

Скарлатина

Определение:

- острое антропонозное заболевание, проявляющееся интоксикацией, поражением ротоглотки и мелкоточечной экзантемой.

Код по МКБ-10: A38. Скарлатина.

Этиология

- Скарлатина может возникнуть при инфицировании организма высокотоксигенными штаммами стрептококка, т.е. способными к выработке эритрогенных токсинов типов А, В и С.

Шип С.А. (для личного пользования)

Эпидемиология

Резервуар и источник инфекции - человек, больной ангиной, скарлатиной и другими клиническими формами РСИ, а также здоровые носители СГА.

- Больной наиболее опасен для окружающих в первые дни болезни, заразительность его прекращается чаще всего через три недели от начала болезни.

Механизм передачи - аэрозольный,

- путь передачи — воздушно-капельный.
- Как правило, заражение происходит при тесном длительном общении с больным или носителем.
- Возможен алиментарный (пищевой) и контактный (через загрязненные руки и предметы обихода) пути инфицирования.

Естественная восприимчивость людей — высокая.

- Возникает у лиц, не имеющих антитоксического иммунитета, при их инфицировании токсигенными штаммами бактерий, продуцирующих эритрогенные токсины типов А, В и С.
- Постинфекционный иммунитет типоспецифический, при инфицировании стрептококками А другого серовара возможно повторное заболевание.

Основные эпидемиологические признаки:

- Повсеместность распространения - чаще в регионах с умеренным и холодным климатом.
- Связь скарлатины с предшествующими заболеваниями: ангиной и другими респираторными проявлениями стрептококковой инфекции, возникающими в детских дошкольных учреждениях, часто после их формирования.
- Осенне-зимне-весенняя сезонность.

Многолетняя динамика заболеваемости скарлатиной:

- Периодически возникающие подъемы и спады заболеваемости:
 - 2-4-летние интервалы,
 - 40-50-летние интервалы.

Клиническая картина

- **Инкубационный период:** от 1 до 10 дней.
- Типичным считают **острое начало заболевания**, в некоторых тяжело протекающих случаях уже в первые часы болезни температура повышается до высоких значений и сопровождается:
 - недомоганием,
 - головной болью,
 - слабостью,
 - тахикардией,
 - иногда болями в животе.

- При сильной лихорадке в первые дни заболевания больные:
 - возбуждены, эйфоричны, подвижны или, наоборот,
 - вялы, апатичны, сонливы.
- Вследствие выраженной интоксикации часто бывает **рвота**.
- Возникают **боли в горле** при глотании.

