень редко	отсутствует	отсутствует
Интоксикация	выражена умеренно, сохраняется 3-5 дней	выражена умеренно	сильно выражена сохраняется 6-8 дней	выражена слабо или отсутствует	сильно выражена, сохраняется 3-5 дней	слабо выражена, сохраняется 3-5 дней
Время появления сыпи	на 1-2 день	На 2-3 день	на 4-5 день	На 1-2-й день	на 1-2 день	на 1 день
Продолжительность нарастания сыпи	1 день	1-2 дня	3 дня этапно: лицо-туловище-конечности	1-2 дня	1-2 дня	3-5 дней толчкообразно
Характер сыпи	точечная, в местах скопления – петехиальная, на гиперемизированном фоне	точечная, в местах скопления – петехиальная, на гиперемизированном фоне	пятнисто-папулезная, склонная к слиянию	преимущественно пятнистая	геморрагическая, неправильной формы, с центральным некрозом	"ложный полиморфизм": пятно-папула-везикула-корочка
Преимущественная локализация сыпи	естественные складки, боковые поверхности туловища, сгибательные	симптомы «капюшона», «перчаток», «носков»	излюбленной локализации нет	наибольшее количество в области ягодиц, разгибательных	преимущественно в области ягодиц, ног	излюбленной локализации нет

	поверхности конечностей; отсутствие в области носогубного треугольника			поверхностях конечностей		
Пигментация	отсутствует	отсутствует	характерна	отсутствует	отсутствует	отсутствует
Шелушение	Крупнопластинчатое на ладонях, подошвах, отрубевидное на туловище	Крупнопластинчатое на ладонях, подошвах, отрубевидное – на туловище	отрубевидное	отсутствует	отсутствует	отсутствует
Энантема	точечная, розового цвета на мягком и твердом небе, появляется одновременно с экзантемой	Пятнистая энантема на слизистой рта	1) на слизистой щек, десен, губ – белесоватые папулы: пятна Бельского-Филатова-Коп-лика, появл. на 2-3 день болезни, сохр. 2-3 дня 2) на слизистой тв. и мяг. неба – розовые пятнышки, появляются одновременно с экзантемой	может быть на слизистой оболочки мягкого и твердого неба, появляются одновременно с экзантемой	отсутствует	эрозии на слизистой ротовой полости
Состояние языка	обложенный первые 1-2 дня, затем «малиновый»	с 1-2 дня обложен белым налетом, к 5-7 дню очищается	без особенностей	без особенностей	без особенностей	без особенностей
Поражение ССС и других органов	1-я нед. - симпатич.фаза: тахикардия, склонность к повышению АД; 2-я нед.-вагус-фаза; брадикардия, сниж. АД, расшир. границ сердца	диарея, непродолжительная желтуха, реактивный гепатит, артралгии	без особенностей	без особенностей	частое развитие инфекционно-токсического шока, гнойного менингита	без особенностей
Лимфатические узлы	увеличение подчелюстных ЛУ	увеличение периферических ЛУ	без особенностей	увеличение затылоч. и заднешейных ЛУ	без особенностей	без особенностей

Алгоритм дифференциальной диагностики скарлатины по характеру сыпи



3. Тактика лечения на амбулаторном уровне:

А 1	Лечение больных с диагнозом «Скарлатина» легкой степени тяжести осуществляется при отсутствии противопоказаний – в амбулаторных условиях, средней степени и тяжелой степени тяжести – в условиях стационара. В случае безуспешного проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации больного в стационар.
----------------	---

4. Показания для госпитализации с учетом видов оказания медицинской помощи:

1) показания для плановой госпитализации

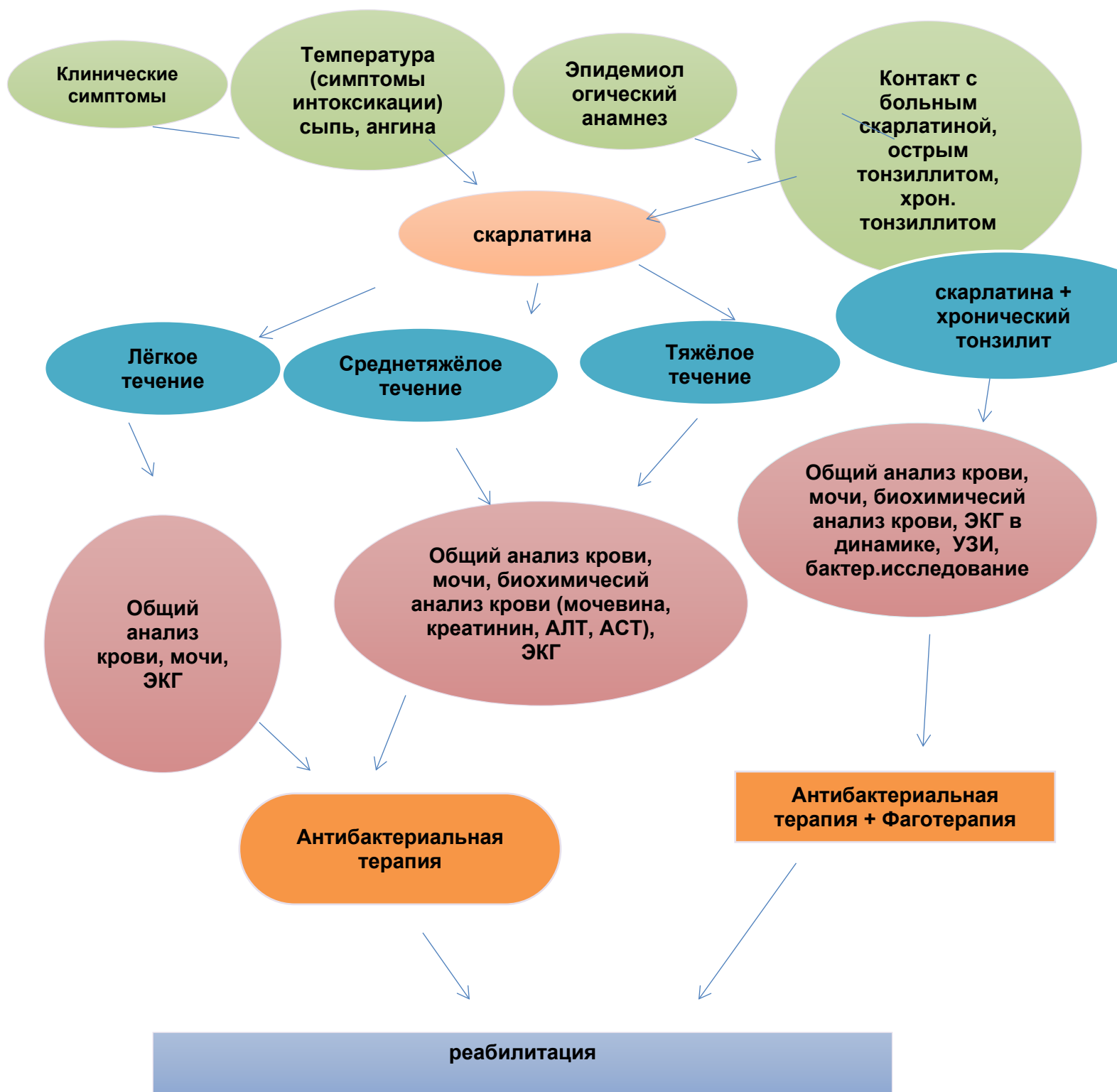
А 1	<ul style="list-style-type: none">- госпитализации подлежат дети со среднетяжелыми и тяжелыми формами болезни, с осложнениями, дети из закрытых учреждений и больные, домашние условия которых не позволяют организовать соответствующий уход и лечение;- скарлатина с сопутствующими субкомпенсированными/ декомпенсированными хроническими заболеваниями;- пациенты с осложнениями после завершения сроков изоляции госпитализируются в профильные стационары.
----------------	--

2) показания для экстренной госпитализации:

