



СКАРЛАТИНА

Лекция

Доцент Гришкина Лариса Юрьевна

Стрептококковая (группы А) инфекция

1/2 ангин; 50% поражений сердца

ВОЗ, 2005 г.

в мире ежегодно 17 млн. случаев;

Летальность более 500 тыс.,

при инвазивных формах более 150 тыс.

В России

1млн. 200 тыс. случаев в год

Скарлатина 65 тыс.

Острая ревматическая лихорадка более 5 тыс.

Стрептококковая (группы А) инфекция

Первичные формы

Вторичные формы

Редкие формы

Первичные формы

**Стрептококковые
поражения
ЛОР-органов
(ангина, отиты, ОРЗ, отиты и др.)
Стрептококковые поражения кожи
(импетиго, эктима)
Скарлатина
Рожа**

Вторичные формы

**С аутоиммунным
механизмом
(негнойные
постстрептококковые
заболевания)**

**Ревматизм
Постстрептококковый
гломерулонефрит
Постстрептококковые
васкулиты**

**Без аутоиммунного
механизма (токсико-
септические)
метатонзиллярный и
перитонзиллярный
абсцессы,
некротические
поражения мягких
тканей,
септические осложнения**

**Редкие формы
стрептококковой инфекции:
стрептококковый некротический
фасциит,
стрептококковый мионекроз,
стрептококковый энтерит,
стрептококковые очаговые
поражения внутренних органов,
синдром **токсического шока**,
первичный перитонит,
бактериемия, сепсис**

Летальность 11 -27%

Скарлатина

острое инфекционное заболевание, вызываемое β -гемолитическим стрептококком группы А, характеризующееся симптомами общей интоксикации, ангиной и высыпаниями на коже

**scarlatum (позднелатин.) –
ярко-красный**

ИСТОРИЯ

1554 г. Ingrassias – rossania

1675 г. Sydenham – scarlet fever

XVI в. Испания – garotillo

Бретонио (1789 – 1824 гг.)

1828 г. Медведев

Филатов Н. Ф. (1847 -1902 гг.)

