

Скарлатина

Преподаватель Белоклокова М.
И.

- **Скарлатина** – острое инфекционное заболевание, стрептококковой этиологии характеризующееся общей интоксикацией, ангиной и мелкоточечной сыпью.

Историческая справка

- Болезнь длительное время смешивали с корью. В 1564 г. неаполитанский врач Инграссиас выделил ее как самостоятельное заболевание. Свое название она получила от народного английского «skarlett fever» - пурпурная лихорадка. Детальное клиническое описание было сделано в 17 веке, тогда же был введен в медицину термин «скарлатина». Классическое описание дал Р. Бретонно. Изучением этиологии болезни занимались Ф. Леффлер, а из отечественных ученых Г.Н. Габричевский, который является основоположником стрептококковой этиологии скарлатины.

Этиология

- **Возбудитель скарлатины** – бета-гемолитический стрептококк группы А, выделяющий различные токсины, которые и обуславливают изменения в организме. Сам стрептококк вызывает воспалительные изменения. Он чувствителен к антибиотикам, особенно к пенициллину. К внешним воздействиям резистентен: температуру 60⁰ С выдерживает в течение 2-х часов, при кипячении погибает через 15-20 минут. Дезинфицирующие вещества (хлорамин, карболовая кислота) вызывают его гибель после длительного воздействия.

Эпидемиология

Источником инфекции являются:

- больные скарлатиной в течение всего периода болезни и в первые 5-7 дней выздоровления;
- больные стрептококковой инфекцией (ангиной, хроническим тонзиллитом);
- бактерионоситель.

Пути передачи:

- воздушно-капельный;
- контактный (через третье лицо и предметы, инфицированные им);
- алиментарный (через инфицированные продукты: молоко, салаты)
- Заболевание имеет *сезонный* характер – осенне-зимний период. Из 100 контактных заболевают 40.

Иммунитет прочный. Возможны повторные заболевания, особенно в тех случаях, когда проводилось лечение антибиотиками, т.к. иммунитет у этих больных бывает значительно слабее.

Патогенез

- I фаза – **септическая**. Бета-гемолитический стрептококк группы А проникает через входные ворота (небные миндалины и слизистую оболочку ротоглотки или через рану на коже (экстрабуккальная форма) и слизистую детородных органов родильницы). В области входных ворот развивается первичный очаг воспаления. Чаще таким очагом является ангина. Некротическая ангина ведет к проникновению экзотоксина в региональные лимфоузлы и развивается региональный лимфаденит. Возможен прорыв стрептококка в кровь, т.е. сепсисемия или септикопиемия.
- II фаза – **токсическая**. Интоксикация (головная боль, температура), свойственная этой болезни, обусловлена поступлением в кровь стрептококковых токсинов.
- III фаза – **аллергическая**. Связана с циркуляцией чужого белка в организме. Аллерген, выделяющийся стрептококком, обуславливает развитие поздних осложнений (гломерулонефрит, мио- и эндокардит, артрит).

Клиника

- *Инкубационный период 2-7 дней*, с колебаниями от нескольких часов до 11 дней. Более короткий при экстрабуккальной форме.
- Начало острое: внезапно появляется озноб, повышается температура, возникает головная боль, часто тошнота, рвота. Лихорадка длится 7-8 дней. С первого дня болезни возникает сильная боль в горле.

– При **осмотре ротоглотки** – ангина (катаральная, фолликулярная, лакунарная). Гиперемия слизистой, имеющая четкую границу по краю твердого неба. Небные миндалины увеличены, на выпуклой поверхности часто видны **налеты бело-желтого цвета, легко снимаются, поверхность не кровоточит.** Одновременно в процесс вовлекаются подчелюстные и шейные лимфоузлы. Язык первые дни болезни обложен серо-белым налетом, кончик его ярко-красный, а со 2-3 дня начинает очищаться от налета, к 4-5 дню он полностью очищается, становится ярким с выступающими сосочками и **принимает характерный вид «малинового языка».** Описанный симптом держится до 9-10-ого дня болезни, затем принимает нормальный вид. Своеобразный вид имеет **лицо больного:** слегка одутловатое, щеки ярко-красные, носогубный треугольник бледный, кайма губ темно-пурпурная.

- В конце первых или начале вторых суток появляется **сыпь** вначале на коже шеи и верхней части туловища, затем быстро распространяется на туловище и конечности. Сыпь мелкоточечная, расположена на гиперемизированном фоне кожи со сгущением в естественных складках кожи. Основным элементом сыпи *розеола* (пятнышко). На лице сыпи не видно, отмечается только покраснение щек. В складках кожи появляются темные полосы, не исчезающие при давлении – это мелкие петехии. Кожа сухая, зуд. Важный симптом – белый дермографизм.

- Сыпь высыпает одномоментно в течение нескольких часов или 1-2 суток, держится 1-3 дня и постепенно к 8-10 дню исчезает. После побледнения сыпи начинается шелушение. На лице и шеи оно отрубевидное, на туловище – пластинчатое. На ладонях и стопах шелушение грубое, крупнопластинчатое, начинается с тыльной и боковых частей, или же от кончиков пальцев, от свободного края ногтей (симптом «перчаток», «носков»). Длится 2-3 недели.