А 1	<ul style="list-style-type: none">• Наличие модифицирующих факторов риска в течении болезни:<ul style="list-style-type: none">- ранний возраст ребенка;- пороки развития сердца и сосудов;- энцефалопатия;- иммунодефицитные состояния;• Тяжелые формы болезни;• Эпидемиологические показания – больные из закрытых коллективов, общежитий.
----------------	--

5. Тактика лечения на стационарном уровне: <http://niidi.ru/dotAsset/6023f9a9-0993-4e07-a4b8-742985c407c8.pdf>

6. карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента (схемы, алгоритмы):



Рекомендации: <http://niidi.ru/dotAsset/6023f9a9-0993-4e07-a4b8-742985c407c8.pdf>

А 1	<p>Для оказания медицинской помощи можно использовать только те методы, медицинские изделия, материалы и лекарственные препараты, которые допущены к применению в установленном порядке.</p> <p>Принципы лечения больных скарлатиной предусматривают одновременное решение нескольких задач:</p> <ul style="list-style-type: none"> - устранение интоксикационного и местного синдромов; - предупреждение развития осложнений со стороны других органов и систем. <p>Лечение скарлатины включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - мероприятия, направленные на эрадикацию возбудителя; - мероприятия, направленные на дезинтоксикацию; - мероприятия, направленные на десенсибилизацию организма. <p>Лечение больных с диагнозом «Скарлатина» легкой степени тяжести осуществляется при отсутствии противопоказаний – в амбулаторных условиях, средней степени и тяжелой степени тяжести – в условиях стационара. В случае безуспешного проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации больного в стационар.</p>
----------------	---

не медикаментозное лечение:

С 5	<p>Режим:</p> <ul style="list-style-type: none"> -постельный (в течение всего периода лихорадки); -палатный (при нормализации температуры). <p>диета: стол №13, 15</p> <p>Дробное теплое питье. Молочно-растительная диета. Диета физиологически полноценная, богатая биологически ценными веществами: незаменимыми аминокислотами, ненасыщенными жирными кислотами, витаминами.</p> <p>Гигиенический уход за кожей, слизистыми оболочками полости рта, глаз, туалет носа, ушей.</p>
------------	--

Включение в клинический протокол незарегистрированных в Республике Узбекистан лекарственных средств не является основанием для возмещения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

2) медикаментозное лечение на амбулаторном уровне:

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BA%D0%BE%D1%80%D1%8C/13909>

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения)

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Ссылки
Анилиды	парацетамол	Табл., суспензия		https://mediqlab.com/drugs/0d7b6a87-63bd-4ce8-9774-d9badce7a722
Производные пропионовой кислоты	ибуклин	Табл.		https://mediqlab.com/drugs/5a85941c-d30a-49af-9b70-a29ddbada40
Пенициллины широкого спектра действия	Амоксициллин	внутр, в/м, в/в	В	https://mediqlab.com/drugs/0e8b5e50-f5cd-4a59-8358-593eb183b2ed
Антибактериальные средства	Амоксициллин + (клавулановая кислота)	внутр, в/м, в/в	В	https://mediqlab.com/drugs/6b7b16da-fdd3-4e54-8474-56467788bcc2
Противомикробные препараты и антисептик для местного лечения заболеваний полости рта (A01AB)	Хлоргексидин		А	https://mediqlab.com/drugs/4a029c33-e84b-4384-94f6-91c0a9431b9b

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Ссылки
Антибактериальные средства	азитромицин	внутри	С	https://mediqlab.com/drugs/1c16f10a-66ca-4a63-8331-07063752edf2
Антигистаминные средства системного действия (R06AX)	Лоратадин	Табл., в/м, в/в	А	https://mediqlab.com/drugs/86e315d7-e3f0-4771-bce2-e2ca1dab9119
Противокашлевые средства и	Амброксол Коделак	внутри		https://mediqlab.com/drugs/113a8384-55fd-4451-88f0-b157b52692b9

отхаркивающие средства (R05FB)	бромгексин			https://mediqlab.com/drugs/70471cde-a4ca-45df-9a95-b2ddbce773f5
--------------------------------	------------	--	--	---

Медикаментозное лечение проводится на стационарном уровне:

A 1	<p>Госпитализации подлежат дети со среднетяжелыми и тяжелыми формами болезни, с осложнениями, дети из закрытых учреждений и больные, домашние условия которых не позволяют организовать соответствующий уход и лечение.</p> <p>Диетотерапия (механически щадящая, молочно-растительная), постельный режим в остром периоде (5-7 дней).</p> <p>Антибактериальная (макролиды, пенициллины и другие широкого спектра действия антибиотики) терапия назначается независимо от тяжести заболевания. Дезинтоксикация проводится по общепринятым схемам (оральная или по тяжести парентерально). Инфузионная терапия показана больным с тяжелой формой болезни, объем инфузии до 30-50 мл/кг массы тела в сутки.</p>
----------------	---

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения)

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Ссылки
Пенициллины, чувствительные к бета-лактамазам (J01CE)	Бензилпенициллин	в/м, в/в	В	https://mediqlab.com/drugs/876ef1f4-688f-46aa-acd4-10faefa55846
Антибактериальные средства	Эритромицин Азитромицин Кларитромицин	внутри	В	https://mediqlab.com/drugs/1c16f10a-66ca-4a63-8331-07063752edf2 https://mediqlab.com/drugs/2fa2fb40-e79d-41a2-a7ca-e6092623225d https://mediqlab.com/drugs/d20acb81-d524-4ca7-8b11-dc7f38e80099
	цефалоспорины	в/м, в/в	С	https://mediqlab.com/drugs/36e48038-8430-494c-bb76-0e1b6fd011eb https://mediqlab.com/drugs/75e2a245-eaa0-4119-b31a-0fbfde9069cc https://mediqlab.com/drugs/8da83f34-9a50-4406-b58b-67f943902efb

Антигистаминные средства системного действия (R06AX)	Лоратадин	Табл., в/м, в/в	А	https://mediqlab.com/drugs/86e315d7-e3f0-4771-bce2-e2ca1dab9119
Анилиды	парацетамол	Табл., суспензия, в/в		https://mediqlab.com/drugs/0d7b6a87-63bd-4ce8-9774-d9badce7a722
Производные пропионовой кислоты	ибуклин	Табл.		https://mediqlab.com/drugs/5a85941c-d30a-49af-9b70-a29ddbedaf40
Противомикробные препараты и антисептик для местного лечения заболеваний полости рта (A01AB)	Хлоргексидин Гексорал		А С	https://mediqlab.com/drugs/4a029c33-e84b-4384-94f6-91c0a9431b9b https://mediqlab.com/drugs/e8dff24-dc85-4916-82f8-7a6aa1df8ba5

Таблица-2

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Ссылки
Энтеросорбирующее средство	Полисорб Смектит Энтеросгель	внутр	С	https://mediqlab.com/drugs/a53c4167-47d5-45df-a843-f8b4c6686be4
Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (B05BB)	0,9% раствор натрия хлорида калия хлорид	в/м, в/в	В	https://mediqlab.com/drugs/f634d07b-9aca-4087-b7bd-4d93f9959537
Блокатор гистаминовых H2-рецепторов	Ранитидин фамотидин	внутр, в/м, в/в	В	https://mediqlab.com/drugs/bf48bf7e-0dcd-4f1c-9fd7-18786b63abb4 https://mediqlab.com/drugs/dc33e22c-a042-488e-9e7d-89da33a69751
Ингибиторы протонного насоса	омепразол	внутр, в/в	В	https://mediqlab.com/drugs/598da148-0d83-4ef8-9ed2-105af0b99cbf
Диуретик	фуросемид	Внутр, в/м, в/в	А	https://mediqlab.com/drugs/12f478d5-a3ec-4d27-acf7-20469d3031fb
Глюкокортикоиды	Преднизолон, Дексаметазон	внутр, в/м, в/в	А	https://mediqlab.com/drugs/f0cce90d-d057-47b5-bbf1-58db4d86abd5

