

# Инфекционные болезни у детей.

## Скарлатина

С. Н. Агаджанова

Скарлатина – острое инфекционное заболевание, характерными признаками которого являются мелкоточечная кожная сыпь, высокая температура, общая интоксикация, воспаление миндалин и шейных лимфатических узлов.

**Возбудитель** скарлатины – бета-гемолитический стрептококк группы А. Микроб устойчив во внешней среде, может существовать и вне организма человека. Скарлатина – одна из форм стрептококковой инфекции. Помимо скарлатины, гемолитический стрептококк может вызвать ангину, отит, стрептодермию.

**Источник инфекции** – больные скарлатиной и другими формами стрептококковой инфекции, а также здоровые носители стрептококков группы А.

**Пути передачи инфекции.** Основной путь передачи – воздушно-капельный. Возможно заражение при употреблении в пищу инфицированных молочных и других продуктов и передача контактно-бытовым путем, через различные предметы окружающей обстановки (посуда, игрушки, предметы ухода, книги).

Возбудитель находится на слизистой оболочке носа и глотки больных скарлатиной, стрептококковой ангиной и здоровых носителей. Во время разговора, смеха, чихания или кашля капли выделений из носа или глотки инфицируют воздух вокруг больного, пищу, белье.

**Заболеемость.** В настоящее время частота скарлатины значительно снизилась и протекает она легче, чем раньше.

**Восприимчивость** к скарлатине невысокая. Здоровый ребенок заболевает скарлатиной в том случае, если он находился в тесном контакте с больным: был в той же комнате, играл теми же игрушками, ел из той же посуды. Риск заразиться возрастает, если ребенок ослаблен

хроническим заболеванием или у него снижен иммунитет. Большое значение имеют свойства (характеристики) возбудителя – токсигенность и вирулентность стрептококка. Болеют преимущественно дети от 1 до 9 лет, возможна скарлатина у подростков и молодых людей до 30 лет. Заболеемость скарлатиной повышается зимой и осенью.

**Иммунитет** после перенесенной скарлатины достаточно прочный, но возможно повторное заболевание.

**Вакцинация** против скарлатины не проводится.

### Периоды болезни

**Инкубационный период** (время от момента заражения до возникновения первых симптомов заболевания) составляет от 1 до 7 дней.

**Период инвазии** – кратковременный – 12–36 часов.

**Период разгара заболевания (высыпной)** – от 2 до 5 дней, в тяжелых случаях – дольше.

**Период реконвалесценции (выздоровления)** – от 10 до 15 дней (длительность зависит от тяжести болезни и адекватности лечения и ухода).

### Формы заболевания

Скарлатина может протекать в *типичной* и *атипичной* (стертой и экстратонзиллярной) форме. При *стертой* форме симптомы выражены слабо, некоторые отсутствуют. *Экстратонзиллярная* скарлатина возникает, если входными воротами является поврежденная кожа (ожог, ранения).

В зависимости от тяжести состояния различаются *легкая*, *среднетяжелая* и *тяжелая* формы.

*Легкая* форма – наиболее частый вариант современного течения скарлатины, общее состояние изменяется мало, все проявления исчезают к 4-му дню болезни.

*Среднетяжелая* форма характеризуется большей выраженностью всех симптомов, острый период болезни продолжается 5–7 дней.

*Тяжелая* форма в настоящее время наблюдается очень редко, возможна в следующих вариантах.

*Токсическая скарлатина* с высокой температурой и симптомами поражения ЦНС: затемнение сознания, бред, у детей раннего возраста возможны судороги.

*Септическая скарлатина* с тяжелой ангиной и бактериальными осложнениями.

*Токсико-септическая скарлатина* характеризуется сочетанием токсических и септических симптомов.

По течению – *гладкое* (без осложнений) и *осложненное*.

### Клиническая картина заболевания

Болезнь начинается внезапно. Резко повышается температура тела до 38–40°C, что сопровождается ознобом, общим ухудшением самочувствия, тошнотой, рвотой, головной болью и болью в горле. В тяжелых случаях наблюдается поражение центральной нервной системы (ЦНС): возбуждение, бред, затемнение сознания, менингеальные симптомы, возможны судороги.

*Самые постоянные признаки скарлатины* – ангина и скарлатинозная сыпь.