- В клинике выделяют **типичные** и **атипичные** формы.
- *Типичные:*
- легкая – интоксикация выражена слабо, температура 37-38⁰С, катаральная ангина, сыпь типичная, скудная. Лихорадка и все явления исчезают к 4-5 дню.
- Среднетяжелая – выражена интоксикация, температура 39⁰С, тахикардия, ангина фолликулярная или лакунарная, сыпь обильная, яркая.
- Тяжелая – начало бурное, многократная рвота, температура 40-41⁰С, нарушение сознания, бред, судороги, менингеальные симптомы, зев пылающий, ангина некротическая. Сыпь обильная, яркая, или скудная, но с геморрагиями. Синдром сосудистой недостаточности с падением АД.
- *Атипичные:* экстрабуккальная. Это случай скарлатины без ангины, когда водными воротами является поврежденная кожа или слизистая оболочка



Клинические признаки скарлатины

Ангина (фолликулярная, лакунарная)



Гнойный налёт в лакунах миндалин

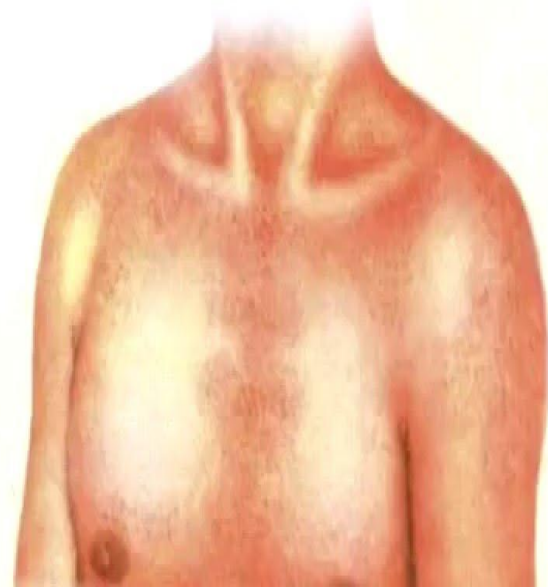
«Пылающий зев»- яркая отграниченная гиперемия миндалин, язычка, дужек. Налета на миндалинах нет



www.pedobozem.com



ШКЛОВ



Скарлатина:



вызывается
гемолитическим
стрептококком группы А



ангина



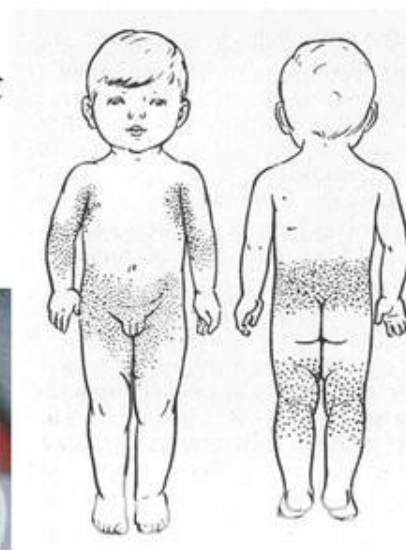
носогубный
треугольник
бледный



«малиновый» язык



пластинчатое шелушение



сыпь

Диагностика

- Учитывают жалобы, эпиданамнез, где кроме прямого контакта с больным скарлатиной учитывают передачу через 3-их лиц, возможное заражение от лиц, страдающих острыми стрептококковыми инфекциями – ангина, рожа. Плюс характерная клиника и **лабораторные данные:**
- бакпосев из зева на бета-гемолитический стрептококк группы А. При налетах на миндалинах обязательно посев слизи из зева и носа на ВL. (дифдиагностика с дифтерией).

В крови: ускоренное СОЭ, лейкоцитоз до 15-20 тыс., нейтрофилез со сдвигом влево, снижение гемоглобина, эозинофилия.

- ***В моче:*** часто следы белка, свежие эритроциты.

Осложнения

- **Ранние** – возникают на 1-2 недели болезни и через 2-3 недели бесследно исчезают:
- отит – катаральное воспаление среднего уха;
- скарлатинозное сердце – брадикардия, снижение АД, расширение границ сердца, систолический шум на верхушке, увеличение печени (описал Филатов Н.Ф.)
- **Поздние** – диффузный гломерулонефрит (на 3-4 недели).

Лечение

- Госпитализации подлежат дети первых лет жизни с тяжелыми и среднетяжелыми формами.
- Постельный режим на весь острый период.
- Диета по возрасту обогащенная витаминами. В первые дни молочно-растительная пища, механически и термически щадящая. Обильное питье.
- Этиотропное лечение: бензилпенициллин в/м из расчета 100 000 ЕД/кг в сутки. Инъекции через 4-6 часов. Курс 5-7 дней.
- Дезинтоксикационная терапия: гемодез, плазма, реополиглюкин, из расчета 10 мл/кг в сутки; 10 % глюкоза.
- Витамины группы В и С
- Гипосенсибилизирующая терапия: супрастин, тавегил, пипольфен, димедрол.
- симптоматическая терапия и лечение осложнений.

Противоэпидемические мероприятия

- **Выписка из стационара не ранее 10 дня болезни + 12 дней** домашнего карантина для всех организованных детей дошкольников и учащихся 1-ого и 2-ого классов.
- **Карантин – на 7 дней** с обязательным осмотром кожи, зева, измерением температуры.
- **Профилактика.** Специфической нет. Детям раннего возраста и ослабленным при контакте с больным скарлатиной можно использовать гамма-глобулин.