

# Диагностика, лечение и профилактика скарлатины и скарлатиноподобных заболеваний

Подготовил: доц. Голосной Э.В.



# Диагностика

Диагноз выставляется на основании данных о контакте с больным скарлатиной, ангиной, при наличии характерной сыпи и поражения горла.

- Для подтверждения диагноза должен быть взят *мазок из зева на флору* – высеивается (но не всегда) бета-гемолитический стрептококк.
- При наличии ангины с налетами дополнительно берется *мазок из зева на дифтерийную палочку*.
- В *общем анализе крови* отмечают изменения гемограммы, типичные для бактериальной инфекции: лейкоцитоз, нейтрофилию со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.
- Для экспресс-диагностики применяют *РКА*, выявляющую антигены стрептококков.
- Для ранней диагностики осложнений: на 4, 10 и 21-й день от начала болезни выполняется общий анализ мочи, и на 21-й день – еще общий анализ крови.
- скарлатина часто дает осложнения на сердце, поэтому в период выздоровления желательно провести исследование ЭКГ, которое позволяет выявляться развитие пороков клапанов на ранней стадии. Также изменения электрокардиограммы могут указать на наличие ревматического миокардита.

# Дифференциальная диагностика

Признак	Скарлатина	Корь	Краснуха	Менингококцемия
Начальные симптомы	Лихорадка, интоксикация, синдром острого тонзиллита с регионарным лимфаденитом	Катаральные явления и интоксикация, усиливающиеся в течение 2—4 дней	Сыпь, незначительные катаральные явления	Лихорадка, интоксикация, возникающие остро, часто бурно
Время появления сыпи	1—2-е сутки	На 4—5-й день болезни	1-й день болезни (очень редко — 2-й)	Первые часы болезни
Морфология сыпи	Мелкоточечная	Пятнисто-папулезная	Мелкопятнистая	Пятнистая, папулезная, геморрагическая, «звездчатая», неправильной формы, с уплотнением

<b>Признак</b>	<b>Скарлатина</b>	<b>Корь</b>	<b>Краснуха</b>	<b>Менингококцемия</b>
<b>Размеры сыпи</b>	До 2 мм	Средней величины и крупная (более крупная на 2—3-й день высыпания, сливная)	Мелкая, реже — средней величины	От мелких пятен до обширных экхимозов
<b>Порядок высыпания</b>	Одновременное по всему телу	Этапно, начиная с лица в течение 3—4 дней	Одновременное, в течение 1 дня	Постепенное, с быстрой ( в течение часов) динамикой элементов сыпи
<b>Локализация сыпи</b>	Сгибательная поверхность конечностей, боковая поверхность туловища, места естественных складок	В зависимости от дня высыпания (1-й день — на лице, 2-й — на лице и туловище, 3-й — на лице, туловище и конечностях)	По всему телу, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине, ягодицах, лице	Ягодицы, нижние конечности, реже — руки, лицо
<b>Яркость сыпи</b>	Яркая	Яркая или очень яркая	Бледно-розовая	Очень яркая, иногда с синюшным оттенком
<b>Фон кожи</b>	Гиперемирован	Не изменен	Не изменен	Не изменен

<b>Признак</b>	<b>Скарлатина</b>	<b>Корь</b>	<b>Краснуха</b>	<b>Менингококцемия</b>
<b>Обратное развитие сыпи</b>	Исчезает бесследно. Шелушение (крупнопластинчатое, отрубевидное)	Сыпь крупнопятнистая, яркая, переходит в пигментацию, начиная с лица	Исчезает бесследно через 3—4 дня	Некрозы на месте значительных поражений
<b>Катаральные явления</b>	Отсутствуют	Выраженные в течение 5—6 дней	Слабые или незначительные, кратковременные (1—2 дня)	Отсутствуют
<b>Изменения слизистых оболочек полости рта</b>	Отграниченная гиперемия мягкого неба	Гиперемированные, разрыхленные; пятнистая энантема на мягком небе; пятна Бельского—Филатова—Коплика	Чистые, иногда единичные элементы мелкопятнистой энантемы	Чистые, может быть гиперемия задней стенки глотки
<b>Интоксикация</b>	Умеренная или выраженная	Значительная, максимальная в периоде высыпания	Незначительная	Резко выражена
<b>Поражение других органов</b>	Сердце, суставы, почки	Дыхательная система, ЖКТ, ЦНС	Очень редко — ЦНС, суставы	ЦНС, надпочечники, суставы, сердце,

# Лечение



osteohondroz24.ru

- Лечение обычно проводится на дому. Детей с тяжелыми и осложненными формами скарлатины госпитализируют.
- Весь период болезни ребенка комната, где он находится, должна регулярно проветриваться, следует ежедневно проводить влажную уборку.
- Необходима своевременная смена нательного и постельного белья
- В течение 7-10 дней необходимо соблюдать постельный режим. до полного снижения температуры, обильное питье, чтобы выводить токсин из организма, и богатая витаминами пища в протертом виде, только теплая (холодное и горячее под запретом), с ограничением белков.