				https://mediqlab.com/drugs/1f99ddca-d4b0-43c8-b6d0-15a3eb5b5e06
Ферментные препараты	Панкреатин Мезим форте Креон	внутри	В	https://mediqlab.com/drugs/934d3392-5481-4a35-9c49-2c8cf65e8ba8 https://mediqlab.com/drugs/abdd432c-a43e-42d3-8bc8-75b943353a41 https://mediqlab.com/drugs/6190c835-8080-4ece-af96-2c81b96cc6f5
Адсорбирующие кишечные препараты	Смектит диоктаэдрический	внутри,	С	https://mediqlab.com/drugs/a53c4167-47d5-45dfa843-f8b4c6686be4
Противокашлевые средства и отхаркивающие средства (R05FB)	Амброксол Коделак бромгексин	внутри		https://mediqlab.com/drugs/113a8384-55fd-4451-88f0-b157b52692b9 https://mediqlab.com/drugs/70471cde-a4ca-45df-9a95-b2ddbce773f5
Производные триазола (J02AC)	Флуконазол	внутри, в/в	С	https://mediqlab.com/drugs/5557f16b-abe5-4edd-964e-d59e19d8af60
Стимуляторы моторики желудочнокишечного тракта (A03FA)	Метоклопрамид	внутри, в/м,	А	https://mediqlab.com/drugs/cdcce98d-ff7a-42ca-9859-92456149205f
Производные бензодиазепина (N05BA)	Диазепам		А	https://mediqlab.com/drugs/20a94b1d-65a7-486b-84b6-aa4ad4f09ab9

4) хирургическое вмешательство: показаниями к госпитализации в профильные отделения являются гнойные осложнения скарлатины (гнойный лимфаденит, мастоидит и др.).

5) дальнейшее ведение:

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0/14849>

выписку больного из стационара после перенесенной скарлатины проводят по клиническим показаниям и при отсутствии осложнений и воспалительных явлений в носоглотке не ранее 7-10 день от начала заболевания. За лицами, переболевшими скарлатиной, устанавливается диспансерное наблюдение в

течение месяца. Через 7-8 дней после выписки проводится клиническое обследование анализа крови, мочи, ЭКГ по показаниям. Через 3 недели обследование повторить. При отсутствии патологии - снимают с учета, при наличии – переводят под наблюдение соответствующего специалиста (кардиолога, нефролога, хирурга), которые определяют программу реабилитации и срок диспансерного наблюдения.

Мед. отвод от профилактических прививок на 1 месяц без осложнений.

б) индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0/14849>

- купирование лихорадки и интоксикации;
- нормализация лабораторных показателей;
- отсутствие и купирование осложнений.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И
РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ
«СКАРЛАТИНА»**

ТАШКЕНТ – 2025

Пользователи протокола:

- эпидемиологи, врачи общей практики, терапевты, врачи/фельдшеры скорой медицинской помощи, инфекционисты, анестезиологи-реаниматологи, дерматовенерологи, педиатры, невропатологи, клинические ординаторы, магистранты, докторанты мед.вузов.

Медицинская профилактика скарлатины в основном направлена на следующие категории пациентов:

1. **Дети младшего возраста:** Скарлатина чаще всего поражает детей, особенно в возрасте от 2 до 10 лет. Поэтому профилактика в детских коллективах, таких как детские сады и школы, имеет особое значение.
2. **Лица, находящиеся в контакте с больными:** Это могут быть члены семей больных, воспитатели, учителя и другие люди, которые могли быть в близком контакте с инфицированным человеком.
3. **Педагогический и медицинский персонал:** Работники образовательных учреждений и медицинских учреждений должны быть осведомлены о симптомах скарлатины и мерах профилактики, чтобы своевременно выявлять и предотвращать её распространение.
4. **Потенциально уязвимые группы:** Лица с ослабленным иммунитетом или хроническими заболеваниями могут иметь повышенный риск осложнений и должны соблюдать дополнительные меры предосторожности.
5. **Семьи и сообщества:** В случаях вспышек заболевания необходимо обеспечить профилактические меры для всех членов сообщества, чтобы предотвратить дальнейшее распространение инфекции.

Эти категории пациентов требуют особого внимания для эффективной профилактики скарлатины и предотвращения её распространения.

