

ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИ СКАРЛАТИНЕ



Мишутина О.Л. - к.м.н., доцент кафедры стоматологии факультета ДПО с курсом организации медицинской помощи ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России

Волченкова Г.В. - к.м.н., доцент кафедры стоматологии факультета ДПО с курсом организации медицинской помощи ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России

Скарлатина (А38 по МКБ-10) – острое инфекционное заболевание, вызываемое **стрептококком группы А**, передающееся **воздушно-капельным путем**, характеризующееся лихорадкой, синдромом интоксикации, острым тонзиллитом с регионарным лимфаденитом, мелкоточечной сыпью, склонностью к осложнениям септического и аллергического характера

ПАТОГЕНЕЗ СКАРЛАТИНЫ

Инфекция чаще всего **(97%)** попадает в организм **через миндалины**, реже **(1,5%)** через **поврежденную кожу** или **слизистые оболочки** (экстрафарингеальная форма)



Из места внедрения он может распространяться **по лимфатическим путям** в **регионарные лимфатические узлы**

В крови при этом появляются **токсические субстанции β -гемолитического стрептококка**, которые **воздействуют на сердечно-сосудистую, нервную и эндокринную системы**

Стадии патогенеза скарлатины

- 
- **Токсическая стадия патогенеза** развивается под влиянием термолабильной фракции экзотоксина и характеризуется развитием лихорадки, интоксикацией (головной болью, рвотой), симптоматическим проявлением сосудистых изменений в виде повышения АД, приглушения тонов сердца, тахикардии, появлением мелкоточечной сыпи
 - **Септическая стадия патогенеза** обусловлена воздействием микробных факторов БГСА и проявляется гнойными и некротическими изменениями воспалительной реакции в месте входных ворот и осложнениями
 - **Аллергическая стадия патогенеза** развивается в результате сенсibilизации термостабильной фракцией экзотоксина м-антигенами поврежденных тканей

Классификация скарлатины

По типу:

Типичные

Атипичные (экстратонзиллярные)

По тяжести:

Легкая степень тяжести

Средняя степень тяжести

Тяжелая степень тяжести:

- токсическая

- септическая

- токсико-септическая

Классификация скарлатины

По течению (по характеру):

Гладкое (без аллергических волн и осложнений)

Негладкое:

- с осложнениями (аллергическими, гнойными)
- с аллергическими волнами
- с наслоением вторичной инфекции
- с обострением хронических заболеваний

Сыпь при скарлатине



- **Период высыпаний** характеризуется развитием синдрома экзантемы в первые 2 суток заболевания:
- - **мелкоточечная сыпь** (1-2 мм) ярко-розовая, не сливается между собой со сгущением **в естественных складках кожи**, преимущественно располагающаяся на боковых частях туловища, сгибательных поверхностях рук, внутренних поверхностях ног с «выходом» элементов на тыл кистей и стоп, на гиперемизированном фоне кожи;
- - в местах наибольшей насыщенности сыпи при механическом воздействии на сосуды кожи появляются **петехии, которые могут располагаться полосками (симптом Пастиа)**

Скарлатина



Клинические проявления скарлатины

- - наряду с мелкоточечной сыпью возможно появление **мелкопапулезной, милиарной и геморрагической сыпи**;
- - свободным от сыпи остается **носогубный треугольник**, резко выделяющийся своей бледностью («**спастический треугольник Филатова**»)
- к 3-4 суткам наступает стадия угасания, при которой сыпь бледнеет до слабо-розовой.
- **Период реконвалесценции** начинается со **2-й недели**. Изменения на коже в виде пластинчатого шелушения на ладонях и стопах, а в местах располагавшейся милиарной сыпи – обильное отрубевидное шелушение



Клинические проявления скарлатины

Белый носогубный треугольник



Точечная сыпь на красной
отекшей коже



«Пылающий зев»

«Малиновый язык»



Шелушение кожи после начала
выздоровления

Лабораторная диагностика

Клинический анализ крови

в остром периоде болезни необходимо проводить всем пациентам – **лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ** указывают на бактериальную этиологию инфекции

Определение титра антистрептолизина – O, антител против ДНК-азы и других ферментов, в т.ч. антитоксинов стрептококка

Бактериологический метод

имеет значение для **подтверждения диагноза при выделении β -гемолитического стрептококка** в посевах слизи из ротоглотки

Реакция коаггутинации
наиболее перспективный метод экспресс-диагностики,
позволяющим выявить антиген гемолитического стрептококка в материале из любого очага в течение **30 мин.**



- При обосновании диагноза следует указать данные:
- - **эпидемиологические** (контакт с больным любой формой стрептококковой инфекции (скарлатина, ангина, фарингит) в пределах инкубационного периода или бактерионосителем),
- - **клинические** (выраженный инфекционный синдром, наличие сыпи, ее характер и локализация, ангина, регионарный лимфаденит) ,
- - **лабораторные** (лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ; выделение из слизи из ротоглотки β -гемолитического стрептококка)



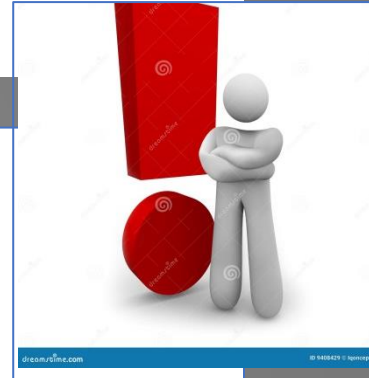


Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Изоляция пациента, масочный режим
- Постельный режим в течение периода лихорадки
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу
- Гигиеническая обработка глотки пациента не менее 3-х раз в день

Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- ✓- сроки ограничения (на 12 дней домашний режим)
- ✓-порядок снятия ограничений – **выписка** при клинико-лабораторном выздоровлении(дети, посещающие детские дошкольные учреждения и первые 2 класса школ, переболевшие скарлатиной, **допускаются в эти учреждения через 12 дней** после клинического выздоровления)
- ✓-рекомендации для пациента:
 - ✓**Мед. отвод от профилактических прививок на 1 месяц** без осложнений, витаминотерапия, рациональное питание с набором легкоусвояемых, но привычных и любимых блюд, обязательны фрукты, овощи







➤ в 1-е сутки язык густо обложен белым налетом
➤ со 2-х суток начинает очищаться и к 4-м суткам болезни становится полностью сосочковым (ярко малиновый язык)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ



Диагноз: Скарлатина, лёгкое течение

- При первичном осмотре температура тела 37,4 °С, кожа бледно-розовая, чистая, умеренной влажности. Видимые слизистые оболочки розовые, влажные. **Нёбные миндалины гипертрофированы (увеличены) до первой степени, чистые, без налёта, полнокровные, с выраженным сосудистым рисунком. Задняя стенка горла умеренно гиперемирована .**
- Через 3 дня после первичного осмотра родители повторно вызвали врача, так как у ребёнка воспалились вкусовые сосочки, **язык стал ярко малиновым. К вечеру появилась мелкоточечная сыпь.**
- При повторном осмотре температура тела 37,2 °С, кожа покрыта **мелкоточечной, бледно-розовой сыпью, не выступающей над поверхностью кожи. Сыпь преимущественно расположена на коже внутренней поверхности предплечья, спины в грудном и поясничном отделе.**
- Видимые слизистые оболочки розовые, влажные. **Задняя стенка горла умеренно гиперемирована. Язык чистый, малинового цвета, вкусовые сосочки воспалены.**

Особенности течения скарлатины у взрослых

- скарлатина у взрослых чаще всего имеет **среднетяжелое течение**
- антибиотиком выбора при лечении скарлатины по-прежнему является **пенициллин**
- диагностика заболевания основывается главным образом на **клинических проявлениях скарлатины** и дополняется некоторыми лабораторными данными (картиной периферической крови — небольшое снижение гемоглобина, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, эозинофилия, ускорение СОЭ)



КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

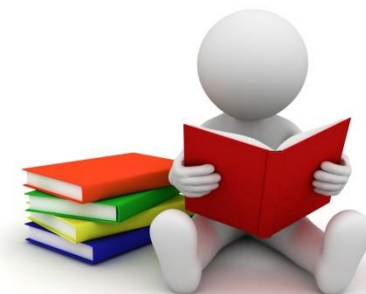
Больной Г. 20 лет, военнослужащий строительного батальона. Заболел остро 17.01.92: озноб, головная боль, подъем температуры до 40°C, тошнота. Госпитализирован на второй день болезни с подозрением на менингит. При поступлении жаловался на сильную головную боль, головокружение, слабость, тошноту. Температура 39,1°C. **На коже выявлена типичная для скарлатины зудящая сыпь. У основания большого пальца правой кисти — инфицированная рана, регионарный лимфаденит и лимфангит.**

В области раны четко выраженное сгущение сыпи. На фоне лечения пенициллином (3 млн/сут.) через сутки температура нормализовалась, исчезли симптомы интоксикации.

На четвертый день госпитализации на фоне угасающей сыпи наблюдались снижение остроты зрения, туман перед глазами, двоение, тошнота. На следующий день развились птоз век, мидриаз, нарушение конвергенции, осиплость, косоглазие, парез небной занавески, одышка (24'), сухость во рту, легкий парез n. facialis справа.

С учетом наличия раны на кисти и участия в земляных работах диагностировали раневой ботулизм (факт употребления консервированных продуктов больной отрицал).

Диагноз: экстратонзиллярная скарлатина, раневой ботулизм



КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Больная 37 лет, была в контакте с ребенком больным скарлатиной.

При поступлении в клинику состояние **очень тяжелое. Стонет. Лицо бледное. На коже туловища и конечностей обильная мелкая сыпь с выраженным геморрагическим компонентом, локализующаяся в типичных для скарлатины местах.**

Некротическая ангина, «малиновый язык». Значительно увеличены и болезненны подчелюстные лимфоузлы. АД — 50/30 мм рт. ст., пульс — 98 уд./мин слабого наполнения. За сутки выделила 300 мл мочи.

В дальнейшем на фоне интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения состояние больной продолжало ухудшаться. На коже на фоне эритематозно-геморрагической сыпи появились множественные милиарные элементы. Гемодинамика, поддерживаемая введением допамина, оставалась неустойчивой: АД — 65-80/50-60, пульс слабого наполнения — 110-150 уд./мин, ЧД — 24-34. Развился отек легких. При рентгенографии 04.09 (4-й день болезни) — «шоковое легкое», расширение границ сердца влево.

На пятый день болезни больная без сознания, появились судороги, рвота «кофейной гущей», мелена, легочное кровотечение. **На 7 день больная умерла.**

Диагноз: Скарлатина, септическая форма.

Не создана вакцина от скарлатины !!!



Профилактика «детских инфекций»

Соблюдение личной гигиены, мытье рук

**Использование предметов гигиены, столовых приборов
сугубо в личном порядке**

**Ограничение контактов с людьми, которые имеют явные
симптомы инфекционных заболеваний**

**Влажная уборка помещений с использованием
дезинфицирующих средств**



ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИ СКАРЛАТИНЕ



Мишутина О.Л. - к.м.н., доцент кафедры стоматологии факультета ДПО с курсом организации медицинской помощи ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России

Волченкова Г.В. - к.м.н., доцент кафедры стоматологии факультета ДПО с курсом организации медицинской помощи ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России