1. Для подавления роста стрептококка применяют антибиотики 10-дневным курсом. Наиболее эффективны в отношении стрептококка антибактериальные препараты пенициллинового ряда – амоксициллин (Флемоксин-солютаб) и защищенные амоксициллины (Амоксиклав, Аугментин, Амписид, Флемоклав-солютаб). При аллергии к пенициллиновым антибиотикам могут быть назначены макролиды – азитромицин (Хемомицин, Сумамед), джозамицин (Вильпрафен), макропен. Реже используются цефалоспорины (Цефалексин, Супракс).



2. Для предупреждения развития осложнений в виде ревматизма, миокардита и поражения соединительной ткани необходим курс нестероидных противовоспалительных препаратов. Чаще всего используется ацетилсалициловая кислота по 500 мг 3 раза в сутки на протяжении 10-ти дней. Этот препарат известен как «Аспирин» и помогает понизить температуру тела, снять болевой синдром.





### 3. Местно:

- используются полоскания горла растворами «Фурацилина» 2 таблетки на стакан воды
- на стакан кипяченой воды по чайной ложке соли и соды и 2–3 капли йода
- 10–15 капель спиртовой настойки календулы или прополиса на 1/2 стакана воды; отвары трав – ромашки, календулы, шалфея, чабреца и др. (по 2 ст. л. сырья заливают стаканом кипятка, настаивают, процеживают).
- Возможна обработка раствором «Люголя».



- Также для присыпки может применяться порошок «Стрептоцида» — он эффективно воздействует на данный вид патогенной микрофлоры в области миндалин и верхнего неба.
- Из спреев и аэрозолей можно пользоваться Гексоралом (дважды в день), Тантум-верде (через 2–3 часа до 5 раз в сутки), Ингалиптом, Каметоном, Стоп-ангином (3–4 раза в день). Выпускаются еще таблетки для рассасывания – Лизобакт, Грамидин, Фарингосепт, Гексорал и др.
- Для обработки кожных покровов в период высыпаний можно использовать «Бриллиантовый зеленый», присыпки, антигистаминные мази, которые снимают зуд и предотвращают присоединение вторичной микробной инфекции за счет появления расчесов.



**4. Жаропонижающие** Температура выше 38,5–39 °С требует применения жаропонижающих средств. У деток до 12 лет применяются жаропонижающие на основе парацетамола (Панадол, Эффералган, Калпол) и ибупрофена (Нурофен и др.). Детям старше 12 лет температуру можно сбивать и другими лекарственными средствами – аспирином, Нимесилом. В первые дни, особенно при наличии тошноты и рвоты, жаропонижающие лучше использовать в виде ректальных свечей, затем – в таблетках или сиропах. Крайне нежелательно давать препарат чаще 3–4 раз в сутки, поэтому нужно сбивать температуру и немедикаментозными способами: обтиранием, напитками с натуральными салицилатами (чай с малиной, вишневый компот, клюквенный, смородиновый морсы).





**5. Поливитамины** Поливитамины можно начинать с первых дней болезни (при условии, что ребенок получает не более 5 препаратов одновременно). Подойдут любые БАД и витаминно-минеральные комплексы, обогащенные витамином С и железом. Курс поливитаминов составляет обычно 1 месяц (но не менее 2 недель).



**6. Пре- и пробиотики.** После довольно длительного курса антибактериальной терапии всегда в той или иной степени страдает нормальная кишечная микрофлора и вполне вероятно развитие дисбактериоза. Чтобы этого не произошло, рекомендуется прием пробиотиков (живые бактерии – Линекс, Аципол) и пребиотиков (компоненты пищи, способствующие размножению полезных микроорганизмов – Лактулоза) по отдельности или в комбинации (Бифидобак, Биовестин-лакто).

Также применяются противоаллергические средства. Обязателен прием антигистаминных препаратов: «Супрастин» по 200 мг 2 раза в сутки, «Диазолин», «Кетотифен», «Пипольфен» и ряд других средств. Широко используются витамины группы С, А, Е. Целесообразно назначение глюконата кальция и «Аскорутина» с целью укрепления сосудистой стенки и предотвращения генерализованного развития петехиальной сыпи.



More Healthy



apteka.ru

## **Профилактика Скарлатины:**

### **Мероприятия в эпидемическом очаге**

При скарлатине обязательной госпитализации подлежат следующие лица:

- больные с тяжёлыми и среднетяжёлыми формами инфекции;
- больные из детских учреждений с круглосуточным пребыванием детей (домов ребёнка, детских домов, школ-интернатов, санаториев и т.д.);
- больные из семей, где есть дети в возрасте до 10 лет, не болевшие скарлатиной;
- любые больные при невозможности надлежащего ухода на дому;
- больные из семей, где есть лица, работающие в детских дошкольных учреждениях, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях, при невозможности их изоляции от заболевшего.

