

Скарлатина (A38)



Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2016 (Казахстан)

Одобрено
Объединенной комиссией По качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан
от «16» августа 2016 года
Протокол №9

Классификация

Тип	Тяжесть	Течение	По характеру осложнений
Типичные; Атипичные формы: <ul style="list-style-type: none">· Стертая (без сыпи);· Гипертоксическая;· Геморрагическая;· Экстрафарингеальная (раневая, ожоговая).	<ul style="list-style-type: none">· легкая;· среднетяжелая;· тяжелая.	<ul style="list-style-type: none">· гладкое;· негладкое (с аллергическими и септическими осложнениями)	<ul style="list-style-type: none">· инфекционно-аллергического типа (нефрит, синовит, простой лимфаденит);· гнойные (гнойный артрит, лимфаденит, отит, синусит, нефрит, синовит, мастоидит).

Диагностика

Жалобы:

- повышение температуры тела;
- боль в горле;
- головная боль;
- слабость, вялость, недомогание;
- высыпания на коже.

Анамнез:

- контакт с больным скарлатиной или другой формой стрептококковой инфекции за 2-7 дней до появления симптомов заболевания;
- острое начало;
- боль в горле (ангина);
- наличие регионарного лимфаденита и появление к концу 1-го или на 2-й день сыпи.

Физикальное обследование:

интоксикационный синдром (головная боль, тошнота, рвота, повышение температуры тела);
ангина – постоянный симптом типичной скарлатины, для которой характерна яркая гиперемия слизистой ротоглотки (миндалин, язычка, дужек), не распространяющаяся на слизистую оболочку твердого неба. Скарлатинозная ангина может быть катаральной, фолликулярной, лакунарной и некротической;
синдром регионарного лимфаденита (увеличение подчелюстных, углочелюстных лимфоузлов);
сыпь характеризуется отсутствием феномена «подсыпания»: появление и распространение сыпи проходит в течение нескольких часов, новые элементы в последующем не появляются; Сыпь при скарлатине появляется в первые 2 дня болезни, по характеру она мелкоточечная, расположена на гиперемизированном

фоне, сгущаясь в местах естественных складок, на боковых поверхностях туловища. Наиболее густо сыпь располагается на лице в области щек, оставляя резко бледным носогубный треугольник (симптом Филатова). Иногда наряду с мелкоочечной сыпью имеют место мелкие петехиальные элементы, а также появление в виде мелких, с булавочную головку, пузырьков, наполненных прозрачной или мутноватой жидкостью (так называемая милиарная сыпь). При тяжелых формах скарлатины сыпь может быть не только обильной, но и пятнисто-папулезной или геморрагической, иметь цианотичный вид. Обычно сыпь держится 3 – 7 дней, а затем исчезает, не оставляя пигментации. После ее исчезновения наблюдается шелушение кожи от мелкого отрубевидного в области шеи, мочек ушей до крупнопластинчатого на ладонях, пальцах рук и ног.

симптом Пастиа – темно-красная или буроватая окраска кожных складок (например, в области локтевых сгибов) при скарлатине в периоде высыпания и в первые дни после отцветания сыпи;

симптом Румпель-Леёда и Кончаловского – при механическом воздействии на коже появляются петехии; симптом «малиновый язык» – в первые дни заболевания у детей наблюдается выраженная обложенность языка густым серо-желтым налетом. Начиная с 3-4-го дня болезни происходит постепенное очищение с краев и кончика языка от налета, в результате чего обнажается гипертрофированный сосочковый слой. Язык становится ярко-красного цвета, что делает его похожим на ягоду малины (симптом «малиновый язык»). Этот симптом держится в течение 1–2 недель;

симптом «белый дермографизм» – токсины бета-гемолитического стрептококка специфически действуют на вегетативную нервную систему, что проявляется повышением тонуса симпатической нервной системы в первые 7 дней болезни (симпатикус-фаза) с последующей сменой повышения тонуса парасимпатической системы на 2-й неделе заболевания (вагус-фаза). Одним из клинических проявлений повышения тонуса вегетативной нервной системы является симптом «белый дермографизм», возникающий в результате спазма или паралитического состояния периферических сосудов;

симптом «скарлатинозное сердце» – изменения со стороны сердца при скарлатине развиваются чаще всего на 2-й неделе заболевания и характеризуются небольшим расширением границ относительной тупости сердца влево, появлением нечистоты или систолического шума на верхушке и 5-й точке, склонностью к брадикардии. При углубленном исследовании обнаруживаются экстракардиальные причины (токсическое влияние на проводниковую систему сердца), в пользу чего свидетельствует быстрое исчезновение клинических симптомов по окончании «вагус-фазы». При длительном сохранении данной симптоматики (с 3-4 недели) можно заподозрить инфекционный миокардит как осложнение скарлатины.