1905 г. Савченко И. Г. - эритр. токсин, а/т
сыворотка

1906 г. Габричевский Г. Н. - вакцина

1938 г. G. F. Dick, G.H. Dick

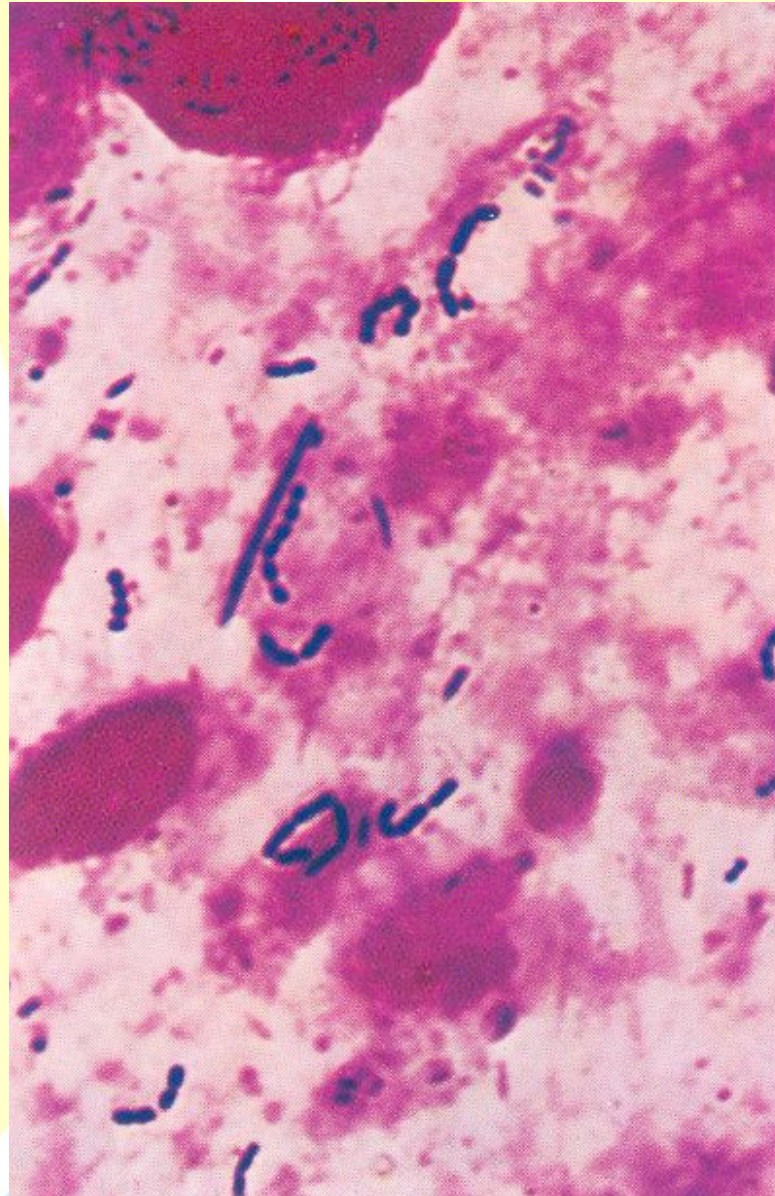
ЭТИОЛОГИЯ