Выписку больного скарлатиной из стационара осуществляют после клинического выздоровления, но не ранее 10 дней от начала заболевания.



При регистрации заболеваний скарлатиной в детских дошкольных учреждениях на группу, где выявлен больной, **накладывают карантин сроком на 7 дней с момента изоляции последнего больного скарлатиной.**

В группе в обязательном порядке проводят термометрию, осмотр зева и кожных покровов детей и персонала. При появлении у кого-либо из детей повышенной температуры тела или симптомов острого заболевания верхних дыхательных путей следует провести немедленную их изоляцию от окружающих с обязательным осмотром кожных покровов.

Всех контактировавших с больными, а также лиц с хроническими воспалительными поражениями носоглотки подвергают санации томицидом в течение 5 сут (полоскание или орошение зева 4 раза в день после еды). В помещении, где находится больной стрептококковой инфекцией, проводят регулярную текущую дезинфекцию 0,5% раствором хлорамина, посуду и бельё регулярно кипятят. **Заключительную дезинфекцию не проводят.**



**Диспансерное наблюдение** за переболевшими скарлатиной и ангиной проводят в течение 1 мес после выписки из стационара. Через 7-10 дней проводят клиническое обследование и контрольные анализы мочи и крови, по показаниям - ЭКГ. При отсутствии отклонений от нормы проводят повторное обследование через 3 нед, после чего снимают с диспансерного учёта. При наличии патологии в зависимости от локализации переболевшего необходимо передать под наблюдение ревматолога или нефролога.

- Вакцины от скарлатины нет.
- Вероятность осложнений значительно уменьшается при приёме полного курса антибиотиков.
- После перенесенной скарлатины сохраняется, как правило, пожизненный иммунитет. Тем не менее, повторное заражение скарлатиной всё же случается.

**Все осложнения скарлатины подразделяют на три большие группы: токсические, септические и аллергические.**

**Токсические.** К ним относится инфекционно-токсический шок, развивающийся в первые дни болезни на фоне заражения большим количеством высокоагрессивного и высокотоксичного штамма стрептококка. Характеризуется резкой слабостью вплоть до потери сознания и комы, бледностью, падением артериального давления, угнетением дыхания, нарушениями работы сердца и т. д. В настоящее время встречается крайне редко.

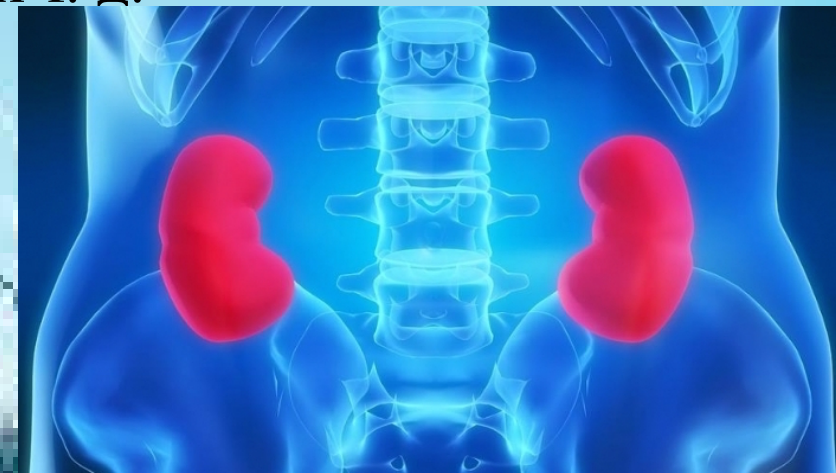
**Септические.** В эту группу входят разнообразные гнойные инфекции – распространенная некротическая ангина, отиты, гнойный лимфаденит, паратонзиллярный абсцесс, пневмония и т. д. Наиболее тяжелыми являются сепсис и гнойный менингит.





- Септические осложнения могут быть ранними (возникать в первую неделю болезни) и поздними (развиваются спустя 2 недели и более).
- Септические осложнения связаны обычно с неадекватной антибактериальной терапией (несвоевременное назначение, незавершенный курс, неактивный в отношении стрептококка препарат) или полным отсутствием антибиотиков в лечении больных.

**Аллергические (инфекционно-аллергические)** – всегда поздние, формируются ко 2–3 неделе. К ним относятся поражение суставов, почек, сердца после перенесенной скарлатины. Аллергические осложнения обусловлены тем, что стрептококк имеет антигены, сходные по своей структуре с некоторыми клетками человеческого организма. Из-за этой схожести иммунная система, начиная борьбу со стрептококком, повреждает не только чужеродные микробные клетки, но и свои собственные – развивается аутоаллергический ревматизм, миокардит, гломерулонефрит и т. д.



## Прогноз при скарлатине у детей

Ввиду того, что современной медициной разработан целый ряд медикаментозных препаратов, успешно подавляющих стрептококковые инфекции, скарлатина, в подавляющем большинстве клинических случаев, имеет благоприятный прогноз. В редких случаях болезнь, протекающая в токсико-септической форме, может вызвать осложнения.

