

Государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«Башкирский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
Кафедра детских болезней

СКАРЛАТИНА У ДЕТЕЙ

Мультимедийное сопровождение к лекции
по теме «СКАРЛАТИНА У ДЕТЕЙ»
для студентов V курса лечебного факультета
Уфа-2011

Этиология

- Возбудитель **β-гемолитический стрептококк группы А**, способный продуцировать эритрогенный экзотоксин.
- Возбудитель скарлатины не отличается от стрептококков, вызывающих другие формы стрептококковой инфекции.
- Скарлатина возникает только в случае инфицирования высокотоксигенными штаммами БГСА при отсутствии у ребенка анитоксического и антимикробного иммунитета.

Эпидемиология

- **Источник инфекции** – больные скарлатиной и другими формами стрептококковой инфекции, носители БГСА.
- Больной становится опасным с начала заболевания, длительность заразного периода от нескольких дней до нескольких недель. При своевременной антибактериальной терапии через 7-10 дней от начала заболевания ребенок не представляет эпидемической опасности.
- **Механизм передачи** – капельный. Основной **путь передачи** – воздушно-капельный. Возможен контактно-бытовой путь заражения через предметы и вещи больного, пищевой путь (через молоко, молочные продукты).

Эпидемиология

- **Индекс контагиозности** – 40%.
- **Заболеваемость** высокая, характерна очаговость в детских коллективах.
- **Возрастная структура:** максимальная заболеваемость в возрастной группе от 3 до 8 лет.
- **Сезонность** –повышение заболеваемости в осенне-зимний период.
- **Периодичность** –периодические повышения и спады заболеваемости с интервалом в 5-7 лет
- **Антитоксический иммунитет** стойкий, не обладающий типовой специфичностью (повторные случаи у 4-6% переболевших детей, обусловлены отсутствием специфических антител).
Бактериальный иммунитет типоспецифический и относительно не стойкий (ребенок, переболевший скарлатиной может заболеть другой стрептококковой инфекцией).

Патогенез

Входные ворота – слизистые оболочки небных миндалин, иногда поврежденная кожа, слизистые оболочки половых путей.

Патогенетические синдромы

- **Септический синдром** - воспалительные или некротические изменения в месте внедрения стрептококка.
- **Токсический синдром** обусловлен экзотоксином, представлен лихорадкой и симптомами интоксикации, мелкоточечной сыпью, изменениями языка, реакцией регионарных лимфатических узлов (в первые 2-3 дня болезни), изменениями сердечно-сосудистой системы.
- **Аллергический синдром** развивается с первых дней, наиболее выражен на 2-3 неделе. Аллергизация специфическая, обусловлена белками стрептококка. Не сопровождается видимыми проявлениями, но приводит к повышению проницаемости сосудов, снижению фагоцитарной активности лейкоцитов. Возникает опасность развития осложнений инфекционно-аллергического характера (гломерулонефрит, миокардит, синовит, ОРЛ). Иногда аллергические проявления (пятнистая или уртикарная сыпь, отечность лица и глаз) могут выявляться с первых дней болезни.

Классификация

Тип	Тяжесть	Течение
I. Типичные	1. Легкая форма 2. Среднетяжелая форма 3. Тяжелая: Токсическая Септическая Токсико-септическая	1. Гладкое 2. Негладкое: ✓ с осложнениями ✓ с наложением вторичной инфекции ✓ с обострением
II. Атипичные ожоговая раневая послеродовая послеоперационная	Критерии тяжести ✓ Выраженность местных изменений ✓ Выраженность синдрома интоксикации	хронических заболеваний

Клиническая картина, типичная форма

- ▣ **Инкубационный период** чаще 2-4 суток.
- ▣ **Начальный период** – промежуток времени от первых симптомов до появления сыпи; длительность от нескольких часов до 1-2 суток.
- ✓ Начало острое.
- ✓ **Синдром лихорадки:** температура 38 С и выше.
- ✓ **Синдром интоксикации** : вялость, слабость, снижение аппетита, головная боль, нередко тошнота, рвота, тахикардия.

Клиническая картина, типичная форма

- ✓ **Синдром острого тонзиллита с регионарным лимфаденитом (синдром ангины):** боль в горле, яркая ограниченная гиперемия слизистой оболочки ротоглотки и миндалин (**«пылающий зев»**), иногда мелкоточечная энантема на мягком небе, реакция тонзиллярных лимфоузлов (увеличение размеров, уплотнение, болезненность при пальпации).