Стрептококк

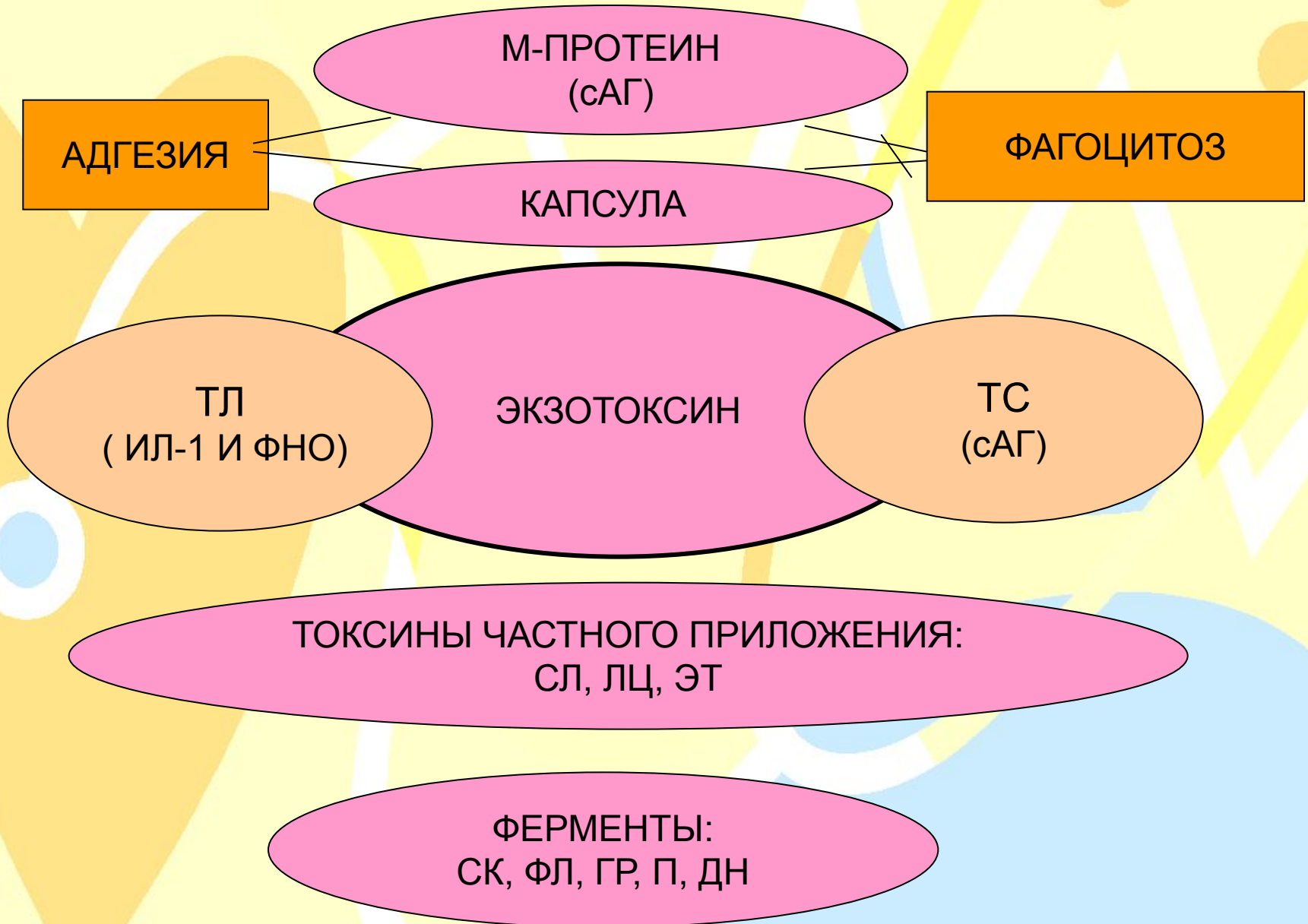
Более 80 серотипов

Несколько месяцев
в гное, мокроте,
на предметах

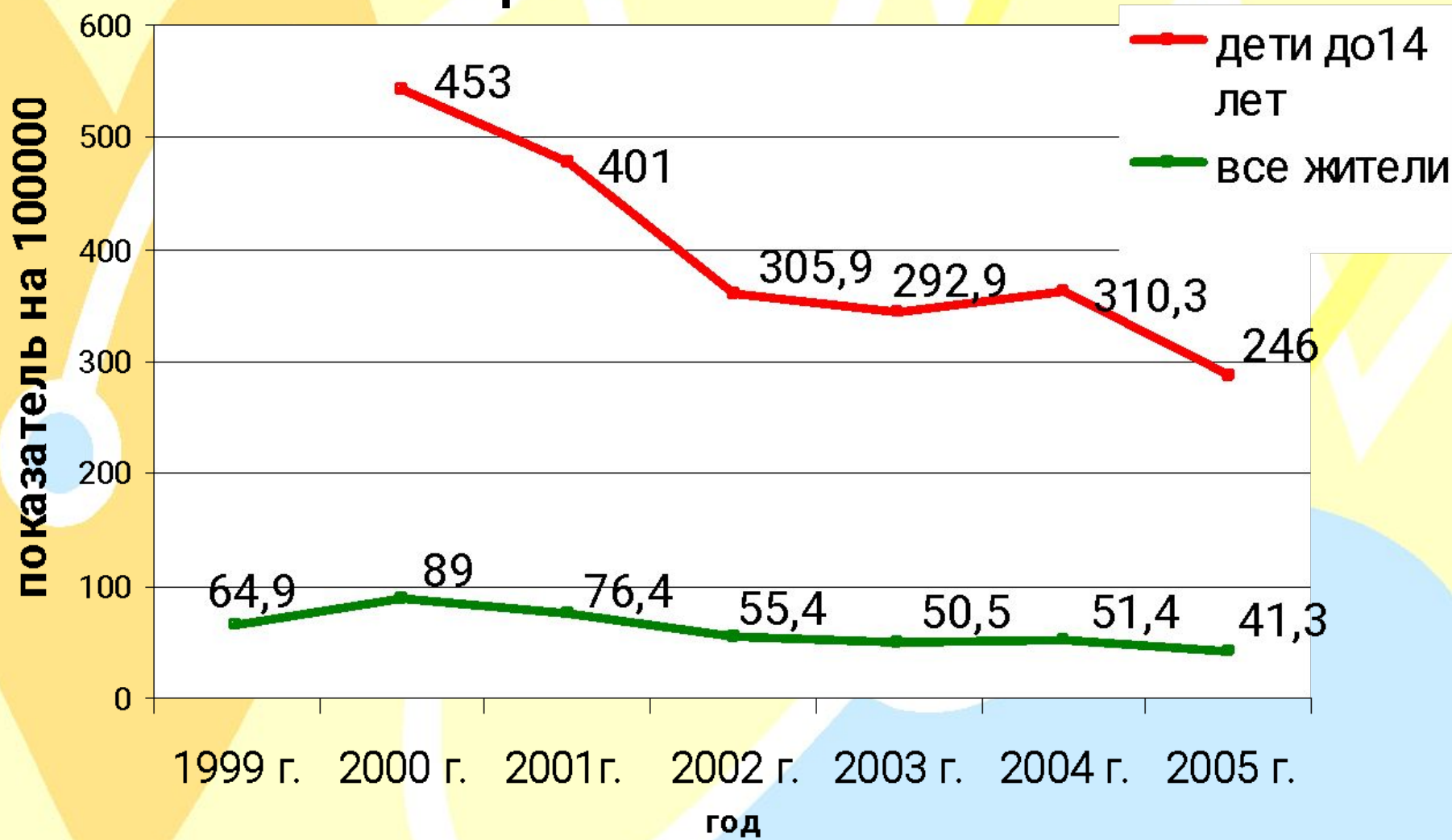
56°С 30 мин.



