

**ВОЗДУШНО - КАПЕЛЬНЫЕ
ИНФЕКЦИИ:**

СКАРЛАТИНА.

Содержание

1. Морфология и биологические свойства;
2. Источник и пути заражения;
3. Характерные клинические проявления;
4. Лабораторная диагностика;
5. Профилактика;
6. Литература.

Скарлатина

Острое инфекционное заболевание стрептококковой природы с местными воспалительными изменениями в зеве и экзантемой.

Морфология

Возбудителем скарлатины является бета-гемолитический стрептококк группы А (*Streptococcus haemolyticus*), который принадлежит к семье *Lactobacillaceae*, порядка *Eubacteriales*. мелкие круглые клетки - кокки, расположенные в цепочку, без спор, жгутиков, образуют капсулу из гиалуроновой кислоты. Легко переходят в L-формы, грамположительные. Стрептококки группы А выделяют токсины, основным из которых является эритрогенный (токсин Дика) - токсин сыпи.

Культуральные свойства: факультативные анаэробы, но есть и анаэробы, требовательны к питательным средам. Для выращивания используют сахарные, сывороточные среды, кровяной агар. Колонии мелкие, в диаметре до 1 мм, серые или бесцветные, чаще слизистые. На жидких средах растут в виде осадка. На кровяном агаре могут давать α -гемолиз (зеленящий) и β -гемолиз (полный). Стрептококки довольно устойчивы к воздействию физических и химических факторов. При температуре 70°C они сохраняют жизнеспособность в течение 1 ч, а при 65°C - 2 часа. Хорошо переносят замораживание. Долго сохраняются в навозе, высохшей крови. Чувствительны к дезинфицирующим средствам.



Пути заражения

Главным источником заражения является больной. Бактерии являются заразными и обычно передаются воздушно-капельным путем при кашле и чихании. Заболевший скарлатиной становится заразным для других с момента появления первых признаков болезни. Микроб скарлатины содержится в выделениях больного — мокроте, слюне, слизи из носа, гное из ушей, моче. С этими выделениями микробы попадают на ухаживающих за больным и на вещи — белье, игрушки.



Клинические проявления

Инкубационный период весьма вариабельный, и может продолжаться от 1 до 12 дней. Скарлатина начинается внезапно. Первые признаки и симптомы болезни включают высокую температуру ($39,4^{\circ}\text{C}$ и выше) и обычно боль в горле, слабость, головную боль, озноб, общий дискомфорт, боль в желудке, тошноту и рвоту. Иногда бывают боли в брюшной полости или учащение пульса у ребенка. У очень маленького ребенка с высокой температурой могут развиваться судороги. В течение 12-48 часов от начала лихорадки красная, очень тонкая сыпь, которая на ощупь напоминает наждачную бумагу и выглядит наподобие солнечной эритемы или гусиной кожи, появляется в подмышечных впадинах и на шее, в паху и на внутренней поверхности бедер, затем на груди, спине, руках и ногах. Сыпь при скарлатине держится до 4-х дней, постепенно уменьшаясь. С 6-го дня на месте сыпи наблюдается шелушение, длящееся примерно до 3-ей недели.



Диагностика

Диагноз ставят в основном на основании клинических и эпидемиологических данных. Лабораторная диагностика используется для подтверждения диагноза. Исследуемый материал мазок из зева.

Методы диагностики : бактериологический - материал из зева засевают на кровяной агар и выделяют чистую культуру. Наличие характерного вида колоний и грамположительных цепочек кокков в мазке дает возможность сделать вывод об обнаружении стрептококков. У выделенной чистой культуры определяют серогруппу, серовар. серологический - обнаружение антител в сыворотке крови больного к О-стрептолизину. Отмечают изменения гемограммы, типичные для бактериальной инфекции: лейкоцитоз, нейтрофилию со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. Реакция Дика - внутрикожная проба на наличие антитоксического иммунитета.



Профилактика заболевания

Чтобы предотвратить распространение болезни, больного необходимо изолировать дома или в инфекционной клинике на время болезни и особенно острого периода скарлатины. В квартире, где находился больной, необходимо проводить регулярную текущую дезинфекцию. Так как, скарлатина считается «болезнью организованных коллективов», просто необходимо ежедневно отслеживать в них динамику заболеваемости ангиной и прочими проявлениями стрептококковой респираторной инфекции. Это сможет помочь распознавать признаки ухудшения эпидемической ситуации и предсказывать появления скарлатины. Эффективным средством профилактики оказались препараты бактериального происхождения, в частности, комплексы антигенов-лизатов, наиболее частых возбудителей воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, полости рта и глотки (имудон, ИРС-19 и др.). Лечебное действие препаратов обусловлено повышением активности факторов специфической и неспецифической защиты зоны слизистой оболочки. Вакцины против скарлатины не существует. Устойчивость к антибиотикам вырабатывается медленно. После скарлатины остается стойкий антитоксический иммунитет. При достаточной напряженности иммунитета повторное заболевание скарлатиной не возникает.

Литература

1. К.С. Камышева «Основы микробиологии и иммунологии» 2014 г.

2. <http://archive.ru-doctor.com/50yy/3-kurs-dlja-beremennyh-i-materey/134-skarlatina.html>

3. http://daune.ucoz.ru/news/skarlatina_skarlatina_bakterija/2014-01

4. <http://ladyvenus.ru/articles/zdorove-i-dolgoletie/fizicheskoe-zdorove/lechenie-i-profilaktika-skarlatiny-antibiotiki-vit>