Критерии оценки степени тяжести заболевания по клиническим признакам

Признак	Характеристика признака		
	Легкая степень тяжести (80-90%)	Средняя степень тяжести (10-20%)	Тяжелая степень тяжести (0,5%)
Начало заболевания	Острое	Острое	Острое
Выраженность и длительность интоксикационного синдрома	Легкой выраженности, 1-3 дня	Умеренной выраженности, 5-7 дней	Резко выражен, 5-14 дней
Выраженность и продолжительность лихорадки	Повышение температуры до 38,0°C, 1-3 дня	Повышение температуры 38,0° - 39,0°C, 3-5 дней	Повышение температуры более 39,0°C, 5 -14 дней.
Синдром поражения ротоглотки	Яркая гиперемия слизистой ротоглотки (миндалин, язычка, дужек, мягкого неба), не распространяющаяся на слизистую оболочку твердого неба, развитие острого тонзиллита - фолликулярного, лакунарного	Яркая гиперемия слизистой ротоглотки (миндалин, язычка, дужек, мягкого неба), не распространяющаяся на слизистую оболочку твердого неба, развитие острого тонзиллита – фолликулярного, лакунарного	Яркая гиперемия слизистой ротоглотки (миндалин, язычка, дужек, мягкого неба), не распространяющаяся на слизистую оболочку твердого неба, развитие острого тонзиллита – фолликулярного, лакунарного, некротического
Степень гипертрофии	I степени	I-II степени	II-III степени

небных миндалин			
Степень увеличения лимфатических узлов	Переднешейные лимфоузлы до 1,0 см	Переднешейные лимфоузлы до 2,0-2,5 см;	Переднешейные лимфоузлы до 2,0-2,5 см;
Синдром экзантемы	Мелкоточечные элементы сыпи необильные, неяркие, появляющиеся в 1-2 сутки заболевания, исчезающие к 3-4 дню.	Мелкоточечные элементы сыпи на гиперемизированном фонекожи, симптом Пастиа, симптом Румпель-Леёда и Кончаловского, появляющиеся в 1-2 сутки заболевания, бледный носогубный треугольник (симптом Филатова), исчезающие к 5-6 дню	Мелкоточечные элементы сыпи на гиперемизированном фонекожи обильные, ярко выраженные, в естественных складках кожи, на боковых поверхностях туловища сыпь более насыщена. Симптомы Пастиа, симптом Румпель-Леёда и Кончаловского выражены гораздо более ярко.
Обратное развитие симптомов	Через 5-7 дней	Выздоровление к 14-21 дню	Клинические симптомы сохраняются более 2-4 недель
Осложнения	Не бывают	Редко	Имеются

Атипичные формы:

Стертые (легчайшие) - со слабой и кратковременной выраженностью клинических симптомов болезни, в т.ч. с отсутствием сыпи, которые могут диагностироваться только в очаге скарлатины.