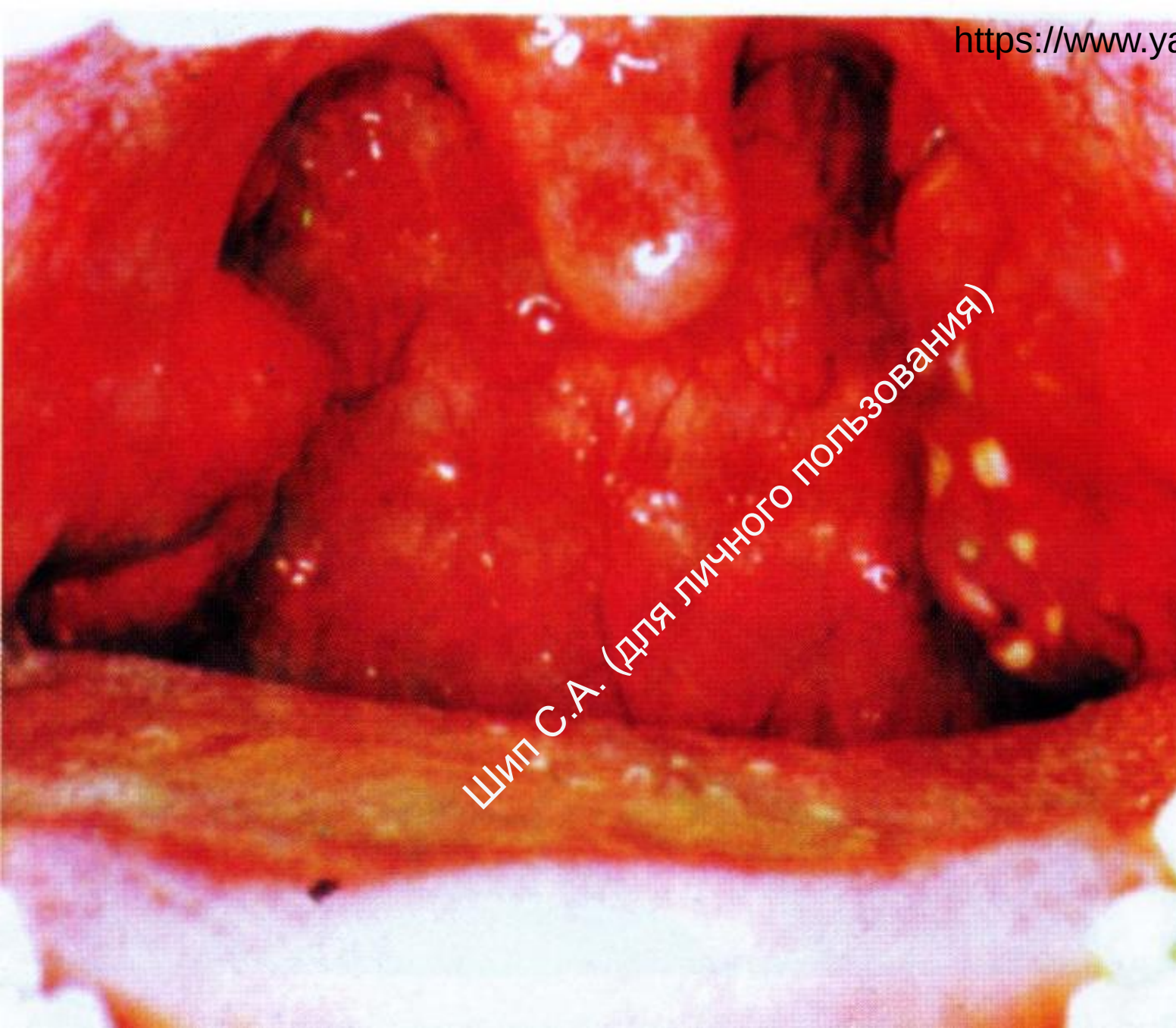
Объективно в зеве:

- **Яркая разлитая гиперемия** миндалин, дужек, язычка, мягкого неба и задней стенки глотки («пылающий зев»),
 - гиперемия значительно интенсивнее, чем при обычной катаральной ангине, она резко ограничена в месте перехода слизистой оболочки на твердое небо.
- В первые сутки болезни в зеве можно увидеть **точечную энантему**.
- Возможно формирование **ангины** фолликулярного, лакунарного, некротического характера.

<https://www.yandex.ru/>

Шип С.А. (для личного пользования)





Шип С.А. (для личного пользования)