**Скарлатинозная ангина** появляется раньше кожной сыпи. Скарлатинозную ангину отличает очень яркая гиперемия (краснота) миндалин, дужек, язычка и мягкого нёба, с резкой границей по краю твердого нёба. Отек слизистой оболочки не выражен. Миндалины увеличиваются, становятся красными (катаральная ангина), иногда покрываются гнойным налетом в виде белых точек (фолликулярная ангина), возможна лакунарная (гной в лакунах миндалин) или некротическая ангина (глубокое повреждение ткани миндалин). Подче-

люстные и верхние шейные лимфатические узлы увеличены и болезненны при прощупывании. Губы сухие, яркие, нередко с трещинами. Язык в начале заболевания покрыт толстым белым налетом, через 2–3 дня начинает очищаться от налета и принимает характерный вид: ярко-красная окраска, резко выступающие сосочки («малиновый язык»). К 10-му дню язык приобретает гляцевый, лакированный вид, а на 12–15-й день возвращается в нормальное состояние. Скарлатинозная ангина длится от 5–7 до 10 дней в зависимости от тяжести процесса и адекватности лечения и ухода.

**Скарлатинозная сыпь** – мелкоточечные красные элементы на покрасневшей коже – появляется через 18–36 часов после начала заболевания. Высыпание начинается с шеи, верхней части груди и спины и быстро, в течение одного дня, распространяется по всему телу. Сыпь наиболее интенсивно выражена на внутренних поверхностях бедер, в локтевых и коленных сгибах, в паховых складках, на боковых поверхностях шеи и туловища и в нижней части живота. Обычно сыпь не беспокоит больного, но может отмечаться небольшой зуд.

Издали сыпь выглядит как участки покраснения. Вблизи видны мелкие отдельные пятнышки на общем красном фоне кожи. Элементы сыпи имеют цвет от нежно-розового до лилово-красного. Сыпь шершавая на ощупь. При тяжелых формах сыпь бывает геморрагической – вследствие токсического повреждения сосудов кожи повышается их проницаемость и в местах обильных высыпаний возникают точечные кровоизлияния (симптом Пастиа). В подмышечных областях, паховых складках, в области локтевых и коленных сгибов появляются тонкие красно-фиолетовые полосы, которые не исчезают при надавливании.

В классическом случае сыпь появляется и на лице: на фоне ярко-розовых щек и лба, покрытых сыпью, резко выделяется бледный носогубный треугольник – зона вокруг носа, губы и подбородок. Это характерный признак скарлатины (симптом «треугольника Филатова»).

Высыпной период продолжается 2–5 дней. В течение всего высыпного периода температура колеблется в пределах 39–40°C, продолжается скарлатинозная ангина. Постепенно сыпь бледнеет, затем исчезает, понижается температура тела, самочувствие улучшается, проходят явления ангины. Если не развиваются осложнения, то к концу первой недели острый период болезни заканчивается.

Пигментации после скарлатинозной сыпи не бывает. После исчезновения сыпи начинается шелушение кожи: на лице, туловище в виде мелких чешуек; на пальцах, подошвах и ладонях чешуйки крупнее. Шелушение заканчивается через 2–3 недели. При легких формах скарлатины и у детей раннего возраста шелушение кожи выражено незначительно или отсутствует. Больные в период шелушения не заразны.

В последние годы болезнь у большинства детей протекает в легкой форме. Сыпь выражена слабо, располагается на бледном фоне. Такую сыпь можно рассмотреть только при хорошем дневном освещении. Заболевший ребенок ощущает небольшое недомогание и незначительную боль в горле и часто продолжает посещать дошкольное учреждение или школу, являясь источником инфекции для окружающих. *Заметив вялость, повышенную утомляемость, покраснение лица или появление сыпи, необходимо изолировать больного ребенка от здоровых детей и вызвать врача из поликлиники на дом.*

#### Диагностика

При типичной форме болезни диагноз ставится на основании характерных симптомов скарлатины. При стертых и атипичных формах скарлатину нелегко отличить от кори, краснухи, лекарственной сыпи, скарлатиноподобной формы псевдотуберкулеза. Важным для диагностики является указание на контакт с больным скарлатиной или ангиной за 1–7 дней до возникновения заболевания. Подтверждает диагноз наличие бета-гемолитических стрептококков группы А в посевах со слизистой оболочки глотки.

