**Скарлатина**



Что это такое? Скарлатиной называют инфекционную болезнь острого характера, вызванную гемолитическим стрептококком, которая сопровождается признаками ангины, общей интоксикации и появлением на кожных покровах мелкоточечной сыпи.

Отличается высоким риском возникновения осложнений. Это заболевание чаще всего отмечается у детей дошкольного или младшего школьного возраста, вероятность возникновения инфекции наиболее высока между шестью и двенадцатью годами. Младенцы болеют скарлатиной редко, их защищает иммунитет матери, который они получают в период беременности и грудного вскармливания. У взрослых такой диагноз тоже выявляется нечасто. Своевременное и правильное лечение позволяет избежать возникновения серьезных осложнений и летального исхода, которым скарлатина заканчивалась в период до открытия антибиотиков. В наши дни частота появления болезни и возникновения тяжелых форм уменьшается.

**Причины скарлатины у детей**

У детей и взрослых заболевание вызывает Streptococcus pyogenes, относящийся к группе А гемолитических стрептококков, широко представленных в современном обществе. Способ их распространения – воздушно-капельный, хотя вероятность передачи возбудителя заболевания контактно-бытовым способом не исключена. Наибольшую опасность в плане возможности заражения представляет человек, болеющий скарлатиной первые несколько дней, именно в этот период выделяется наибольшее число болезнетворных микроорганизмов. Источником инфекции может выступать и здоровый человек, являющийся носителем возбудителя скарлатины. Самое благоприятное для появления заболевания время – осенне-зимний период, подходящая географическая зона – страны с умеренным климатом.

**Патогенез**

Скарлатина характеризуется наличием и последовательным развитием трех основных линий, которые связаны с токсическими, септическими, аллергическими проявлениями заражения стрептококками. Они тесно связаны между собой. В местах, через который стрептококк внедрился в организм (а это чаще всего слизистые или области повреждения кожных покровов ожогами или ранами) образуется очаг воспаления. В случае заболевания скарлатиной болезнетворные бактерии размещаются на небных миндалинах. Возбудитель может свободно перемещаться по организму через лимфатические пути, соприкасаясь с близлежащими тканями или интраканаликулярно. В составе крови появляется токсическая субстанция гемолитического стрептококка, оказывающая негативное воздействие на деятельность нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Начинается развитие сложного патологического процесса, представленного токсическими, септическими и аллергическими синдромами. На развитие токсической линии патогенеза оказывает воздействие термолабильная фракция экзотоксина, что объясняет лихорадку, интоксикацию, симпатические проявления сосудистых изменений. При осложненном протекании заболевания могут появляться гиподинамические расстройства, геморрагический синдром. Микробные факторы БГСА влияют на появление септической линии. Для нее характерно появление гнойных и некротических изменений воспаления в местах первичного проникновения инфекции. Эта линия может являться ведущей в симптоматике начала заболевания или возникать в качестве осложнения на его более поздних этапах. Из-за повышения реактивной чувствительности поврежденных тканей появляется аллергическая линия. Признаки аллергии могут проявляться с начала болезни, но сильнее всего беспокоят через 2 недели после инфицирования, выражаясь такими осложнениями, как высыпания, немотивированный субфебрилитет, миокардит, артрит, лимфаденит и подобные недомогания. При скарлатине фазы вегетативной нервной деятельности последовательно сменяют друг друга: повышенный тонус симпатического отдела, характерный для начального этапа заболевания на второй неделе заменяется тонусом парасимпатического отдела.

**Симптомы скарлатины у детей**

У взрослых и детей продолжительность инкубационного периода может варьироваться от одного дня до десяти, затем появляются характерные симптомы. Скарлатина обычно заявляет о себе резким повышением температуры тела, состояние усугубляется головными болями, общим недомоганием, признаками слабости, тахикардии, болезненностью живота. Может возникать рвота из-за интоксикации. Глотание становится болезненным, осмотр выявляет так называемый пылающий зев (гиперемия дужек, язычка, миндалин и всей задней части глотки, ограниченная линией, разделяющей слизистую и твердое нёбо). Есть вероятность формирования фолликулярно-лакунарной ангины, при которой на пораженных миндалинах возникают мелкие или более глубокие очаги налетов.

Первые специфические симптомы скарлатины у детей выдают себя белесым налетом на языке. На 4-5 день поверхность органа очищается и приобретает красно-малиновый окрас, сосочки имеют гипертрофированный вид. При тяжелых формах заболевания губы тоже окрашиваются в малиновый оттенок.

