Скарлатина у детей

А.А.Астапов – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней, Р.Н.Манкевич – к.м.н., доцент кафедры детских инфекционных болезней

Скарлатина (Scarlatina) – острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, острым тонзиллитом с регионарным лимфаденитом и мелкоточечной сыпью на коже, склонностью к осложнениям септического и аллергического характера.

Первое описание скарлатины принадлежит неаполитанскому врачу Ingrassias, который в 1554 г. отделил ее от кори под названием «Rossania». Более подробную характеристику заболевания представил английский врач Sydenham под названием «scarlet fever» (пурпурная лихорадка) – скарлатина.

В настоящее время наиболее признанной является стрептококковая теория происхождения скарлатины, хотя выдвигалась и вирусная теория, которая с развитием вирусологических методов исследования не получила убедительного подтверждения.

Возбудитель скарлатины по своим свойствам не отличается от стрептококков, вызывающих ангину, рожу и другие стрептококковые инфекции. Однако скарлатина возникает только в том случае, когда инфицирование происходит высокотоксигенными штаммами β-гемолитического стрептококка группы А при отсутствии у ребенка антитоксического и антимикробного иммунитета. Антитоксический иммунитет – стойкий, и если он напряженный, то при инфицировании стрептококком возникает ангина, рожа или другие формы стрептококковой инфекции.

**Источником инфекции являются:**

– больные скарлатиной в любой форме, которые заразны в течение 7-10 дней заболевания, но иногда несколько недель и даже месяцев;

– больные любой стрептококковой инфекцией – ангиной, стрептодермией, стрептококковым назофарингитом, бронхитом и др.;

– здоровые носители стрептококка;

– реконвалесценты, особенно при неадекватно проведенном лечении.

Больной заразен с момента заболевания. Заразительность продолжается 7-10 дней, но при наличии осложнений этот период удлиняется. В то же время при современном лечении длительность заразительности трудно определить, в связи с ранним применением антибиотиков она может укорачиваться.

**Механизм передачи** – **капельный**.

**Пути передачи:**

– воздушно-капельный – при кашле, чихании, особенно в период подъема ОРИ;

– контактно-бытовой – через игрушки и предметы пациента, инфицированные руки персонала;

– алиментарный – через инфицированное молоко, сметану, творог.

**Восприимчивый контингент** – дети до 16 лет, но чаще – дошкольного и младшего школьного возраста (90%).

**Сезонность** – осенне-зимний период.

После перенесенного заболевания вырабатывается стойкий антитоксический иммунитет, но в последние годы на фоне применения антибиотиков увеличилось количество повторных случаев (до 8-9%) в сравнении с 0,05% в конце XX в. Повторные случаи заболевания скарлатиной обусловлены отсутствием специфических антител у переболевших детей.

Входные ворота для возбудителя скарлатины:

– ротоглотка (чаще всего слизистые оболочки небных миндалин и верхних дыхательных путей);

– поврежденная кожа (раневая или ожоговая поверхность);

– слизистые оболочки половых путей (послеродовая скарлатина у родильниц).

Инкубационный период составляет 2-7 дней, редко укорачивается до суток и удлиняется до 12 дней. Заболевание начинается остро на фоне полного здоровья с повышения температуры до 38 °С и более, синдрома интоксикации, болей в горле, 1-2-кратной рвоты, что нехарактерно для банальной ангины. Это начальный период болезни, который характеризуется также наличием синдрома тонзиллита с регионарным лимфаденитом.

Тонзиллит при типичной форме скарлатины может быть катаральным, фолликулярным, лакунарным или некротическим. Налеты на миндалинах при скарлатине имеют желтовато-белый или зеленоватый оттенок и обычно располагаются в пределах миндалин, но при некротическом тонзиллите в процесс могут вовлекаться и окружающие ткани. Важным симптомом скарлатины также следует считать наличие в зеве выраженной гиперемии доходящей до твердого неба. Это так называемый симптом «пылающего» зева. При скарлатине увеличиваются углочелюстные и переднешейные лимфатические узлы, которые болезненны при пальпации. При некрозах в зеве в процесс может вовлекаться клетчатка, окружающая лимфоузлы, и тогда развивается аденофлегмона шеи.