Тонзиллит чаще катарального характера, но может быть лакунарным или фолликулярным, некротический тонзиллит встречается редко.

Налеты легко снимаются шпателем, поверхность миндалин не кровоточит

Характерны **изменения языка** – в первые сутки покрыт белым налетом

Клиническая картина, типичная форма

- ▣ **Период высыпаний** характеризуется синдромом экзантемы.

Синдром экзантемы

- ✓ развивается в первые 1-2 сут заболевания
- ✓ мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи
- ✓ сыпь обильная, локализуется преимущественно на сгибательных поверхностях конечностей, передней и боковой поверхностях шеи, боковых поверхностях груди, на животе, поясничной области, в местах естественных сгибов – подмышечных, локтевых, паховых, подколенных.
- ✓ на лице сыпь обильна на щеках, носогубный треугольник остается бледным.

Клиническая картина, типичная форма

- ✓ в результате механической травматизации сосудов кожи могут появиться мелкие петехии, образующие геморрагические полосы (**линии Пастиа**)
- ✓ белый дермографизм

Изменения сердечно-сосудистой системы

- ✓ в первые 4-5 дней (симпатикус-фаза) – тахикардия, повышение АД
- ✓ в последующем (вагус-фаза) – брадикардия, снижение АД, небольшое расширение границ относительной тупости сердца, нечистота I тона на верхушке, короткий систолический шум
- ✓ Изменения сохраняются 2-4 недели

Язык со 2-х по 4-5 сутки постепенно очищается и становится ярким, с выступающими грибовидными сосочками (**«малиновый язык»**)

Клиническая картина, типичная форма

- Симптомы при скарлатине развиваются очень быстро, максимально выражены в первые сутки болезни.
- К 3-5 суткам болезни нормализуется температура, ослабевают интоксикация.
- Сыпь сохраняется в среднем 4 дня, изменения регионарных лимфоузлов исчезают к 4-5 суткам, языка – к концу 2-недели заболевания.

Клиническая картина, типичная форма

- ▣ **Период реконвалесценции**
- ✓ начинается со 2- недели болезни и продолжается 10-14 суток
- ✓ крупнопластинчатое шелушение на пальцах рук и ног
- ✓ мелкое отрубевидное шелушение на коже мочек ушей, шеи, туловища
- ✓ «малиновый язык»
- ✓ линии Пастиа.

В этот период сохраняется повышенная чувствительность к стрептококковой суперинфекции и связанная с ней опасность развития инфекционно-аллергических и септических осложнений.

Скарлатина, мелкоточечная сыпь



Скарлатина, мелкоточечная сыпь, линии Пастиа



Скарлатина, мелкоточечная сыпь, линии Пастиа



Скарлатина, катаральная ангина



Скарлатина, изменения языка, 1-е сутки болезни



Скарлатина, «малиновый язык»



Скарлатина, пластинчатое шелушение



Клиническая картина, атипичные формы (экстратонзиллярные)

- Отличаются от типичной формы отсутствием жалоб на боли в горле, воспалительных изменений в ротоглотке и реакции тонзиллярных лимфоузлов.
- Сыпь типичная для скарлатины, но со сгущением в области входных ворот.

Особенности клинических форм скарлатины

Легкая форма

- слабо выраженный синдром интоксикации,
- умеренные изменения в ротоглотке в виде катарального тонзиллита
- состояние больного удовлетворительное, температура в пределах 37,5-38,5 С.
- жалобы немногочисленные:
кратковременная головная боль,
недомогание, боль в горле при глотании
- сыпь необильная, угасает к 4 суткам болезни
- изменения в зеве держатся 4-5 суток.

Особенности клинических форм скарлатины

Среднетяжелая форма

- ▣ значительная интоксикация
- ▣ выраженные изменения в месте входных ворот
- ▣ температура повышается до 38,5-39,5 С
- ▣ жалобы на слабость, головную боль, боль в горле, повторную рвоту
- ▣ в ротоглотке картина лакунарной или фолликулярной ангины, на слизистой мягкого неба иногда точечная энантема
- ▣ сыпь яркая, обильная, сохраняется до 5-6 суток
- ▣ у всех больных выявляются изменения ССС: тахикардия, приглушенность тонов сердца, повышение АД.