Введение

Скарлатина — это инфекционное заболевание, вызываемое бактерией *Streptococcus pyogenes*, также известной как стрептококк группы А. Актуальность и распространенность скарлатины варьируются в зависимости от региона, сезона и состояния санитарно-эпидемиологической ситуации. Вот несколько ключевых аспектов:

Скарлатина может возникать в виде локализованных вспышек, особенно в детских коллективах, таких как школы и детские сады. Болезнь чаще встречается в осенне-зимний период, когда дети проводят больше времени в закрытых помещениях и иммунная система может быть ослаблена.

Поскольку скарлатина имеет симптомы, схожие с другими инфекциями, её диагностика может быть затруднена без лабораторных исследований. Своевременное и адекватное лечение антибиотиками важно для предотвращения осложнений и распространения болезни.

Современные меры профилактики, включая вакцинацию против стрептококковых инфекций и профилактику распространения инфекции в общественных местах, помогают контролировать заболеваемость.

Осведомленность о симптомах и мерах профилактики также способствует снижению числа случаев заболевания.

Скарлатина распространена по всему миру, но заболеваемость может варьироваться в зависимости от региона. В развитых странах уровень заболеваемости может быть ниже благодаря лучшему медицинскому обслуживанию и профилактическим мерам.

В последние десятилетия в некоторых странах наблюдается снижение заболеваемости благодаря улучшению медицинских технологий и профилактических программ. В то же время, в определённых регионах, особенно в местах с низким уровнем здравоохранения, скарлатина может оставаться актуальной проблемой.

В некоторых случаях может наблюдаться увеличение числа случаев скарлатины, особенно после эпидемий или вспышек в определённых областях.

Таким образом, скарлатина остаётся актуальной, особенно в детских коллективах и в случаях, когда меры профилактики и лечения не соблюдаются должным образом. Важно продолжать следить за состоянием эпидемиологической обстановки и поддерживать меры профилактики и лечения для снижения распространённости заболевания

Определение:

Скарлатина – это острое инфекционное заболевание верхних дыхательных путей, сопровождающееся симптомами интоксикации (головной болью, подъемом температуры, слабостью), воспалением миндалин (ангиной) и характерными высыпаниями на коже. Скарлатина детская инфекция, которую большинство населения переносит в детском возрасте. Имунная защита после перенесенного заболевания сохраняется на всю жизнь. Вакцинация при скарлатине не предусмотрена.

Источником инфекции является больной человек или носитель стрептококковой инфекции. Чаще болеют дети дошкольного и школьного возраста – от 2 до 8 лет, поскольку в наибольшей степени подвержены воздействию стрептококка. Человек после инфицирования становится носителем инфекции и способен ее передать в последующие

3 недели с момента заражения. После перенесенного заболевания формируется стойкий иммунитет. Основной путь передачи инфекции – воздушно-капельный.

Цель профилактики скарлатины — предотвратить её распространение и минимизировать случаи заболевания. Это включает в себя соблюдение гигиенических норм, своевременное лечение инфицированных людей и обучение о признаках заболевания.

Основные методы профилактики скарлатины включают:

1. **Соблюдение гигиенических норм:** Регулярное мытьё рук с мылом, особенно после контакта с больными людьми и перед едой.
2. **Изоляция больных:** Постельный режим и изоляция больных от здоровых людей, особенно в общественных местах и детских коллективах.
3. **Обработка предметов и помещений:** Регулярная уборка и дезинфекция мест общего пользования, игрушек и предметов личной гигиены.
4. **Своевременное лечение:** Применение антибиотиков по назначению врача для лечения больных и их контактов, чтобы предотвратить распространение инфекции.
5. **Контроль за здоровьем в коллективах:** В школах и детских садах регулярный осмотр детей и соблюдение санитарно-эпидемиологических норм.
6. **Образование и информирование:** Обучение родителей, учителей и медицинских работников о симптомах скарлатины и мерах профилактики.

Эти меры помогают уменьшить риск заражения и распространения скарлатины, обеспечивая более безопасную среду для всех.

3.1. Методы и процедуры профилактики:

1-я профилактика – большую роль играет проведение санитарно-просветительную работу среди населения (анкетирования, сан просвет пропаганда).

