

Скарлатина



Скарлатина - острое инфекционное заболевание, проявляющееся [лихорадкой](#), общей интоксикацией, [ангиной](#), мелкоточечной сыпью, нередко с последующим пластинчатым шелушением кожи, дающее осложнения стрептококкового и инфекционно-аллергического генеза. Возбудитель болезни – стрептококк группы А. Заражение происходит от больных воздушно-капельным путем (при [кашле](#), чихании, разговоре), а также через предметы обихода (посуда, игрушки, белье). Особенно опасны больные как источники инфекции в первые дни болезни.

Источниками возбудителя инфекции являются больной скарлатиной или любой другой клинической формой стрептококковой инфекции и бактерионоситель. Чаще болеют дети 3—10 лет, посещающие детские дошкольные учреждения и школу. Появлению случаев скарлатины в детских учреждениях, как правило, предшествует повышенный уровень



заболеваемости ангинами и острыми респираторными вирусными инфекциями. Дети первого года жизни (особенно первого полугодия) и взрослые скарлатиной болеют редко. Основной путь передачи возбудителя инфекции — воздушно-капельный.

Клиническая картина.

Инкубационный период продолжается чаще 2—7 дней, он может укорачиваться до нескольких часов и удлиняться до 12 суток. Типичная скарлатина начинается остро с подъема температуры тела (максимальный подъем наблюдается к концу 1-х – началу 2-х суток заболевания). Отмечаются недомогание, снижение аппетита, боль в горле при глотании, головная боль, [тахикардия](#) (учащенное сердцебиение), увеличение и болезненность региональных лимфатических узлов, часто наблюдается рвота.

Одним из постоянных симптомов скарлатины является ангина; она может быть катаральной, фолликулярной, лакунарной, особенно характерна некротическая ангина.

Через несколько часов от начала болезни в области щек, туловища и конечностей появляется розовая мелкоточечная сыпь на фоне гиперемии кожи. Сыпь наиболее ярко выражена в паховых и локтевых сгибах, на боковых поверхностях туловища, в подмышечных

впадинах, в подколенных ямках, в низу живота. Кожа сухая, горячая на ощупь. Большинство элементов сыпи исчезает в момент ее растягивания, а затем появляется вновь. Иногда помимо точечных элементов могут быть высыпания в виде мелких (диаметром 1—2 мм) пузырьков, наполненных прозрачной или мутноватой жидкостью. В ряде случаев сыпь бывает геморрагической. Кожа носогубного треугольника остается бледной и свободной от сыпи. Характерны кожный зуд, сухость кожи и слизистых оболочек, белый дермографизм.

Сыпь обычно держится 3—7 дней; затем угасает, не оставляя пигментации. Нормализуется температура тела, исчезают воспалительные явления в глотке, язык очищается от налета, приобретает малиновый цвет. После исчезновения сыпи возникает шелушение кожи: в области ладоней и стоп оно крупнопластинчатое, начинается с кончиков пальцев; на туловище, шее, ушных раковинах шелушение отрубевидное.

Осложнения.

Развиваются редко и представляют собой вторичную стрептококковую инфекцию. Иногда можно наблюдать катаральную ангину, отит, лимфаденит. Вновь повышается температуры тела, нарушается самочувствие и появляются соответствующие признаки: боли в ухе, гнойное отделяемое из носа, гиперемия миндалин и боль при глотании, увеличение и болезненность шейных лимфатических узлов, припухлость, краснота и болезненность в межфаланговых суставах кистей и стоп.

При развитии миокардита появляются нарушения сердечного ритма. Поздним осложнением, присоединяющимся на 3-4-й неделе заболевания, является нефрит (нарушение функции почек), который протекает по типу диффузного гломерулонефрита. Помимо указанных осложнений возможно развитие ревматизма.

Лечение скарлатины

Лечение, как правило, проводится дома. Стационарное лечение необходимо в тяжелых случаях и при наличии осложнений. До снижения температуры больные должны соблюдать постельный режим. В острый период заболевания необходимо обильное теплое питье (чай с лимоном, фруктовые соки), жидкую или полужидкую пищу с некоторым ограничением белков.

Назначаются антибиотики пенициллинового ряда (феноксиметилпенициллин, ретарпен, амоксициллин, амоксиклав) в течение 5-7 дней. Дополнительно назначается витаминотерапия (витамины группы В, витамин С). В тяжелых случаях назначают раствор глюкозы или гемодез внутривенно, для уменьшения интоксикации.