ФАКТОРЫ ВИРУЛЕНТНОСТИ СТРЕПТОКОККА



Заболееваемость скарлатиной в Пермской области



ИММУНОПАТОГЕНЕЗ СКАРЛАТИНЫ

Инкуба-
ционный
период

Стрептококк

Адгезия

Фагоцит

Небные миндалины, раневая,
ожоговая поверхность

Колонизация

Период
разгара

Экзотоксин

Т.Л

Т.С

Бактери-
емия

*Токсическая
линия*

*Аллергическая
линия*

*Септичес-
кая линия*

ИММУНОПАТОГЕНЕЗ СКАРЛАТИНЫ

Период
разгара

*Токсическая
линия*

Общий
адаптаци-
онный
синдром
Токсикоз
(ИТШ, ДВС)
Сыпь

Аллергическая линия

ЦИК

Эндотелий сосудов,
базальные мембраны

Активация
комплемента

АутоАГ

Сыпь, лимфаденит,
миокардит,
гломерулонефрит

*Септическая
линия*

Синусит,
гнойный отит,
лимфаденит,
аденофлегмона,
артрит

ИММУНОПАТОГЕНЕЗ СКАРЛАТИНЫ

Период
разре-
шения

Иммунная перестройка

Активация
фагоцитоза

Угнетение фагоцитоза

↑ а/б IgM и а/т
IgG

↓ Ts и ↑ ЦИК

↓ Th и IgM

Гладкое
течение
Выздоровле
ние

Аллергичес-
кие
осложнения

Бактери-
альные
осложне-
ния

Инкубационный период

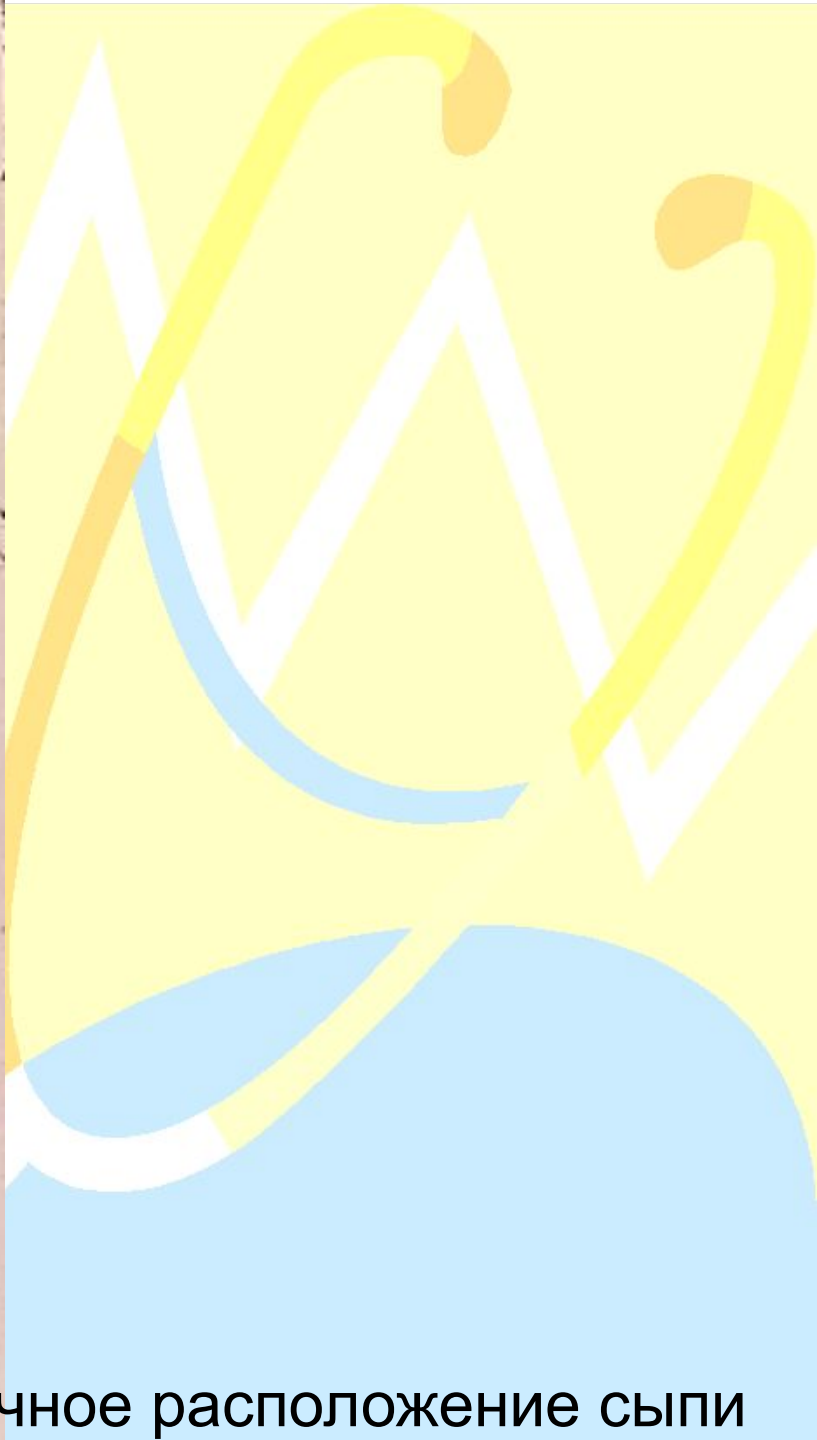
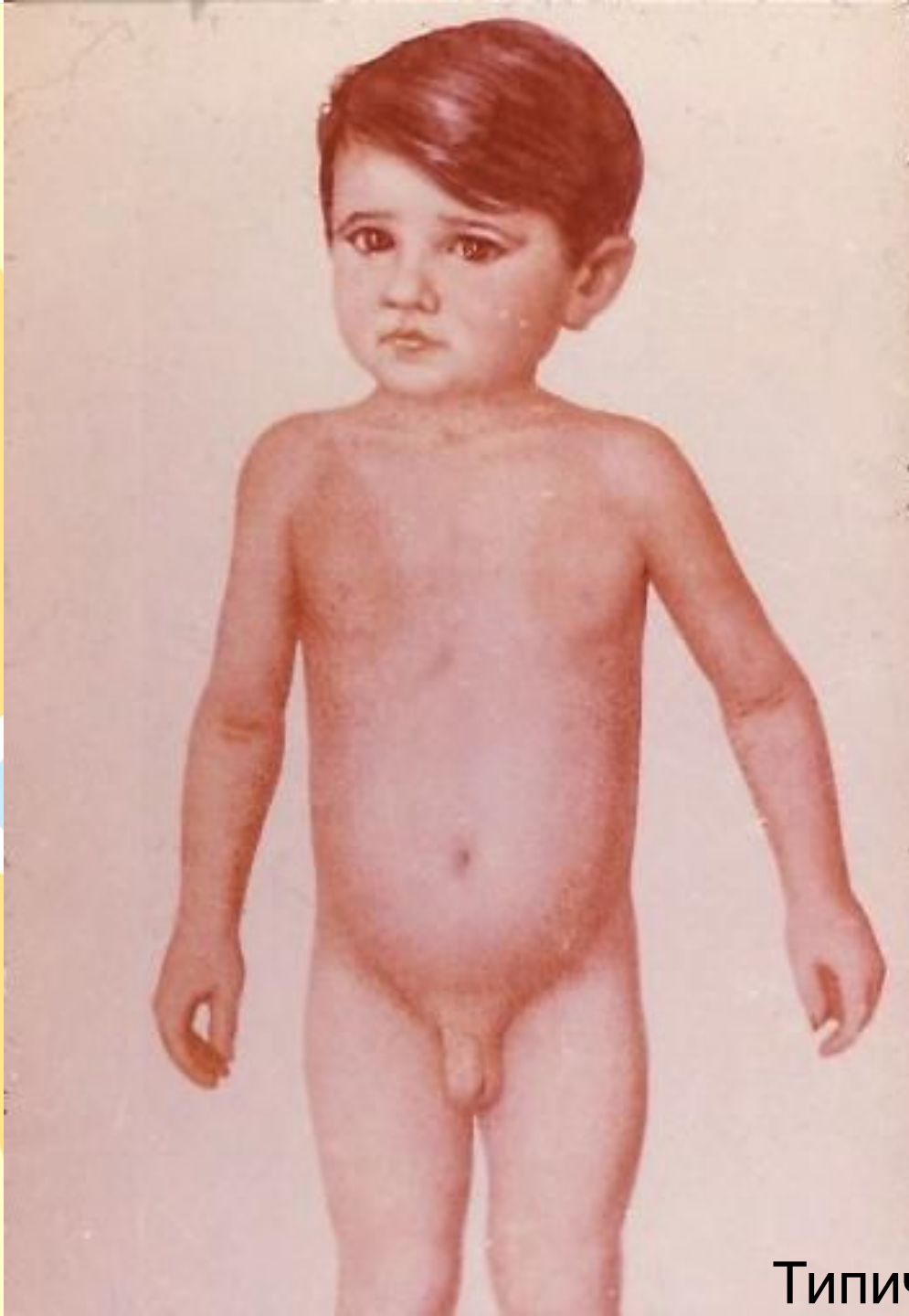
2 - 7 дней