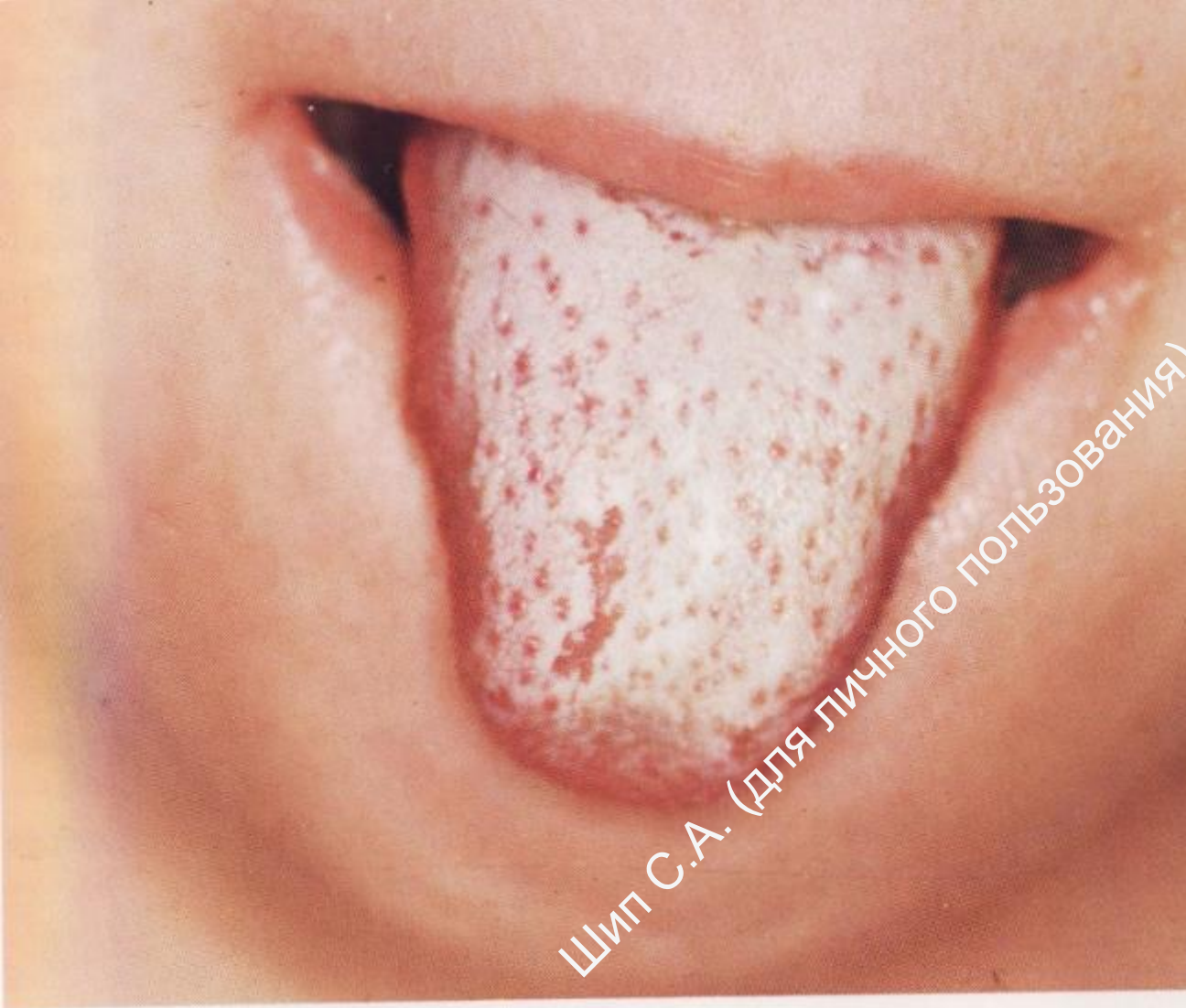
Скарлатина. Фолликулярная ангина



Шип С.А. (для личного пользования)

