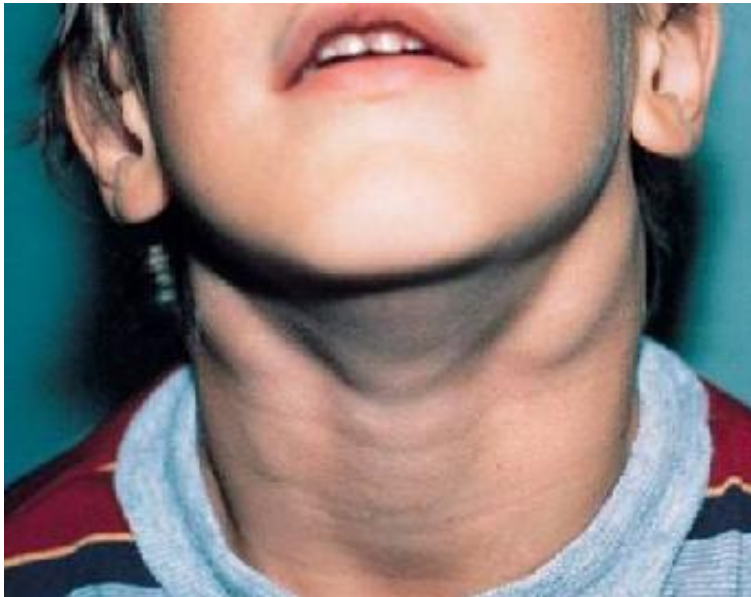


# СКАРЛАТИНА

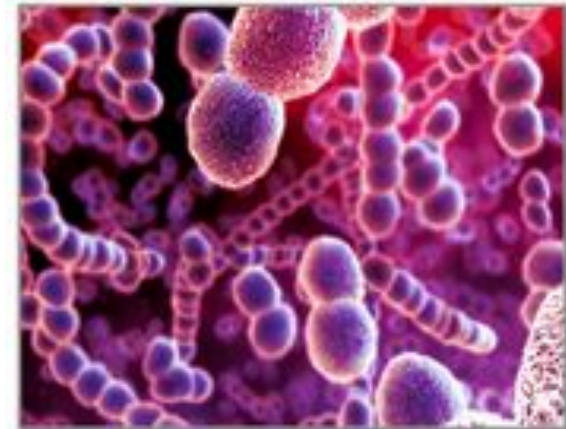
## СКАРЛАТИНА – ЭТО ...

... - Это инфекционное заболевание, вызываемое бета-гемолитическим стрептококком группы А, и характеризующееся интоксикацией, мелкоточечной сыпью и ангиной и подчелюстным лимфаденитом.



# ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЯ

- Возбудитель - бета-гемолитический стрептококк группы А.
- Устойчивый во внешней среде. Быстро погибает под воздействием дез. средств, но хорошо переносит замораживание, высушивание.
- Вырабатывает экзотоксины.
- Скарлатину вызывает вид, способный синтезировать эритротоксин (красный токсин).
- Под его влиянием краснеет кожа и появляется сыпь.



# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Источник инфекции - больной скарлатиной или другими формами инфекции (ангина, стрептодермия, гнойный отит, рожа) или носитель.

Пациент заразен с 1-х часов заболевания и в течение всей болезни, особенно в 1-е дни.

Пути передачи:

- воздушно-капельный - основной.
- контактно-бытовой (предметы, посуда, третьи лица)
- пищевой (молоко, мороженое, кондитерские изделия).

Иммунитет стойкий, пожизненный, антитоксический.

Сезонность – осенне-зимний период



# ПАТОГЕНЕЗ

- Входные ворота - слизистая носоглотки, раневые или ожоговые поверхности, слизистые половых органов (послеродовая скарлатина).
- Стрептококк выделяет токсин, который оказывает общее и местное воздействие на организм (септическое, токсическое и аллергизирующее)





- Обратного развития (4-5 дней)
- Реконвалесценции (2 недели)



# КЛИНИКА

- $t = 38-40$
- Недомогание, вялость, слабость
- Тахикардия
- Тошнота, однократная рвота
- Снижение аппетита
- Боли в горле, головные боли
- Нарушения сна
- В тяжелых случаях судороги, менингеальные симптомы
- Скарлатинозная сыпь (мелкоточечная, на гиперемизированном фоне кожи, исчезает при надавливании пальцем, затем вновь появляется)
- Высыпают одновременно, начиная с шеи, груди и спины и быстро распространяется на лицо, туловище, конечности.
- Сыпь состоит из густо расположенных мелких красных пятнышек с розовым ободком по периферии. Так как сыпь очень густая, эти ободки сливаются, образуя гиперемизированный фон.
- После ее исчезновения остается впечатление грязноватой кожи, хотя пигментации не бывает. А с 5-7 дня появляется шелушение кожи на теле, ушах, но чаще на пальцах рук и ног, которое заканчивается через 2-3 недели.