Основные симптомы

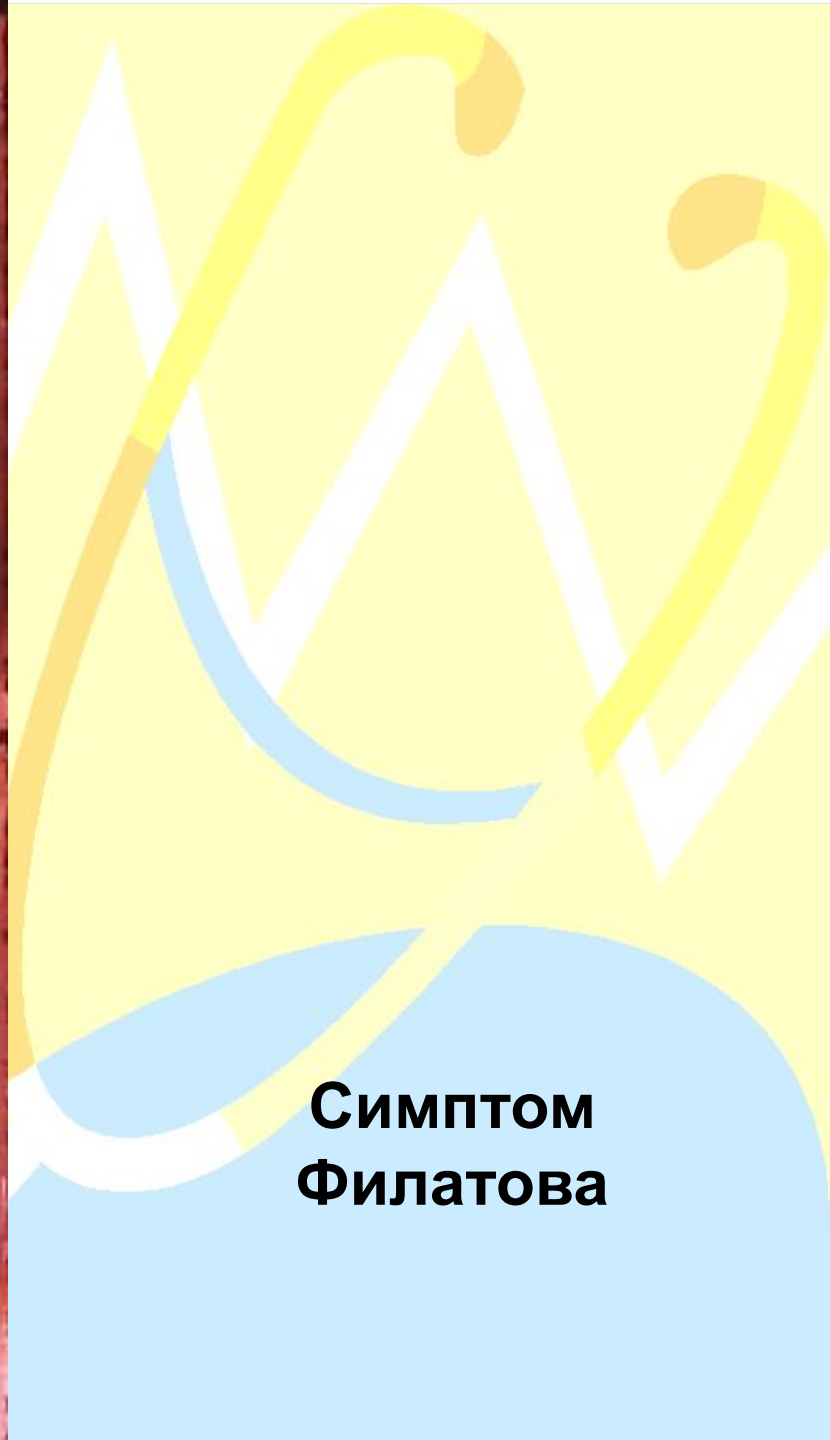
- **Ангина**
- **Сыпь**
- **Регионарный лимфаденит**