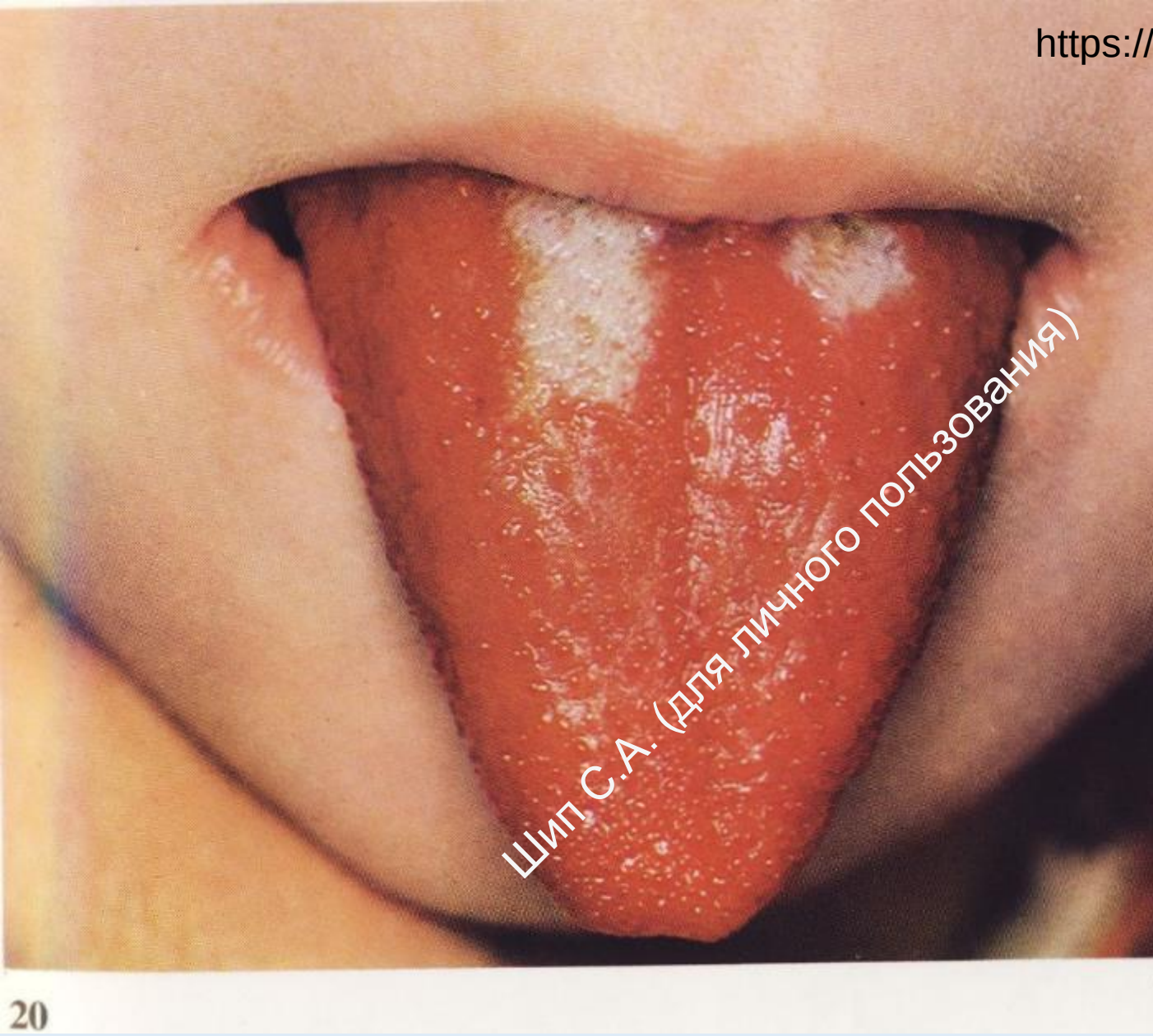
Скарлатина. Некротическая ангина слева

- Одновременно развивается **регионарный лимфаденит**, передне-шейных лимфатических узлов.
- **Язык**, вначале обложенный серовато-белым налетом, к 4-5-му дню болезни очищается и становится ярко-красным с малиновым оттенком и гипертрофированными сосочками («малиновый язык»).
- В тяжелых случаях скарлатины подобную «малиновую» окраску отмечают и на губах.



Шип С.А. (для личного пользования)

Белый земляничный язык. В течение первых 1—2 дней язык покрывается белым налетом, сквозь который проглядывают увеличенные красные сосочки. Небо покрыто темно-красными пятнами, иногда на нем обнаруживают отдельные петехии. Зев ярко-красный, на миндалинах бывает белый налет.