#### Осложнения

В случае своевременной постановки диагноза и правильного лечения осложнений практически не наблюдается.

В период разгара скарлатины могут развиваться **ранние бактериальные осложнения**:

- лимфаденит (воспаление лимфатических узлов);
- некротическая ангина (участки глубокого повреждения тканей могут располагаться не только на миндалинах, но и на слизистой оболочке мягкого нёба и глотки);
- отит (воспаление среднего уха);
- гнойный синусит, назофарингит, стоматит, ларингит, трахеит, бронхит, пневмония.

Через 2–4 недели после начала заболевания, в период реконвалесценции, возможны **поздние аллергические осложнения**: миокардит (воспаление

сердечной мышцы), гломерулонефрит (нарушение структуры и функции почек). Скарлатина может способствовать возникновению ревматизма. Существует опасность присоединения других вирусных и бактериальных инфекций, а также обострения хронических заболеваний.

В период реконвалесценции возможны рецидивы скарлатины вследствие повторного заражения пациента от носителей стрептококков группы А из его окружения. Для того чтобы предотвратить рецидивы, необходимо обследование всех членов семьи больного скарлатиной и лечение выявленных носителей.

#### Особенности течения стрептококковой инфекции у взрослых

Стрептококковая инфекция встречается в любом возрасте. Частой формой стрептококковой инфекции у взрослых является стрептококковая ангина, которая в очаге скарлатины должна рассматриваться как аналог скарлатины. Скарлатиной взрослые болеют редко, заболевание встречается преимущественно у молодых людей до 30 лет. У женщин в послеродовом периоде возможна атипичная экстратонзиллярная скарлатина.

#### Показания для госпитализации

Госпитализируются больные с тяжелыми и осложненными формами заболевания, дети раннего возраста, а также если невозможно обеспечить изоляцию больного в домашних условиях. По эпидемиологическим показаниям госпитализируются больные из закрытых детских коллективов (детские дома, школы-интернаты) и дети, родители которых работают в хирургических стационарах и родильных домах.

Палаты в больнице заполняют одновременно, исключают контакты выздоравливающих с больными в остром периоде скарлатины. Медицинский персонал скарлатинного отделения во время работы обязан надевать марлевые маски и вторые медицинские халаты, которые за пределы отделения не выносятся. При отсутствии осложнений выздоравливающих выписывают из больницы на 10-й день болезни. После выписки в палате проводится тщательная заключительная дезинфекция и проветривание. Только после этого осуществляется новый набор больных.

#### Лечение и особенности ухода

Большинство больных скарлатиной находятся на домашнем лечении под наблюдением участкового врача. Следует записывать температуру больного (изменяется 3 раза в день: утром после сна,

днем в 16.00–18.00 часов и вечером, перед сном). При появлении каких-либо новых симптомов (боль в ушах, припухлость на шее, боль в суставах или другие) необходимо повторно вызвать врача на дом.

**Режим.** В остром периоде болезни необходим строгий постельный режим на срок не менее 7–10 дней. Не разрешается вставать с постели раньше 2–3-го дня нормальной температуры тела.

**Диета** щадящая, в основном молочно-растительная, в остром периоде пища должна быть протертая, с ограничением соли. По мере того как улучшается общее состояние больного, следует расширять диету – в пищевой рацион вводятся отварное мясо, омлеты, выпечка. Ограничения в питании рекомендуются на 3–4 недели.

**Уход.** При геморрагической сыпи кожа больного не должна подвергаться травмам и излишнему давлению: кровать должна быть мягкой, матрац – ровным, простыня – без складок. У больных тяжелой формой скарлатины часто возникает рвота, особенно в начальном периоде болезни. Рвота появляется внезапно, без предварительной тошноты. У постели больного нужно иметь емкость для сбора рвотных масс. При рвоте следует быстро оказать помощь ребенку и успокоить его. При лимфадените на шею больного полезно накладывать сухую ватно-марлевую повязку.