Некротическая ангина



Типичное расположение сыпи



**Симптом
Филатова**

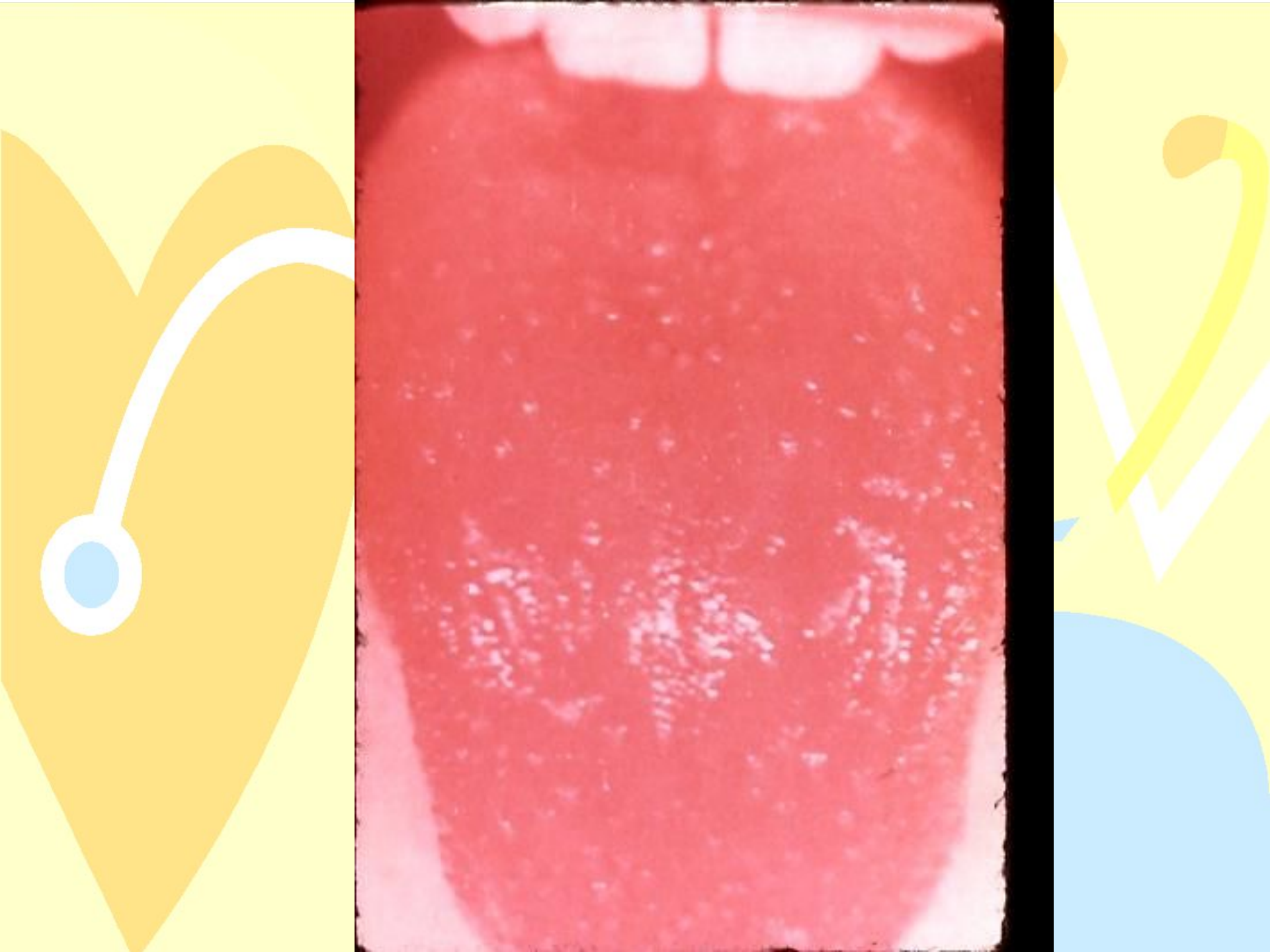


**Симптом
Пастиа**



Дополнительные симптомы

- Признаки симпатикус-фазы, через 4 - 5 дней признаки вагус-фазы
- Изменения языка
- Шелушение
- Увеличение печени