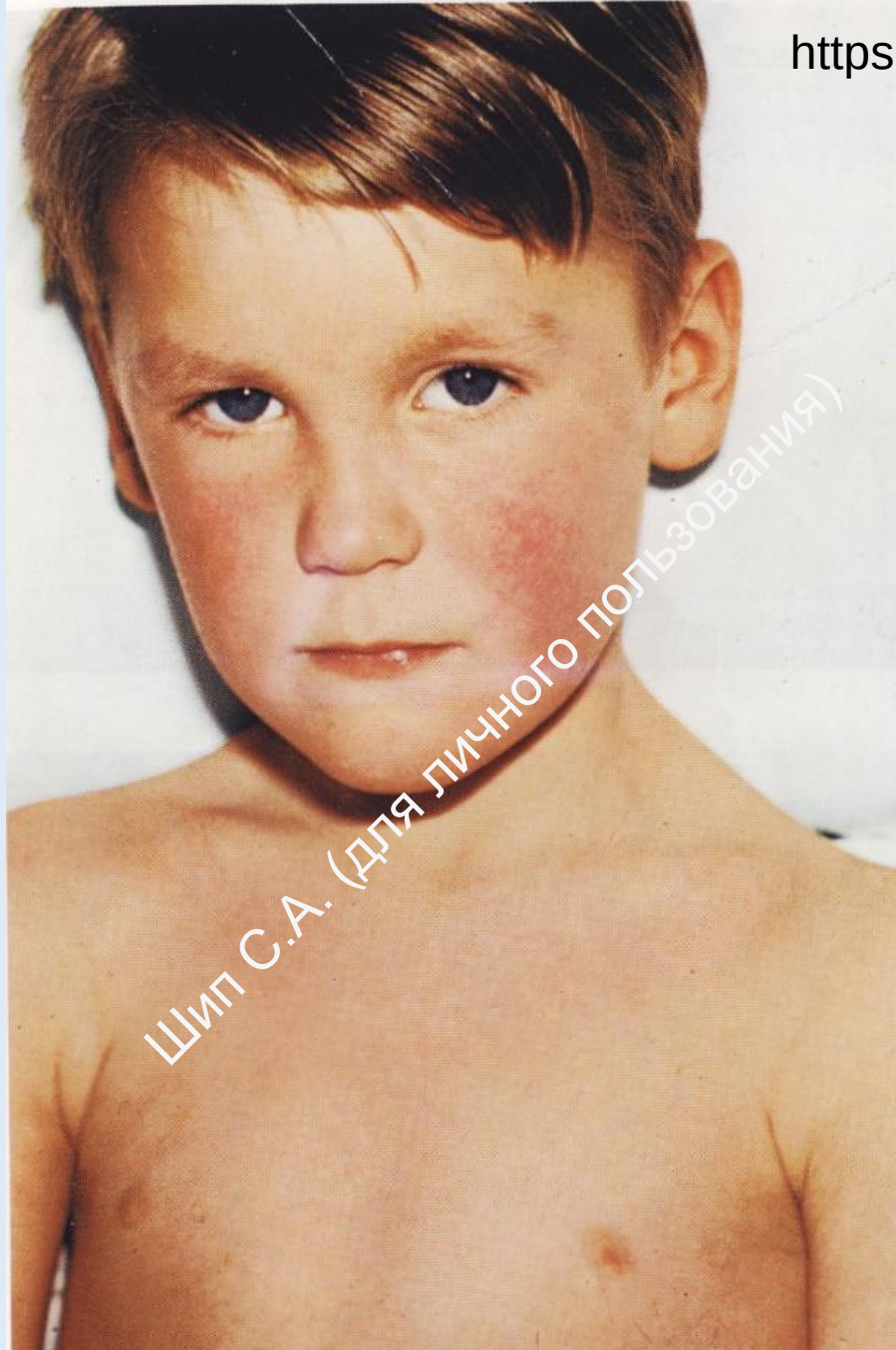


Шип С.А. (для личного пользования)

Красный земляничный язык. Через несколько дней от начала заболевания белый налет отслаивается с верхушки и боковых поверхностей языка и появляется красная глянцевая поверхность языка с выступающими сосочками и островками белого налета.



- **Объективно внешний вид**
- **Скарлатинозная экзантема** появляется чаще через несколько часов от начала заболевания, реже на 1-2-е сутки болезни, располагаясь на общем гиперемизированном фоне.
- **Вначале** мелкоточечные элементы возникают на коже лица, шеи и верхней части туловища.
- На лице сыпь располагается на щеках, в меньшей степени на лбу и висках, в то время как носогубной треугольник свободен от элементов сыпи и бледен (**симптом Филатова**).
- **Характерен вид больного:** глаза блестящие, лицо яркое, слегка отечное, щеки пылающие, что резко контрастирует с бледным носогубным треугольником.



Бледный носогубный треугольник и сыпь на туловище.



Шип С.А. (для личного пользования)

- **Затем** сыпь быстро распространяется на сгибаемые поверхности конечностей, на боковые стороны груди и живота, на внутренние поверхности бедер.
- Очень важным признаком скарлатины является сгущение сыпи в виде темно-красных полос на кожных складках в естественных сгибах, например, локтевых, паховых (**симптом Пастиа**), а также в подмышечных ямках.
- Местами обильные мелкоточечные элементы могут полностью сливаться, что создает картину сплошной эритемы.



Сыпь на бедре.

Пятнистую сыпь на конечностях бывает трудно отличить от сыпи при краснухе, однако характерный вид слизистой рта и зева позволяет поставить правильный диагноз.

- В связи с повышенной ломкостью сосудов можно обнаружить мелкие точечные кровоизлияния в области суставных сгибов, а также в местах, где кожа подвергается трению или сдавлению одеждой.
- Становятся положительными эндотелиальные симптомы (симптомы жгута Румпеля-Леде, резинки, Кончаловского).
- В некоторых случаях наряду с типичной скарлатинозной сыпью отдельные элементы сыпи могут быть miliarными, мелкими — с булавочную головку, с прозрачной или мутноватой жидкостью.



Шип С.А. (для личного пользования)

Сгущение сыпи на месте кожной складки (симптом Пастиа).

Шип С.А. (для личного пользования)

Симптом Пастиа.

Темно-красная пигментация и петехии в кожных складках, например в локтевых сгибах. Пигментация сохраняется и после того, как сыпь бледнеет.

- При надавливании на кожу ладонью сыпь в этом месте временно исчезает («**симптом ладони**»).
- Во многих случаях отчетливо выражен **белый дермографизм**.

