СКАРЛАТИНА

Основы этиологии,эпидемиологии,
клиники,диагностики, неотложной помощи на догоспитальном этапе.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

* Скарлатина - острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией, явлениями острого тонзиллита и обильной точечной сыпью.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудителями скарлатины являются токсигенные стрептококки группы А, т. е. штаммы микроорганизмов, способные продуцировать экзотоксин (син. - токсин Дика, скарлатинозный токсин).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

* Источником инфекции чаще всего служат больные скарлатиной, реже - ангиной и носители токсигенных штаммов стрептококков (здоровые или реконвалесценты после стрептококковых заболеваний). Основным путем распространения стрептококков является воздушно-капельный. Второстепенное значение имеет инфицирование путем контакта (через предметы быта, ухода, перевязочный материал) и с пищевыми продуктами. Входными воротами служат слизистая оболочка ротоглотки или раневая (ожоговая) поверхность, в отдельных случаях - легкие. При заражении через слизистую оболочки ротоглотки развивается фарингеальная, а при инфицировании через раневую поверхность и легкие - внеглоточная (экстрафарингеальная) формы скарлатины.

ИММУНИТЕТ

* После перенесенного заболевания развивается стойкий иммунитет, поэтому скарлатиной, как правило, болеют один раз в жизни, чаще всего - в детском возрасте.
* Повторная скарлатина встречается в 2-4% случаев.

ПАТОГЕНЕЗ

Инфицирование людей, не обладающих иммунитетом к эритрогенному токсину Дика, токсигенными штаммами стрептококков группы А ведет к развитию местных и общих явлений инфекционного процесса, связанных с взаимодействием макроорганизма с продуктами жизнедеятельности и клеточными антигенами возбудителей заболевания.

Местное действие проявляется в тканях, являющихся воротами инфекции, и характеризуется воспалительной реакцией, а общее - токсическим поражением центральной нервной, сердечно-сосудистой и других систем макроорганизма.

Инкубационный период

* Таким образом, скарлатина является одной из клинических форм стрептококковой инфекции, патогенез которой отличается от ангины и рожи в основном участием в патологическом процессе, наряду с обычными патогенными факторами стрептококков группы А, также и токсина Дика.
* Инкубационный период при скарлатине продолжается от 1 до 12 сут (чаще всего 1-3 дня)

Начало болезни

* Начало заболевания острое. Среди полного благополучия появляются озноб, общая слабость, головная боль, боль в горле при глотании, нарушается аппетит и в течение нескольких часов повышается температура тела (до 38,0-39,00С). В последующем нарастают ранее появившиеся симптомы интоксикации (усиливаются общая слабость и головная боль, исчезает аппетит, у детей присоединяются тошнота и рвота) и острого тонзиллита (боль в горле при глотании, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, увеличение и болезненность углочелюстных лимфатических узлов). Одновременно с этим набухают скопления лимфоидных клеток мягкого неба.

КЛИНИКА

* Через 6-12 ч с момента заболевания на коже больного появляется экзантема. Вначале она более интенсивна на шее, верхней части туловища, проксимальных отделах конечностей и отсутствует в области носогубного треугольника.
* Сыпь состоит из множества сливающихся точечных элементов, расположенных на гиперемированном фоне. В связи с этим тело больного скарлатиной напоминает человека, которого окрасили с помощью кисти красной краской. Наиболее интенсивная по выраженности и количеству элементов экзантема отмечается на коже внутренних поверхностей бедер, нижней части живота и подмышечных областей. Особенно выраженное сгущение сыпи наблюдается в естественных складках подмышечных областей и локтевых ямок (симптом Пастиа).
* Интенсивность сыпи также более выражена при тяжелой форме заболевания, чем при легкой и среднетяжелой.
* При токсической скарлатине она нередко приобретает геморрагический характер.

СЫПЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ

Сыпь при скарлатине

Клиника

* Сыпь практически всегда сопровождается зудом и поэтому на коже больных часто имеются расчесы. Экзантема, как правило, достигает максимальной выраженности на 2-3-й день болезни, а затем к концу недели постепенно угасает. На ее месте появляется шелушение кожи, интенсивность которого соответствует выраженности элементов сыпи.
* На туловище шелушение носит отрубевидный, а на ладонях, стопах и кончиках пальцев кистей и стоп пластинчатый характер. Следует иметь в виду, что сыпь при скарлатине не всегда имеет типичные проявления. В отдельных случаях она носит кореподобный характер. Иногда на шее, груди, животе экзантема сопровождается появлением мелких пузырьков, наполненных прозрачным содержимым. При скарлатине практически всегда отмечается белый дермографизм.

Тонзиллит при скарлатине

* Постоянным признаком скарлатины является острый тонзиллит. "Нет скарлатины без ангины" - гласит старое изречение, которое подчеркивает постоянство синдрома тонзиллита при скарлатине. Тонзиллит характеризуется гиперемией и отеком слизистой оболочки ротоглотки и миндалин.
* Во всех случаях заболевания миндалины выглядят гиперемированными, отечными, содержащими на поверхности большое количество серозного экссудата. В большинстве случаев тонзиллит носит катаральный характер и более редко - гнойный. При тяжелом течении заболевания поражение миндалин сопровождается некротическими изменениями

«Малиновый язык» при скарлатине

Течение скарлатины

* Легкая форма скарлатины характеризуется умеренным повышением температуры тела (до 38,0-38,5оС), незначительно выраженными признаками интоксикации и элементами сыпи, катаральным тонзиллитом и небольшой продолжительностью (4-5 сут) основных проявлений заболевания.
* Среднетяжелая форма скарлатины сопровождается фебрильной лихорадкой (38,6-39,5оС), общей слабостью, головной болью, отсутствием аппетита, у детей-кратковременной (1-3 раза) рвотой, а также тахикардией (130-140 уд/мин), ярко выраженной экзантемой, катаральным или гнойным тонзиллитом, сохраняющимися в течение 6-8 сут.
* Тяжелая токсическая скарлатина протекает с гиперпиретической лихорадкой (39,6-41,0оС), анорексией, нарушением психического статуса (возбуждением или заторможенностью), у детей - с многократной рвотой, иногда с судорогами, менингеальными симптомами и потерей сознания, тахикардией в пределах 140-160 уд/мин, артериальной гипотензией, точечно-геморрагической экзантемой, катарально-гнойным тонзиллитом и частым развитием инфекционно-токсического шока.

ОСЛОЖНЕНИЯ

* Наиболее тяжелые осложнения скарлатины - стрептококковый сепсис, аденофлегмона и мастоидит с момента применения в качестве этиотропного средства бензилпенициллина практически исчезли. В настоящее время встречаются лишь отит и синусит. Кроме них после перенесенного заболевания могут возникать постстрептококковые болезни - инфекционно-аллергические (токсические) миокардиты и нефриты.

Лечение

* Во время скарлатины основным лечение является назначение антибиотиков: аугументин 40 мг/кг/сутки,в 2 приема.
Патогентическая терапия:
Десенсебилизация
Лоратадин,цетиризин,супрастин
½-1 таб в завиимости от возраста ребенка.
Симптоматическая терапия: панадол, нурофен в возрастных дозах

ТАКТИКА

* Дети со среднетяжелыми , тяжелыми и токсическими формами. А так же до дети в возрасте до года должны быть госпитализированы в инфекционный стационар.
* К тяжелым формам относят сыпь с выраженной интоксикацией и явными признаками осложнений- пневмонию,круп.нейротоксикоз.
* Обязательная передача в участковую сеть.

Карантин

* Источник инфекции изолируется на весь заразный период (до 4-го дня высыпаний). Бывшие с ним в контакте дети и взрослые, работающие с детьми (за исключением лиц, ранее болевших корью, привитых, серопозитивных с титром противокоревых антител 1:5 и выше), подвергаются разобщению с другими детьми на 17 дней (при введении иммуноглобулина — 21 день).
* Всем непривитым контактным лицам старше 1 года проводится экстренная вакцинопрофилактика, при наличии противопоказаний вводится иммуноглобулин.
* Экстренная профилактика нормальным иммуноглобулином человека проводится в первые 5 дней после контакта детям от 3 до 12 м ее и беременным.