Классификация скарлатины (по А. А. Колтыпину)

Тип	Тяжесть	Течение
1. Типичные формы 2. Атипичные формы: 1) стертые 2) экстрафарингеальные (экстрабуккальные) формы 3) формы с аггравированными симптомами (гипертоксические и геморрагические) 3. Позднее поступление	1. Легкие формы (86 - 92%). 2. Среднетяжелые формы 3. Тяжелые формы (0,6 – 0,8%): а) токсическая; б) септическая; в) токсико-септическая	1. Без аллергических волн и осложнений 2. С аллергическими волнами 3. С осложнениями: а) аллергического характера (нефрит, синовит, реактивный лимфаденит, сыпи) б) гнойными в) септикопиемией 4. Abortивное течение

- Критерии тяжести: форма тяжести определяется по степени начального токсикоза и интенсивности местного процесса

Осложнения скарлатины

- **Ранние** (бактериальные) 1-ая - начало 2-ой недели:
синусит, гнойный отит, лимфаденит, аденофлегмона, артрит, мастоидит
- **Поздние** – 2 -3 неделя (аллергические):
нефрит, артрит, лимфаденит, миокардит

Современные особенности скарлатины

- ❑ Снижение заболеваемости, снижение интенсивности периодических подъемов
- ❑ Сохраняет основные типичные черты несмотря на применение антибиотикотерапии
- ❑ Преобладают легкие формы; часто отсутствует четкая фазность процесса; шелушение наблюдается только у 1/3 больных
- ❑ Увеличилось число случаев с нормальным или сниженным числом лейкоцитов, нейтрофилов; отсутствует изменение СОЭ
- ❑ Повторность скарлатины (7 – 8%)

Особенности скарлатины у детей раннего возраста

- ❑ Низкая заболеваемость (в возрасте до 1 года – 1 - 2% случаев)
- ❑ Вследствие недоразвития небных миндалин входными воротами являются глоточные миндалины, слизистая оболочка в.д.п., ткань легких. Поэтому заболевание может начаться с ринита, назофарингита.

Особенности скарлатины у детей раннего возраста

Особенности клинической картины

- Не бывает токсических форм
- Ангина преимущественно катаральная
- Сыпь необильная, располагается на слабо гиперемизированном фоне
- Редко наблюдаются «малиновый» язык (у 1/3 больных) и пластинчатое шелушение
- Склонность инфекции к быстрому распространению за пределы входных ворот, частое сочетание с ОРВИ, развитие гнойных, гнойно-некротических осложнений
- Дисфункция кишечника у грудных детей

Лабораторная диагностика

- ОАК: L, п, СОЭ
- Бактериологическое исследование (выделение возбудителя и определение чувствительности к антибиотикам)
- Б/х ан. крови: АСЛО
- Реакция Дика
- Реакция латексагглютинации
- Реакция коагглютинации
- ИФА
- ПЦР
- Иммунограмма (ЦИК, комплемент, IgM, IgG, IgA)
- Пульс-электрофорез (электрофоретипы)

Серотипы стрептококка

- **M1, M3, R28** – инфекции глотки и инвазивные инфекции
- **M1, M3, M5, M6, M18** – ревматизм
- **M17, M19, M24, M49** - гломерулонефрит
- **M1, M3** – стрептококковый токсический шок
- **M1, M3, M5** – повышенный риск летального исхода

Дифференциальный диагноз

- Псевдотуберкулез
- Стафилококковая инфекция со скарлатиноподобным синдромом
- Корь
- Краснуха
- **Энтеровирусная инфекция**
- Потница
- Аллергические реакции
- Дифтерия

Течение скарлатины в зависимости от объема терапии (Н. И. Нисевич, 2001)

Годы	Осложнения, %	Летальность, %	Лечение
1903	66,6	22,4	Симптоматическое
1910	60,0	13,5	Симптоматическое
1939	54,0	4,3	Использование стрептоцида
1940	54,0	2,3	Использование сульфаниламидов
1945	53,0	0,44	Пенициллинотерапия тяжелых форм скарлатины
1949	28,7	0	Пенициллинотерапия всех больных
1953	4,4	0	Обязательная пенициллинотерапия всех больных и одновременное заполнение палат