Особенности клинических форм скарлатины

Тяжелая форма

- с резко выраженными симптомами интоксикации (токсическая форма)
- с септическими поражениями (септическая форма)
- при сочетании выраженных симптомов токсикоза и септических проявлений форму скарлатины расценивают как токсико-септическую.

Осложнения

Специфические осложнения скарлатины: **токсические, септические и аллергические**; по срокам возникновения – **ранние (на 1-й недели заболевания)** и **поздние (на 2-й недели и позже)**.

- ▣ **Токсическим осложнением** является инфекционно-токсический шок (при тяжелой форме).
- ▣ **Септические осложнения:** тонзиллит (в ранние сроки только некротический, в поздние – любого характера), лимфаденит (в ранние сроки гнойный, в поздние – любого характера), отит, аденоидит, синусит, паратонзиллярный абсцесс, ларингит, бронхит, сепсис, менингит.
- ▣ **Аллергические осложнения:** инфекционно-токсический миокардит, гломерулонефрит, ОРЛ, синовит.

Ранние осложнения могут быть токсическими и септическими. **Поздние осложнения** преимущественно аллергические, иногда септические.

Лабораторная диагностика

- ▣ **Бактериологический метод** (позволяет обнаружить БГСА в материале из любого очага поражения)
- ▣ **Экспресс-метод определения БГСА антигена** в исследуемом материале в течение 30 минут (основан на реакции коаггуляции)
- ▣ **Серологический метод** (повышенные титры антистрептококковых антител)
- ▣ **Общий анализ крови** – в остром периоде нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенная СОЭ. По мере нормализации температуры возможны эозинофилия и нейтропения.

Дифференциальный диагноз

Проводится:

- с заболеваниями, сопровождающимися синдромом экзантемы (краснухой, корью, ветряной оспой, менингококцемией)
- с аллергическими сыпями
- потницей
- геморрагическим васкулитом
- псевдотуберкулезом
- энтеровирусной инфекцией.

Лечение

- ▣ **Госпитализация** - по **клиническим** (тяжелые и среднетяжелые формы), **возрастным** (дети в возрасте до 3-х лет) и **эпидемиологическим** (больные из закрытых коллективов) показаниям.
- ▣ **Режим** постельный в течение всего острого периода болезни. **Диета** соответствует возрасту ребенка.
- ▣ **Этиотропная терапия**
 - Назначается бензилпенициллина натриевая соль в дозе 50 000 – 100 000 ЕД/кг/сут. Режим введения 4-6 раз в сутки, курс 5- 7 дней.
 - При легких формах возможно назначение препаратов пенициллинового ряда (амоксциллин, феноксиметилпенициллин, орациллин) внутрь.
 - При непереносимости пенициллинового ряда используют макролиды (азитромицин, рокситромицин, джозамицин).

Лечение

- ▣ **Патогенетическая и симптоматическая терапия**
- **Дезинтоксикационная терапия** (при тяжелых токсических формах) – внутривенно капельно 10% раствор глюкозы, 10% раствор альбумина, реополиглюкин.
- **Жаропонижающие препараты:** парацетамол (разовая доза 15 мг/кг не более 4 раз в сутки), ибупрофен (разовая доза 7,5 -10 мг/кг не более 4 раз в сутки).
- **Десенсибилизирующая терапия** – проводится по показаниям (детям с аллергической сыпью, аллергодерматозом в стадию обострения).

Диспансерное наблюдение

- В течение 1 месяца после легких и среднетяжелых форм, в течение 3 месяцев после тяжелых форм.
- Клиническое обследование реконвалесцентов 1 раз в 2 недели.
- Лабораторное обследование (ОАК, ОАМ, бактериологическое обследование) на 2-й и 4-й неделе диспансеризации.
- По показаниям консультации инфекциониста, ревматолога, отоларинголога.

Профилактика

- Раннее выявление и изоляция источников инфекции.
- Заболевшие дети изолируются или госпитализируются в больницу сроком на 10 дней от начала заболевания. В детское учреждение допускаются через 22 дня от начала заболевания.
- При контакте для дошкольников и детей первых двух классов устанавливается карантин на 7 дней с момента изоляции больного.