Для снижения риска заражения скарлатиной необходимо:

- обучать малышей навыкам личной гигиены: мытью рук после улицы, туалета, общения с другими людьми, после игр, посещения общественных мест, перед едой и т.д.;
- минимизировать контакты ребенка с инфекционными больными;
- выделять для детей личные постельные принадлежности, полотенца, предметы гигиены и посуды.

Специфической профилактики в виде вакцины против скарлатины и стрептококковых инфекций у детей пока не существует.

3.2. Методы и процедуры реабилитации:

Применительно к больным, перенесшим скарлатину необходимо соблюдать следующие основные принципы реабилитации:

1. Возможно раннее начало восстановительных мероприятий. Они начинаются в остром периоде или в периоде ранней реконвалесценции, когда миновала угроза жизни больного и начались процессы реадaptации.

2. Строгая последовательность и преемственность восстановительных мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации.

3. Комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия.

4. Адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия.

5. Постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами)

Применяется основной вариант стандартной диеты. Витаминотерапия назначается до 1,5–2 месяцев (поливитамины, витаминно-минеральные комплексы).

Для борьбы с астеническим синдромом и для общего укрепления организма используются растительные средства (фитолон, лесмин, иммунал) в периоде реконвалесценции с переходом на профилактическую дозу согласно инструкции к препаратам.

Эффективная реабилитация после скарлатины требует индивидуального подхода к каждому пациенту в зависимости от тяжести заболевания, наличия осложнений и особенностей его здоровья.

НЕ рекомендуется:

А	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Контакт с другими людьми: Скарлатина - инфекционное заболевание, поэтому важно изолировать больного от других людей, чтобы предотвратить распространение инфекции.<input type="checkbox"/> Самолечение: Пациенты со скарлатиной должны получать медицинское наблюдение и лечение под руководством квалифицированного медицинского персонала. Самолечение может привести к осложнениям и ухудшить состояние.<input type="checkbox"/> Физическая активность: Во время заболевания пациентам следует предоставить достаточное время на отдых и восстановление, поэтому физическая активность может быть ограничена.<input type="checkbox"/> Курение и воздействие табачного дыма: Курение или воздействие табачного дыма могут ухудшить состояние дыхательной системы и замедлить процесс выздоровления.
----------	---

□ **Использование неконтролируемых препаратов:** Использование препаратов без консультации с врачом может быть опасным, так как некоторые лекарства могут взаимодействовать с другими принимаемыми препаратами или усугубить симптомы кори.

4. Критерии для определения этапа и объема реабилитационных процедур:

В зависимости от выявленных осложнений пациент наблюдается врачами-специалистами (невролог, кардиолог, пульмонолог, окулист и др). Специальных программ реабилитации для больных, перенесших скарлатину нет. Реабилитационные мероприятия назначают врачи-специалисты соответствующего профиля.

5. Этапы и объемы реабилитации проводятся данным специалистам, которые отмечаются по поражённым органам.

6. Диагностические мероприятия с указанием уровня медицинской профилактики или реабилитации:

Сроки диспансерного наблюдения при скарлатине могут варьироваться в зависимости от тяжести заболевания, наличия осложнений, возраста пациента и рекомендаций врача. В общем случае, длительность диспансерного наблюдения может составлять от нескольких недель до нескольких месяцев. Важно, чтобы пациент следовал указаниям врача и проходил регулярные осмотры для оценки состояния здоровья, контроля за возможными осложнениями и оценки эффективности лечения.

Обычно первичный осмотр проводится в момент обнаружения симптомов скарлатины, а затем пациент может быть направлен на дополнительные консультации и обследования в зависимости от характера заболевания и его последствий. Длительность диспансерного наблюдения может быть скорректирована врачом в зависимости от динамики выздоровления и наличия осложнений. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рентгенография органов грудной клетки: наличие признаков пневмонии при осложнении [3,10,14].

ЭКГ: при тяжёлом течении болезни, нарушениях ритма. [3,5,10,14].