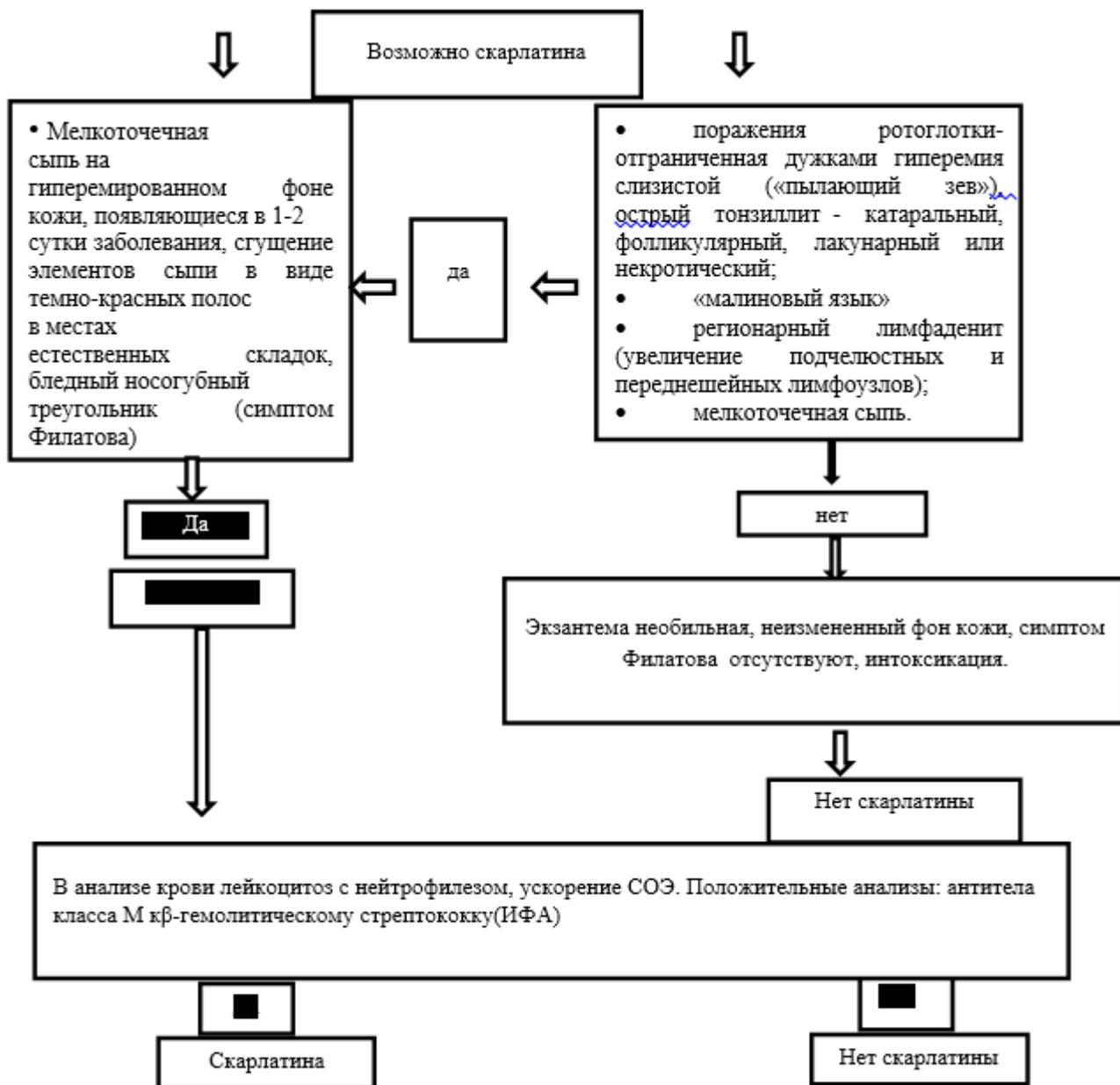
Экстрафарингеальные - раневая, ожоговая, при которых отсутствуют симптомы ангины, но сыпь насыщеннее в месте входных ворот инфекции.

Геморрагическая и гипертоксическая (с развитием ДВС-синдрома и инфекционно-токсического шока). При геморрагической форме состояние больных тяжелое за счет интоксикационного и геморрагического синдромов. Отмечаются множественные кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки, в анализах мочи у таких больных выявляется гематурия. В клинике гипертоксических и злокачественных форм преобладают симптомы интоксикации, изменения со стороны нервной системы в виде гиперестезии, судорожной готовности и судорог. Эти формы могут привести к летальному исходу.

Осложнения:

- инфекционно-аллергического характера (нефрит, синовит, простой лимфаденит);
- гнойные (гнойный артрит, лимфаденит, отит, синусит, нефрит, синовит, мастоидит).

Диагностический алгоритм:



Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся экзантемой

Симптомы	Менингококковая инфекция, менингококц	Корь	Скарлатина	Псевдотуберкулез	Энтеровирусная экзантема
----------	---------------------------------------	------	------------	------------------	--------------------------