При лечении больного скарлатиной на дому необходимо обращать внимание на тщательное соблюдение гигиены и особенно уход за полостью рта. Лицо и руки ребенка следует ежедневно мыть. Рот необходимо полоскать 3–4 раза в день. Для полоскания используют: 2%-ный раствор пищевой соды, отвар лекарственных трав (шалфей, ромашка); 0,5%-ный раствор (бледно-розового цвета) перманганата калия; 0,02%-ный раствор фурацилина. По окончании заразного периода болезни рекомендуется выкупать ребенка и сменить все нательное и постельное белье.

Текущая дезинфекция проводится в течение всего периода изоляции и включает тщательное мытье посуды, предметов ухода и игрушек с использованием моющих средств. Посуду больного скарлатиной моют отдельно в 2%-ном содовом растворе (1 столовая

ложка соды на 1 литр воды) и после этого обдают кипятком. Чистая посуда и таз, в котором моют посуду, должны стоять в комнате больного. Горшок, таз для мытья, мыло и полотенце должны быть у больного индивидуальными и находиться в комнате больного. Одежду, белье необходимо часто менять. Белье больного замачивают на 2 часа в 2%-ном содовом растворе, после этого его кипятят и стирают. Ребенку можно давать только те игрушки, которые можно дезинфицировать кипячением или мытьем с мылом. Игрушки нужно мыть ежедневно. Пол в комнате больного 2 раза в день протирают влажной тряпкой с дезинфицирующим раствором. Мебель следует ежедневно протирать влажной тряпкой с дезинфицирующим раствором. Ухаживающий за больным ребенком, прежде чем выйти из комнаты больного, должен снять халат и тапки и тщательно вымыть руки.

**Медикаментозное лечение.** При лечении скарлатины, как правило, применяются антибиотики. Какой антибиотик принимать, в каких дозах и в течение какого времени, решает врач. По показаниям используют жаропонижающие и другие препараты.

#### Критерии выздоровления

При неосложненном течении скарлатины **предварительное клиническое выздоровление** определяется не ранее 10-го дня от начала заболевания, после исчезновения всех симптомов болезни, кроме шелушения кожи, при условии нормальных анализов крови и мочи и отрицательного результата посева со слизистой миндалин на гемолитический стрептококк группы А.

**Окончательное клиническое выздоровление** определяется через 2 недели после клинического выздоровления, после повторных нормальных анализов крови и мочи и повторного отрицательного посева на гемолитический стрептококк группы А.

Ребенок допускается в детский коллектив не ранее 22-го дня от начала болезни, при отсутствии признаков осложнений скарлатины.

#### Предупреждение распространения инфекции в очаге

**Изоляция.** Больного скарлатиной следует изолировать от здоровых детей до полного выздоровления

и бактериологического очищения от гемолитического стрептококка. Для детей в возрасте до 10 лет срок изоляции составляет не менее 22 дней.

**Работа с контактными.** На детей до 10-летнего возраста, бывших в контакте с больным скарлатиной, накладывается карантин сроком до 7 дней. Если больной скарлатиной лечится дома и среди членов семьи есть дети дошкольного и младшего школьного возраста, их изолируют в течение 17 дней. На детей 10 лет и старше карантин не накладывается. За контактными проводится наблюдение, по показаниям рекомендуется бактериологическое обследование (посев на гемолитический стрептококк), при необходимости назначается лечение. Ангина у контактного с больным скарлатиной трактуется как скарлатина. В этом случае изоляция, лечение, обследование и длительность наблюдения за больным такие же, как при скарлатине.

**Дезинфекция.** После изоляции больного в помещениях группы дошкольного учреждения проводится заключительная дезинфекция.

#### Реабилитационные мероприятия после выздоровления

После болезни необходим длительный восстановительный период, ребенок на три недели назначает домашний режим. В период реконвалесценции рекомендуются: удлинение времени сна; длительные прогулки; прием общеукрепляющих средств и витаминов; мероприятия, направленные на профилактику острых респираторных заболеваний.

За детьми, перенесшими скарлатину, проводится диспансерное наблюдение: в течение 1 месяца при скарлатине легкой и средней тяжести и 3 месяцев при тяжелой форме скарлатины. После выздоровления от скарлатины легкой или средней тяжести назначается: медицинский отвод от закалывающих процедур – 2 недели, от занятий физкультурой – 3 недели, от занятий физкультурой на улице в зимнее время 1 месяц, от профилактических прививок – 1 месяц. Если болезнь протекала в тяжелой форме, сроки медицинских отводов увеличиваются. ■