К концу первых суток, реже на 2-3-й день, появляется сыпь, и наступает период высыпаний.

Сыпь при скарлатине имеет ряд характерных особенностей:

– появляется одномоментно;

– мелкоточечная (розеолезная) на гиперемированном фоне кожи;

– преимущественная локализация на сгибательных поверхностях со сгущением в естественных складках кожи; иногда в результате механической травмы сосудов кожи появляются мелкие петехии с образованием продольных полос в естественных складках;

– на лице выделяется бледный носогубный треугольник на фоне ярко гиперемированных щек и вишневой или малиновой окраски губ (симптом Филатова);

– первые 3 дня определяется стойкий белый дермографизм с длинным скрытым периодом и коротким явным, который в последующем сменяется на красный;

– сохраняется от 10-12 часов до 7-8 суток и бледнеет, не оставляя после себя пигментации.

После угасания сыпи с 5-7-го дня начинается отрубевидное шелушение на коже туловища, прежде всего, на мочках ушей, и «листовидное», или крупнопластинчатое, шелушение на ладонях и подошвах, которое начинается из-под ногтей.

Кожа при скарлатине сухая и шероховатая вследствие гипертрофии волосяных фолликулов (симптом «шагреневой» кожи).

Характерными для скарлатины являются изменения со стороны языка. В начале заболевания он обложен серовато-желтым или грязно-серым плотным налетом, из-под которого не видно сосочков, а со 2-3 дня он начинает очищаться и становится ярко-красным, с увеличенными сосочками языка, так называемый «сосочковый», или «малиновый язык». Изменения со стороны языка сохраняются в течение 1-2 недель, что может иметь ретроспективное значение для диагностики скарлатины. При атипичной скарлатине (экстрабуккальной или экстрафарингеальной), где входными воротами не являются миндалины, изменения со стороны последних не наблюдаются, но имеют место энантема и «малиновый язык». Сыпь появляется и сгущается возле входных ворот инфекции.

Изменения других органов и систем в остром периоде скарлатины, как правило, выражены незначительно.

Период реконвалесценции начинается со 2-й недели заболевания и продолжается в течение 10-14 суток, характеризуется закономерным последовательным угасанием симптомов скарлатины. В этот период сохраняется повышенная чувствительность к стрептококковой суперинфекции и опасность развития осложнений.

При скарлатине осложнения подразделяются на ранние (септические, гнойные), которые возникают в первые 7 дней заболевания, и поздние (инфекционно-аллергические), которые носят иммунноопосредованный характер и развиваются на 2-3-й неделе. К гнойным осложнениям относятся отит, синусит, мастоидит, гнойный артрит, шейный лимфаденит с нагноением, аденофлегмона шеи, заглоточный абсцесс, остеомиелит височной кости; особенно тяжелые – септицемия, септикопиемия, гнойный менингит.

В настоящее время в связи со своевременной и эффективной антибактериальной терапией скарлатины септические осложнения сведены до минимума.

Поздние (аллергические) осложнения – синовит, гломерулонефрит, артрит, миокардит, острая ревматическая лихорадка, бородавчатый эндокардит, возникают вследствие повторного инфицирования стрептококком. Совершенствование методов лечения и внедрение рациональной системы госпитализации, исключающей возможность перекрестной инфекции, позволили сократить частоту поздних осложнений до 2-3 %.

В остром периоде заболевания диагностика проводится на основании клинических данных и эпидемиологического анамнеза. Затруднения возникают при позднем обращении пациентов. В этих случаях необходимо обращать внимание на «насыщенность» кожных складок, наличие петехий в их области, «малиновый язык», а также на сухость кожи и раннее шелушение на мочках ушей, шее. Для ретроспективной диагностики может быть использовано наличие пластинчатого шелушения кожи на ладонях и подошвах и изменений со стороны языка.