# КЛИНИКА

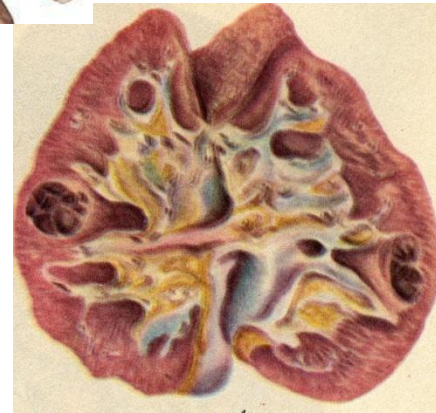
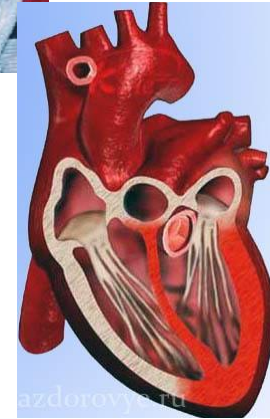
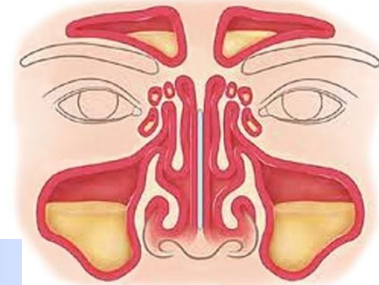
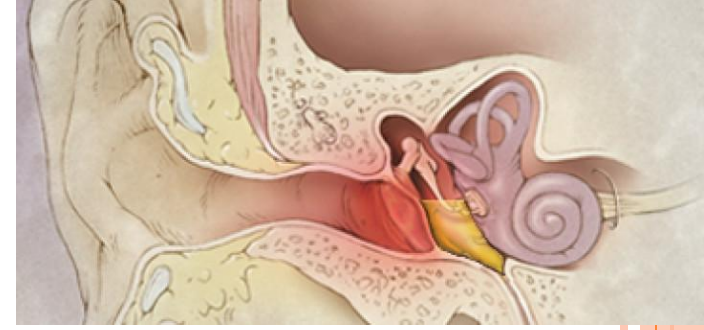
- ▣ **Легкая форма** - слабо выраженная интоксикация,  $t = 38,5$ . Умеренная гиперемия зева, лимфоузлы до 1 см, безболезненные. Сыпь яркая.
- ▣ **Среднетяжелая форма** - выражена интоксикация,  $t = 38,6-39,0$ . Головная боль, слабость, снижение аппетита, рвота частая. Яркая гиперемия зева, лакунарная или фолликулярная ангина. Лимфоузлы болезненны, до 2 см. Сыпь яркая. Изменения ССС.
- ▣ **Токсическая форма** - развитие инфекционно-токсического шока: бурное начало,  $t = 40-41$ , многократная рвота, угнетение ЦНС, бред, судороги. Снижение АД. Острая сосудистая недостаточность. Сыпь с цианотичным оттенком, холодные конечности.
- ▣ **Гипертоксическая форма** (раньше называли геморрагической). Присоединяется ДВС - синдром и возникают обширные кровоизлияния на слизистой ротоглотки и коже. Прогноз неблагоприятен.
- ▣ **Септическая форма**: высокая лихорадка, ухудшение состояния с 3-5 дня, ангина становится некротической, некрозы распространяются на мягкое небо, носоглотку. Резкая боль при глотании, больной не может даже пить, резкое увеличение миндалин, обильные слизисто-гнойные выделения. Возникает периаденит или флегмона шейных лимфоузлов, они резко увеличены, очень болезненны, неподвижны. Бактериемия, могут возникать гнойные очаги в других органах. Больной может погибнуть на 7-10 день.





# ОСЛОЖНЕНИЯ

- Гнойный отит
- Пиодермия
- Лимфаденит
- Синусит
- Некротическая ангина
- Паратонзиллярные абсцессы
- Бронхиты
- Пневмонии
- Обострение хронических заболеваний
- Миокардит
- Миокардиодистрофия
- Гломерулонефрит
- Ревматизм
- Синовиты с поражением суставов



# ДИАГНОСТИКА

- Общий анализ крови (нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ)
- Консультация кардиолога
- ЭКГ
- УЗИ сердца
- Осмотр отоларинголога
- Отоскопия
- УЗИ почек





# ЛЕЧЕНИЕ



- Госпитализация (ослабленных, раннего возраста тяжелыми и осложненными формами и по эпидемиологическим показаниям (детдома, общежития, плохие бытовые условия))
- Режим постельный 7-10 дней.
- Щадящее питание (полужидкая)
- Антибиотики
- Полоскание горла (фурацилин; настойки ромашки, календулы, эвкалипта)
- Дезинтоксикационная терапия
- Кардиологические препараты



# ПРОФИЛАКТИКА

- Своевременное выявление больных и носителей инфекции  
изоляция
- Выписку больных из стационаров производят не ранее чем 10й день после начала заболевания, после чего они находят на домашнем лечении еще 12 дней.
- Пациенты могут вернуться к своей деятельности не ранее чем на 22 сутки, при условии отрицательного бактериологического исследования на наличие возбудителя.
- Детей, не болевших ранее скарлатиной и вступавших в контакт с больными, не пускают в детский сад или школу 7 дней после контакта
- Взрослые контактные лица находятся в течение 7 дней под наблюдением, но без ограничений в работе.



**Спасибо за внимание!**