

Скарлатина

Скарлатина - гостре антропонозне захворювання, яке проявляється інтоксикацією, ураженням ротоглотки та дрібнокрапчастою екзантемою (шкірним висипом).

Етіологія

Збудник – бета-гемолітичний стрептокок групи А (*S. pyogenes*).

Епідеміологія

Джерело інфекції – хворий з початку захворювання до 4-5 діб після зникнення клінічних симптомів. Основний шлях передачі інфекції – повітряно-крапельний, вона може передаватися через білизну, предмети побуту, іграшки. Вхідними воротами інфекції є глоткові мигдалики. Захворювання частіше спостерігається у сиру та холодну пору року. Зустрічаються як поодинокі (спорадичні) випадки, так і спалахи, епідемії. Серед хворих переважають діти.

Патогенез

Первинне вогнище інфекції – у мигдаликах та носоглотці. Мікроб проникає у регіонарні лімфатичні вузли з розвитком лімфаденіта. До крові потрапляють токсини та алергени стрептокока. Важкі форми та ускладнення скарлатини пов'язані із токсичним впливом, генералізацією стрептокока та розвитком алергії.

Симптоми

Тривалість інкубаційного періоду від декількох годин до 12 днів. Типова форма скарлатини починається гостро: після незначної остуди температура тіла за 6-7 годин підвищується до 38,5-40 °С. У маленьких дітей при цьому нерідко з'являється однократна або повторна блювота. Хворі скаржаться на головний біль, нездужання, хворобливість при ковтанні.

Наприкінці першої доби захворювання (іноді на другий день) з'являються характерні дрібні висипання на шкірі. Спочатку висип з'являється на шиї та верхній частині грудей, а упродовж наступних 2-3-х днів поширюється по всьому тілу. Висип складається з численних дрібно крапчастих елементів, густо розташованих та утворюючих на шкірі щільне насичено-рожеве поле.

Обличчя хворого злегка опухле, щоки яскраво гіперемійовані, тоді як підборіддя та рот на ділянці, обмеженій носо-губними складками, відрізняються різкою блідістю («скарлатиновий трикутник»). У зіві відмічається розлита гіперемія м'якого піднебіння, язичка та мигдаликів. Бруднувато-білий або злегка жовтуватий наліт вкриває мигдалики, поширюючись у подальшому на м'яке піднебіння та язичок. У деяких хворих збільшуються регіонарні (підщелепні) лімфатичні вузли.

Протягом перших 2-3-х днів хвороби язик залишається вологим, вкритим сірватобілим нальотом; з 3-4-го дня наліт зникає і тоді вид язика стає досить характерним. На кінчику його можна побачити численні набряклі сосочки, а колір язика стає яскраво червоним («малиновий язик»).

Картина крові у перші 2-3 дні відрізняється помірним нейтрофільним лейкоцитозом. Після 3-4-го дня у багатьох хворих відмічається еозинофілія (6-8% еозинофілів).

Температура тіла зберігається на високих цифрах упродовж 3-6 днів, потім починає знижуватися та нормалізується на 9-10-й день хвороби. Одночасно покращується загальний стан хворого, зменшується інтоксикація, зникає висип та інші симптоми. 80-90% випадків скарлатини на фоні лікування пеніциліном протікає легко.

Критерії тяжкості

Легка форма

температура тіла підвищена до 38 градус., помірно виражені симптоми інтоксикації, загальний стан задовільний, катаральна ангіна, незначний висип на шкірі, клінічні симптоми тривалістю 3-5 днів.

Середньо-тяжка форма

температура тіла підвищена до 39-40 градус., тривалість 5-7 днів, головний біль, повторна блювота, яскравий, інтенсивний висип на шкірі, фолікулярна, лакунарна ангіна, енантема на м'якому піднебінні, розвиток ускладнень.

Тяжка форма

значно виражений інтоксикаційний синдром, температура тіла до 40 градус. та вище, можливі менінгеальні симптоми, судоми, порушення свідомості, висип із ціанотичним відтінком, геморагічний висип, розвиток ускладнень.

Септична форма

характеризується некротичною ангіною, некротичним назофарингітом, розвитком септичних ускладнень.

Ускладнення

лімфаденіт; отит; синусит; артрит; мастоїдит; міокардит; нефрит; синовіт.

Лікування

1. Ліжковий режим протягом гострого періоду;
2. Етіотропна терапія: антибіотики - при легкій формі пеніциліни або макроліди, при середньотяжкій - пеніциліни, при тяжкій - цефалоспорины I-II покоління, кліндаміцин, ванкоміцин. Курс антибіотикотерапії - при легкій формі 10 днів, середньо тяжкій та тяжкій 10 -14 днів, шлях введення - при легкій формі - перорально, при середньотяжкій - внутрішньом'язово, при тяжкій - внутрішньовенно.
3. Дезінтоксикаційна терапія: при легкій формі - значна кількість пиття, при середньотяжкій та тяжкій формах - інфузії глюкозо-сольових розчинів;
4. Антигістамінні препарати.
5. Препарати, які зміцнюють стінку судин (аскорутин, галаскорбін);
6. Жарознижуючі препарати (парацетамол, ібупрофен);
7. Засоби місцевої санації: полоскання горла дезінфікуючими розчинами, тубус - кварц тощо.

Хворих лікують на дому або у інфекційному відділенні. Показанням до госпіталізації є важкі, ускладнені форми хвороби, що супроводжують захворювання.

Лікування проводять пеніциліном (20 000 ОД/кг на добу). Антибіотики призначають усім хворим незалежно від тяжкості перебігу. При важких формах пеніцилін комбінують з іншими антибіотиками, проводять дезінтоксикаційну терапію (5% розчин глюкози, ізотонічний розчин натрію хлориду, гемодез), призначають серцеві засоби. При всіх формах хвороби показана вітамінотерапія.

Профілактика

Раннє виявлення та ізоляція джерела інфекції. Хворих ізолюють вдома або у стаціонарі на 10 днів від початку хвороби. Діти, що ходять у дошкільні заклади та перші 2 класи школи, ізолюються на 22 дні. Для осіб, що знаходилися у контакті з хворими скарлатиною, встановлюється карантин на 7 діб. Заключна дезінфекція у вогнищі не проводиться.