

# Скарлатина

Презентация по биологии  
Ученицы 5г класса  
Лицея Развитие  
Гор. Пскова  
Швецовой Софьи

**Скарлатина** не была известна Гиппократу, а у арабских врачей входила в общую группу острых сыпных, преимущественно детских, болезней. До XVI века скарлатину как инфекционное заболевание смешивали с другими сыпными болезнями.

Средневековые врачи, конечно же, не могли выяснить причину возникновения этого заболевания, но внешний вид больных помогал с точностью ставить диагноз. В конце XVI века эпидемии скарлатины случались в большинстве стран Европы, причем заболевание протекало в тяжелой форме. Во время одной из эпидемий в Испании у больных наблюдалось резкое увеличение шейных лимфоузлов, вследствие чего болезнь получила название «garotillo» – «железный ошейник».

В 1553 г.  
Итальянский  
врач Играсиас из  
Неаполя описал  
скарлатину как  
самостоятельное  
заболевание под  
названием  
Rossalia и  
впервые отделил  
скарлатину от  
кори.



*Через 100 лет  
английский врач  
Томас Сайденгем  
(1661) дал полное  
описание скарлатины  
под народным  
названием "пурпурная  
лихорадка".*



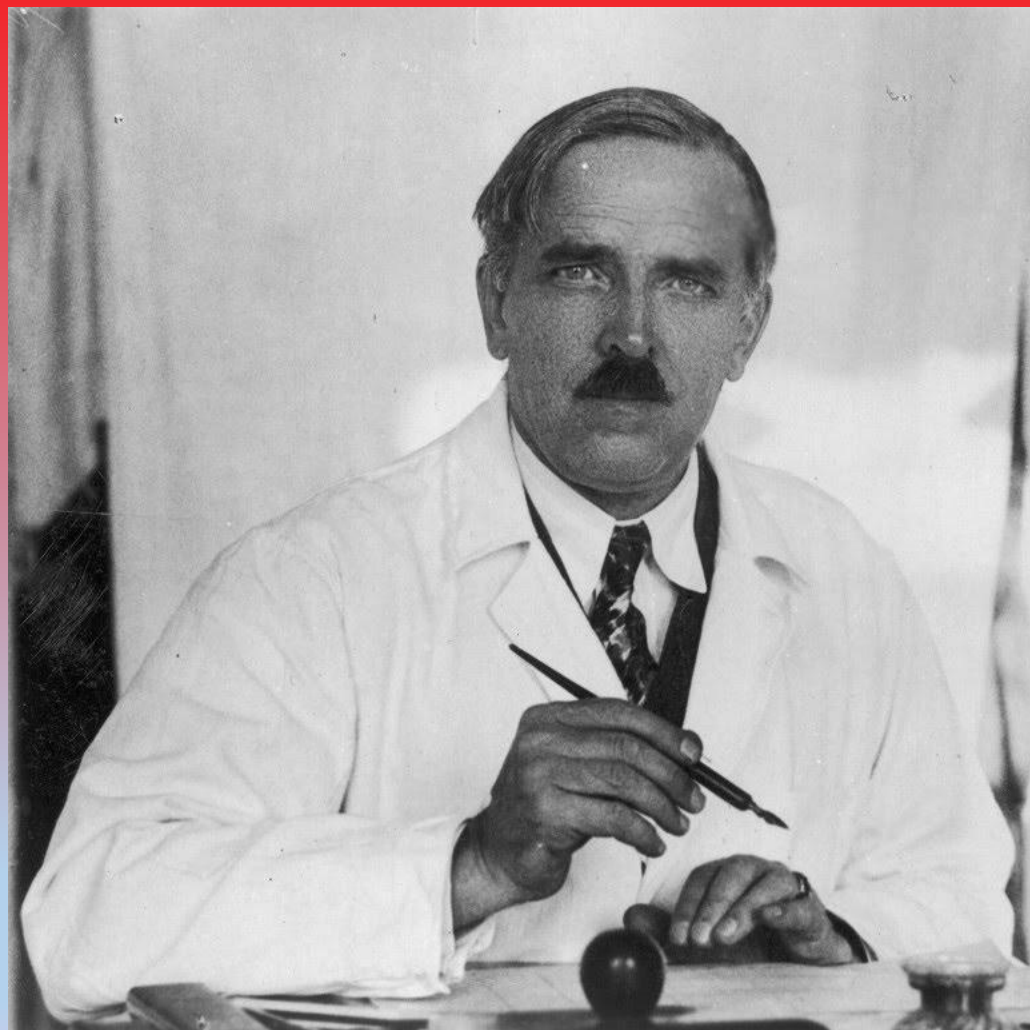
С этого времени название скарлатины (от итальянского слова *scarlatto* - багровый, пурпурный) получило широкое, а в Европе почти всеобщее признание. В последующие два столетия знания о скарлатине развивались главным образом по линии клинического изучения ее