Значительные трудности возникают при диагностике стертых форм скарлатины, когда сыпь быстро исчезает или слабо выражена. В подобных случаях необходимо учитывать наличие резко отграниченной гиперемии зева, однократной рвоты в начале болезни.

В общем анализе крови у пациентов со скарлатиной отмечается умеренный лейкоцитоз, анэозинофилия, нейтрофилез с небольшим палочкоядерным сдвигом, умеренно увеличенная СОЭ (до 25 мм/ч). С 3-5-го дня болезни отмечается увеличение эозинофилов в крови, которое может достигать 5-10 %, являясь показателем аллергической перестройки организма ребенка вследствие переносимой скарлатины.

Из специфических лабораторных методов диагностики следует отметить:

– бактериологический метод, позволяющий обнаружить β-гемолитический стрептококк в материале из любого очага поражения. При этом 1–3-кратный прием антибактериального средства не влияет на высев стрептококка;

– экспресс-методы: реакция коагглютинации, латекс-агглютинации или иммуноферментный анализ – выявление антигенов стрептококка в биологическом материале в течение 30 мин;

– серологические методы – выявление, начиная с 8-10-го дня болезни, антител к стрептолизину-О (АСЛО), которые нарастают в динамике болезни.

При легком течении болезни лечение можно проводить в домашних условиях. Показания для госпитализации:

– тяжелое течение болезни;

– развитие осложнений;

– заболевание скарлатиной на фоне тяжелых хронических заболеваний, особенно в стадии декомпенсации;

– наличие микст-инфекций.

Режим больного скарлатиной в течение первых 5-6 дней должен быть постельным, а затем до 10 дней полупостельным. Диета – стол П, пища должна соответствовать возрасту ребенка, содержать необходимые пищевые ингредиенты, преимущественно молочно-растительная.

Антибактериальная терапия показана всем больным скарлатиной независимо от тяжести болезни. До настоящего времени остается эффективным пенициллин.Возможно также использование цефалоспоринов I-II поколений. В случае невозможности пенициллинотерапии используют макролиды.

Используют жаропонижающие средства: препаратами выбора являются парацетамол и ибупрофен.

Десенсибилизирующие средства назначают только при наличии показаний – детям с аллергической сыпью, аллергодерматитом в стадии обострения.

С целью укрепления сосудистой стенки при обильной сыпи показано назначение аскорбиновой кислоты или аскорутина в возрастных дозировках.

Выписка из стационара переболевшего скарлатиной, работающего с детьми до 10 лет, в хирургических, родильных отделениях, в детских ЛПО и АПО, в детских учреждениях закрытого типа, на предприятиях пищевой промышленности и в организациях общественного питания с молочными продуктами, на молочных кухнях проводится после клинического выздоровления не ранее 10 дня от начала заболевания и проведения однократного бактериологического обследования. При получении положительного результата бактериологического обследования курс лечения продолжают. Лица, не относящиеся к вышеназванной категории, выписываются после клинического выздоровления без проведения бактериологического обследования.

Специфическая профилактика не разработана. Основные профилактические мероприятия – раннее выявление и изоляция источников

инфекции. Изоляцию больных скарлатиной осуществляют в стационаре или на дому на 10 дней с момента заболевания, при этом реконвалесцентов скарлатины не допускают в детские дошкольные учреждения и первые два класса школы еще в течение 12 суток. Такие же сроки изоляции (22 дня) рекомендуются и для больных ангиной из очага скарлатины.

При регистрации двух и более случаев скарлатины в организованных коллективах всем лицам общавшимся с источником инфекции, по решению врача назначается однократное внутримышечное введение бензатин-бензилпенициллина (бициллин-5).

2014 г.