	емия				
Начало заболевания	Острое, часто бурное, с повышением температуры тела, нарушением общего состояния	Катаральные явления и интоксикация, усиливающиеся в течение 2-4 дней	Острое, повышение температуры, боль в горле, рвота	Острое, с постепенным нарастанием симптомов, повышение температуры, боль в животе	Острое, с повышением температуры тела, нарушением общего состояния
Температурная реакция	Быстрый подъем до высоких цифр в первые часы заболевания	До 38-39 ^o C, двухволновая (в катаральный период и в период высыпаний)	Высокая до 38-39 ^o C в течение 2-3 дней	Высокая длительная лихорадка, может быть волнообразная	от субфебрильных до фебрильных цифр различной продолжительности (от 1 до 7—10 дней)
Интоксикация	Выраженная	Выраженная в течение 5-7 дней	Выраженная	Выраженная, длительная	Умеренно выраженная
Катар верхних дыхательных путей	Явления назофарингита	Выраженный: лающий кашель, ринит, конъюнктивит	Отсутствует	Отсутствует	Герпетические высыпания на небных дужках, мягком небе, признаки фарингита
Время появления сыпи	1-й день болезни, первые часы заболевания	На 3-4-й день болезни	1-2-й день болезни	3-8-й день заболевания	1-3 й день болезни
Порядок высыпаний	Одномоментно	Этапность высыпаний, начиная с лица, в течение 3-х дней	Одномоментно		Одномоментно
Морфология сыпи	Геморрагическая, звездчатая, неправильной формы, в центре – некроз	Пятнисто-папулезная, неправильной формы, склонная к слиянию на неизменном фоне кожи	Мелкоточечная, обильная на гиперемизированном фоне кожи	Полиморфная (мелкоточечная, мелкопятнистая) на неизменном фоне кожи	мелкоточечная или мелкая пятнисто-папулезная, иногда-геморрагическая.

Размер сыпи	От петехий до обширных кровоизлияний	Средней величины и крупные	Мелкая	Мелкая	мелкая
Локализация сыпи	Ягодицы, бедра, реже – руки и лицо	В зависимости от дня высыпаний (1-й день- на лице, 2-й день- на лице и туловище, 3-й день- на лице, туловище и конечностях)	По всему телу (кроме носогубного треугольника), преимущественно на сгибательных поверхностях, симметричное сгущение в естественных складках	На сгибательных поверхностях конечностей, вокруг суставов, по типу «носков», «перчаток», «капюшона»	На лице, туловище и конечностях
Обратное развитие сыпи	Некрозы и рубцы в месте обширных кровоизлияний	Переходит в пигментацию в том же порядке, в каком и появилась	Исчезает бесследно через 3- 5 дней	Исчезает бесследно	Сыпь сохраняется в течение нескольких часов или в течение суток и исчезает, не оставляя следа, пигментации.
Шелушение	отсутствует	Мелкое отрубевидное	Крупнопластинчатое, на 2-3 неделе заболевания	Мелкое отрубевидное на туловище и крупнопластинчатое на ладонях, стопах на 5-6 -й день	Отсутствует
Изменения в ротоглотке	Гиперемия, гиперплазия лимфоидных фолликулов задней стенки глотки	Разлитая гиперемия слизистой, пятна Бельского-Филатова-Коплика, энантема на мягком небе	Ограниченная гиперемия зева, явление гнойной ангины, малиновый язык	Малиновый язык	На слизистой небных дужек, мягком небе-папулы, которые в динамике превращаются в везикулы. Через 1-2 дня везикулы изъязвляются и покрываются белым

					детритом.
Изменения других органов и систем	Может сочетаться с менингитом	Конъюнктивит, ларингит, пневмония	Отсутствует	Поражение кишечника, печени, селезенки, суставов	Может сочетаться с менингитом, герпангиной
Общий анализ крови	Гиперлейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ	Лейкопения, нейтропения, при осложнениях - повышение СОЭ	Лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренное СОЭ	Высокий лейкоцитоз и нейтрофилез, значительное повышение СОЭ	Умеренный лейкоцитоз с нейтрофилезом, СОЭ в пределах нормы или умеренно повышено

Лечение (скорая помощь)

Диагностические мероприятия: сбор жалоб, физикальное обследование.

Медикаментозное лечение: при лихорадке свыше 38,5°C парацетамол 10- 15 мг/кг через рот или per rectum; [УД – А]

• при судорогах – диазепам 0,5% – 0,2- 0,5 мг/кг в/м или в/в или per rectum. [УД – А].

Госпитализация

Показания для плановой госпитализации:

госпитализации подлежат дети со среднетяжелыми и тяжелыми формами болезни, с осложнениями, дети из закрытых учреждений и больные, домашние условия которых не позволяют организовать соответствующий уход и лечение;

- скарлатина с сопутствующими субкомпенсированными/ декомпенсированными хроническими заболеваниями;
- пациенты с осложнениями после завершения сроков изоляции госпитализируются в профильные стационары.

Показания для экстренной госпитализации:

- у детей до 5 лет наличие общих признаков опасности (не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи и питья, судороги в анамнезе данного заболевания и летаргичен или без сознания);
- тяжелые формы скарлатины.