Шип С.А. (для личного пользования)

Шип С.А. (для личного пользования)

Скарлатина: мелкоточечная сыпь; белый дермографизм.

- К 3-5-м суткам заболевания:
 - самочувствие больного улучшается,
 - температура начинает постепенно снижаться,
 - сыпь бледнеет, постепенно исчезает,
- К концу 1-й — началу 2-й недели сыпь сменяется мелкочешуйчатым **шелушением** кожи (на ладонях и подошвах оно носит крупнопластинчатый характер).
- При легком течении скарлатины скудная сыпь может исчезнуть через несколько часов после ее появления.
- Выраженность шелушения кожи и его длительность прямо пропорциональны обилию предшествовавшей сыпи.



© С.А. (для личного пользования)

Шелушение на кисти. Через 4-5 дней после появления сыпи начинается шелушение кожи. Сначала небольшие участки шелушения возникают на шее и верхней части туловища, а к концу 2-й недели шелушение распространяется на кисти и стопы. Выраженность шелушения в разных случаях неодинакова: чем обильнее сыпь, тем оно сильнее. Когда сыпи уже нет, шелушение может помочь поставить диагноз, хотя оно бывает не только при скарлатине. Шелушение начинается с образования небольших отверстий, окруженных ободком эпидермиса, который затем отслаивается и превращается в чешуйки.



Шип С.А. (для личного пользования)



Шип С.А. (для личного пользования)

<https://www.yandex.ru/>

Крупнопластинчатое шелушение стоп.

Экстрабуккальная (экстратонзиллярная) скарлатина.

- В настоящее время редкая форма заболевания.
- Входными воротами инфекции – места повреждения кожи:
 - ожоги,
 - ранения,
 - очаги стрептодермии и т.д.,
- Сыпь имеет тенденцию распространяться от места входных ворот возбудителя.
- Воспалительные изменения со стороны ротоглотки и шейных лимфатических узлов отсутствуют.



Шип С.А. (для личного пользования)

Стертые формы скарлатины.

Часто встречаются у взрослых и характеризуются:

- слабо выраженными общетоксическими симптомами,
- слабо выраженными катаральными изменениями в ротоглотке,
- скудной, бледной и быстро исчезающей сыпью.

Осложнения

- Гнойно-септические осложнения:
 - **гнойный лимфаденит,**
 - **отит,**
 - поражения костной ткани височной области, твердой мозговой оболочки, височных синусов и т.д.
 - инфекционно-токсический шок
- Осложнения инфекционно-аллергического генеза:
 - диффузный гломерулонефрит,
 - острая ревматическая лихорадка и др.

Лабораторная диагностика

- ОАК: лейкоцитоз, нейтрофилия со сдвигом формулы влево, повышение СОЭ.
- Выделение возбудителя бактериологическим методом.
- Для экспресс-диагностики применяют реакцию коаггутинации, выявляющую антигены стрептококков.

Лечение

- В настоящее время лечение скарлатины осуществляют на дому, за исключением тяжелых и осложненных случаев.
- Необходимо соблюдать постельный режим в течение острого периода болезни.
- Курс этиотропной терапии составляет 10 дней.
- Этиотропным препаратом выбора остается бензилпенициллин в суточной дозе 100 000 - 150 000 ЕД/кг в сутки, вводимый 4-6 раз в сутки.

- При легкой форме можно использовать АБТ перорально – пенициллины, цефалоспорины.
- Альтернативные препараты:
 - макролиды,
 - цефалоспорины I поколения (цефамезин по 2-4 г в сутки).
- Использование неадекватных антибиотиков, уменьшение длительности курса лечения способствует развитию постстрептококковых осложнений (ревматизма, гломерулонефрита и др.).

- Местная терапия - назначают полоскания горла:
 - раствором фурацилина 1:5000,
 - настоями ромашки, календулы, эвкалипта.
- Показаны витамины и антигистаминные средства в обычных терапевтических дозах.

Шип С.А. (для личного пользования)

Диспансерное наблюдение (аналогично как при ангине)

- За лицами, переболевшими скарлатиной, устанавливается диспансерное наблюдение в течение одного месяца после выписки из стационара.
 - Через 7 - 10 дней проводится клиническое обследование и контрольные анализы мочи и крови, по показаниям - электрокардиограмма.
 - Обследование повторяется через 3 недели, при отсутствии отклонений от нормы переболевшие лица снимаются с диспансерного учета.
- При наличии патологии, в зависимости от ее характера, переболевший направляется под наблюдение специалиста (ревматолога, нефролога и других).