Особенностью скарлатинозной экзантемы является ее расположение на гиперемированной области и возникновение в первые пару суток заболевания. Мелкоточечная сыпь появляется на лице и верхнем сегменте туловища, постепенно распространяясь на линии сгибов конечностей, внутренние области бедер и бока. Важным симптомом скарлатины является образование особых полосок темно-красного цвета в кожных складках. В некоторых областях проявления сыпи могут сливаться в сплошную эритему. На поверхности лица сыпь занимает щеки, меньше выражена на висках и лбу, при этом носогубный треугольник остается от нее свободным и выделяется на общем фоне особой бледностью. Если на пораженный участок надавить, на время сыпь исчезнет. Вследствие повышения ломкости сосудов на месте суставных сгибов и в районах, где кожные покровы сдавливаются или трутся одеждой, могут наблюдаться незначительные точечные кровоизлияния. Иногда протекание скарлатины не ограничивается только сыпью, в этом случае болезнь сопровождается мелкими везикулами и макуло-папулезными элементами. Проявления сыпи могут полностью отсутствовать или появляться только на четвертый день болезни.

**Лечение скарлатины**

Лечение по устранению инфекции проводятся чаще всего в домашних условиях. Только тяжелые случаи протекания скарлатины, появление ее осложнений или совместное проживание больного с детьми младшего возраста, не переболевшими этим заболеванием ранее, служат причиной для назначения стационарного лечения. В профилактических целях больного изолируют на срок до 10 дней после начала заболевания. Дети могут отправляться в учреждения дошкольного и школьного образования только через 12 суток после выздоровления. Больному назначают десятидневный постельный режим. На это время рекомендуется соблюдать щадящую диету с подачей проваренных и протертых полужидких теплых блюд. Для ускорения выведения токсинов назначается интенсивное питье. По завершении острого периода заболевания начинается постепенный переход к привычному меню.

Различные проявления скарлатины лечат с помощью следующих средств:

1) Для устранения первопричины заболевания назначают узкоспекторные препараты выбора, в частности отдают предпочтение пенициллину, а также его аналогам. Ко второй группе выбора относят эритромицин и цефазолин. Если данные средства не подходит, прибегают к широкоспекторной группе антибиотиков, цефалоспоринам. Обычно назначают лечение пенициллином - курсом в течение 10 дней.

2) Для местного лечения используют йокс, стопангин, гексорал и другие. Их выбор зависит от возрастных особенностей больного и клинической картины заболевания. Сюда же относятся такие меры местного воздействия как полоскания горла ромашкой, фурацилином или ротоканом в растворенном виде.

3) Для проведения противовоспалительной и иммунотропной терапии назначают лизобакт или иммудон.

4) Для оказания противотоксического воздействия пользуются супрастином, зиртеком, тавегилом и пр.

5) При появлении осложнений могут использоваться противокашлевые или жаропонижающие препараты (давать детям аспирин запрещено). Все лекарственные средства назначаются врачом.

**Прогноз лечения скарлатины**

При своевременном и правильном проведении лечебных мер на третьи сутки заболевания пациент начинает чувствовать себя лучше, температура постепенно приходит в норму. В конце первой недели болезни бледнеют и исчезают проявления сыпи, сменяясь шелушением кожных покровов. Если лечебный курс был пройден полностью, угроза повторного возникновения заболевания очень мала. Вырабатывается пожизненный иммунитет, который надежно защищает от рецидивов.

**Осложнения скарлатины**

В отдельных случаях скарлатина может провоцировать появление новых заболеваний. В течение первой недели болезни распространение инфекции с миндалин на близлежащие области чревато средним отитом, синуситом, лимфаденитом. К редким видам осложнений относят бронхопневмонию, остеомиелит, мастоидит и сепсис. Справиться с этими болезнями помогает комплексное лечение. Большую опасность представляют те осложнения скарлатины, которые появляются позже, они могут выражаться ревматизмом, хореей, гломерулонефритом.

**Профилактика**

Профилактические меры предупреждения заболевания у детей и взрослых направлены на своевременное выявление и изоляцию инфицированных людей, укрепление организма и иммунитета. Лицам, контактирующим с зараженными, следует пользоваться стерильными масками и следить за личной гигиеной. От начала инфицирования и до выписки из стационара проходит до двух недель, после чего необходимо находиться в домашних условиях еще столько же времени. Начинать полноценный образ жизни можно не раньше, чем через 3 недели, при этом необходимо сдать соответствующие анализы на наличие Streptococcus pyogenes.