Показания к госпитализации

- ✓ Тяжелые и среднетяжелые формы
- ✓ Больные из детских учреждений с круглосуточным пребыванием детей (дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, санатории и т.п.)
- ✓ Больные из семей, где имеются дети в возрасте до 10 лет, ранее не болевшие скарлатиной
- ✓ Больные из семей, где имеются лица, работающие в ДДУ, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях – при невозможности их изоляции от больного
- ✓ Невозможность осуществления изоляции и надлежащего ухода на дому

Организация стационара на дому

1. Изоляция больного на 10 дней. Первые 10 дней период заразности, затем еще 12 дней.
2. Активное динамическое наблюдение врачом первые 3 дня заболевания. Затем на 5-ый день болезни оценка адекватности антибактериальной терапии (4-ое активное посещение). На 7-ой день – 5-ое посещение.
3. Мазок из носа и зева – в день обращения, ОАМ на 11, 21 день болезни, ОАК – на 23 день заболевания.

Лечение на дому

1. Постельный режим – 7 дней
2. Оральная дезинтоксикация: 50-80 мл/кг/сут
3. Антибиотикотерапия:
 - *амоксициллин* 40мг/кг в сутки (2-4 раза в день) – препарат выбора;
 - *амоксиклав* 20 – 30 мг/кг/сут в 3 приема;
 - *феноксиметилпенициллин* 50-100 тыс. ЕД/кг/сут 4 раза в день не менее 10 дней;
 - *дурацеф* 25-50 мг/кг/сут 1-2 раза в день;
 - *рулид* 5-8 мг/кг/сут в 2 приема;
 - *сульфаниламидные препараты*
4. НПВС до 10 дней
5. Антигистаминные препараты
6. Обработка ротоглотки
7. Стимуляция иммунитета - метилурацил

Лечение в стационаре

1. Постельный режим – 7 дней
2. Диета 13
3. Антибиотикотерапия: пенициллин 100 тыс. ЕД/кг/сут в/м не менее 10 дней;
клиндамицин 20 мг/кг/сут
4. Оральная дезинтоксикация 50-80 мл/кг/сут, инфузионная терапия глюкозо-инсулино-калиевая смесь (10% р-р глюкозы) 1-2 дня
5. Антигистаминные препараты
6. НПВС: аспирин 0,1/год в сутки в первые 10 дней
7. Витаминотерапия
8. Обработка ротоглотки – орошение настоями ромашки, шалфея, гексорал – спрей 2 раза в сутки, томицид – 5-6 раз в сутки
9. При токсических формах – глюкокортикоидные гормоны, сердечные гликозиды

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

СП 3.1.2.1203-03

Контингент Мероприятия	Дети посещающие ДДУ и первые 2 класса школы	Взрослые, работающие в ДДУ, детских учреждениях с круглосуточным пребыванием детей, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях
Выписка из стационара	Не ранее 10 дней от начала заболевания	
После выздоровления	Через 12 дней допуск в ДДУ и первые 2 класса школы	На 12 дней перевод на другую работу.
	В закрытых детских учреждениях изоляция на 12 дней	

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

СП 3.1.2.1203-03

<p>Контингент</p> <p>Мероприятия</p>	<p>Дети посещающие ДДУ и первые 2 класса школы</p>	<p>Взрослые, работающие в ДДУ, детских учреждениях с круглосуточным пребыванием детей, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях</p>
<p>Контактным</p>	<p>В <i>ДДУ</i> карантин на 7 дней, санация носоглотки, персоналу – осмотр оториноларинголога (не позднее 2-го дня)</p>	<p>Медицинское наблюдение 7 дней (включая лиц, работающих в первых 2 классах школ)</p>
<p>В 1 – 3 классах школы ежедневно медосмотр в течение 7 дней</p>		

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

СП 3.1.2.1203-03

<p>Контингент</p> <p>Мероприятия</p>	<p>Дети посещающие ДДУ и первые 2 класса школы</p>	<p>Взрослые, работающие в ДДУ, детских учреждениях с круглосуточным пребыванием детей, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях</p>
<p>Семейный контакт: больной госпитализирован</p>	<p>Не допускаются в коллектив 7 дней</p>	<p>Медицинское наблюдение 7 дней</p>
<p>больной не госпитализирован</p>	<p>Не допускаются в коллектив 17 дней</p>	<p>Медицинское наблюдение 17 дней (то же в отношении детей, ранее переболевших скарлатиной)</p>
<p>Контактным, переболевшим ОРЗ</p>	<p>До 15-го дня от начала болезни осмотр кожи ладоней</p>	

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

СП 3.1.2.1203-03

Контингент Мероприятия	Дети посещающие ДДУ и первые 2 класса школы	Взрослые, работающие в ДДУ, детских учреждениях с круглосуточным пребыванием детей, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях
Дезинфекция	Текущая проводится, заключительная не требуется	
Диспансерное наблюдение	В течение 1 месяца. Через 7 -10 дней проводится клиническое обследование, ОАК и ОАМ, по показаниям ЭКГ. Повторное обследование – через 3 недели.	



Благодарю за внимание!