Наиболее полное описание клинической картины скарлатины было сделано в 1828 г. Таганрогским городовым врачом Гаврилой Медведевым (1801-1846 гг.), указавшим на ее высокую заразительность и возможные меры профилактики. К началу XX века скарлатина стала эпидемической болезнью больших городов. Во время некоторых эпидемий летальность от скарлатины достигала 25%. Скарлатина имеет наибольшее распространение среди населения западных областей, а к востоку заболеваемость падает. В городах, в силу большой скученности, заболеваемость скарлатиной в 2-3 раза выше, чем в сельской местности.

Для лечения скарлатины до эпохи антибиотиков с 1900 года использовалась лошадиная сыворотка, значительно снизившая смертность.

В 1906 году австрийский педиатр Клеменс фон Пирке предположил, что болезнетворные иммунные комплексы ответственны за нефрит, следующий за скарлатиной.





В 1915 году Фредериком Туортом были открыты бактериофаги. Его работа из-за Первой мировой войны осталась незамеченной, и бактериофаги были вновь открыты Феликсом д'Эрелем в 1917 году.



Что же касается этиологии, то в добактериологическую эру представления о скарлатине не выходили из рамок умозрительной миазматической теории, согласно которой болезнь рассматривалась как результаты воздействия на организм ядовитых газовых испарений из продуктов гниения.



**Источником распространения инфекции** при скарлатине является человек. Это может быть:

Больной с любым проявлением острой или хронической инфекции, вызванной бета-гемолитическим стрептококком группы А - рожей, скарлатиной, ринитом, гайморитом, ангиной, дерматитом или стрептококковым сепсисом.

Реконвалесцент — человек, перенесший одно из указанных выше заболеваний. Он ещё некоторое время может выделять стрептококк. Такое носительство может продолжаться до трёх недель, в некоторых случаях - годами.

Здоровый носитель — человек, у которого нет признаков заболевания, но стрептококки группы А живут на слизистой его носоглотки и выделяются в окружающую среду. Такие люди составляют до 15 % всего населения.

Входными воротами при типичной скарлатине является слизистая оболочка зева и носоглотки



Начальный период, обычно очень короткий (несколько часов), охватывает промежуток времени от возникновения первых симптомов болезни до появления сыпи. Начало может быть внезапным.

Больной становится заразным за сутки до появления первых симптомов. Длительность заразного периода может колебаться от нескольких дней до нескольких недель, но при неосложнённом течении на фоне пенициллина ребёнок уже через 7—10 дней не представляет эпидемической опасности для окружающих.



Особую роль при диагностике заболевания играет состояние кожи и сыпь при скарлатине у детей:

при надавливании на кожу в области живота в течение 10—15 сек. остаётся белый след;

носогубный треугольник остаётся белым, при наличии сыпи на коже лица, на корне языка отмечается белый налет;

ярко-малиновый румянец на щеках, такого же цвета становится язык на 5—6 день от начала заболевания;

шелушение и отслаивание кожи на ладонях и ступнях ног, длящееся 2—3 недели;

сгущение сыпи в местах сгибов.

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



В настоящее время существуют две точки зрения на лечение и прогноз. Одна из них связывает лёгкость протекания современной скарлатины с изобретением антибиотиков. Другие авторы полагают, что улучшение питания и условий жизни оказали главное влияние на значительное облегчение течения скарлатины и снижение летальности.





**БУДЬТЕ  
ЗДОРОВЫ!**