Диспансерное наблюдение

№	Частота обязательных контрольных обследований врачом-педиатром поликлиники	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей - специалистов
	1 раз в недели в случае легких и среднетяжелых форм; 1 раз в недели в случае тяжелых формах	1 месяц	Консультация инфекциониста, отоларинголога, ревматолога и других

			специалистов по показаниям
--	--	--	----------------------------

	Перечень и периодичность лабораторных, рентгенологических и других специальных исследований	Лечебно-профилактические мероприятия	Клинические критерии эффективности диспансеризации	Порядок допуска переболевших на работу, в дошкольные образовательные учреждения, школа – интернаты, летние оздоровительный и закрытие учреждения
	<p>Общий анализ крови – через 7-10 дней после выписки;</p> <p>Общий анализ мочи – через 7-10 дней после выписки;</p> <p>Через 3 недели обследование повторяют</p> <p>Определение в материале из ротоглотки БГСА – на 2-й и 4-й неделе диспансеризации, после тяжелых форм – дополнительно в конце периода наблюдения</p> <p>ЭКГ – по показаниям</p>	<p>На контактных дошкольников и школьников 1 -2 классов накладывают карантин на 7 дней с момента изоляции (осмотр кожи, зева)</p> <p>В течение карантина прекращается допуск новых и временно отсутствовавших детей, ранее не болевших скарлатиной.</p> <p>Заключительная дезинфекция не проводится.</p>	<p>Обследование повторяют через 3 недели. При отсутствии отклонений от нормы снимают с диспансерного учета;</p> <p>При наличии патологии, в зависимости от ее характера, переболевшего передают под наблюдение соответствующего специалиста</p>	<p>Реконвалесценты в скарлатины не допускают в детские дошкольные учреждения и первые два класса школы в течение 12 суток.</p> <p>Такие же сроки изоляции (22 сут.) рекомендуются и для больных ангиной из очага скарлатины.</p>

7. Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий:

8. Организационные аспекты протокола:

- 1) указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует.
- 2) данные экспертов (специалистов с республики и зарубежных стран);

Рецензенты:

Ибадова Гульнара Алиевна - д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, Узбекистан

Абуова Гульжан Наркеновна - Профессор Кафедры инфекционных болезней и дерматовенерологии АО Южно-Казахстанская Медицинская Академия, г.Шымкент, Казахстан

3) Пересмотр протокола через 3 года при наличии новых методов с уровнем доказательности);

Список использованной литературы:

1. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.Н., Шамшева О.В.. Инфекционные болезни у детей. Москва, 2011. – 688 с.
2. Покровский В.И., Брико Н.И., Ряпис Л.А.. Стрептококки и стрептококкозы. М.: Гэотар-медиа, 2008. 540 с.
3. Баранов А.А.. Детские болезни. Москва. 2009. – 1008с.
4. Тимченко В.Н., Леванович В.В., Михайлов И.Б. Диагностика и дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций. Санкт-Петербург., 2007. - 384 с.
5. Кузьменко Л.Г.. Детские инфекционные болезни, 2009г. – 528 с.
6. Семенов В.М.. Руководство по инфекционным болезням, 2008г. – 744 с.
7. Анохин В.А..Стрептококковая инфекция у детей и подростков // Практическая медицина. Общество с ограниченной ответственностью «Практика». — 2008. — №31. — С.8—14.
8. Афанасьева Н.Н. Псевдотуберкулез у детей // Медицина в Кузбасе : науч.—практ. журн. / Кемеровская гос. Мед. академия. — Кемерово : НП «ИД Медицина и Просвещение», Кузбас, 2008. — № 1. — С.3—5.
9. Краснова Е.И., Кретъен С.О.. Оптимизация терапии стрептококковой инфекции ротоглотки с применением бактериальных лизатов // Детские инфекции. 2011, т. 10, № 1, с. 52–56.
10. Dlugosz C.K., Chater R.W., Engle J.P. Appropriate Use of Nonprescription Analgesics in Pediatric Patients // J Pediatr Health Care. 2006; 20 (5): 316–325.
11. Краснова Е.И., Кретъен С.О. Стрептококковая инфекция у детей: современные подходы к противовоспалительной терапии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2010, № 4, т. 55, с. 76–80.
12. Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям. - 2015. С. 133-179.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.