

Скарлатина

**Скарлатина - острое инфекционное
заболевание, вызванное
бета - гемолитическим стрептококком
группы А.**



Источником болезни являются больные скарлатиной, ангиной, а так же недавно перенёсшие эти заболевания. Инкубационный период скарлатины составляет от 2 до 4 дней, иногда инкубационный период растягивается до 10 дней.

Первые симптомы скарлатины

- 0 интоксикация (головная боль, тошнота, рвота, подъем температуры тела);
- 0 в ротоглотке отграниченная дужками гиперемия слизистой и миндалин («пылающий зев»), точечная энантема на мягком небе и реакция переднешейных лимфоузлов;
- 0 ангина катаральная, фолликулярная, лакунарная или некротическая, что коррелирует со степенью тяжести скарлатины;
- 0 регионарный лимфаденит.



При осмотре ротоглотки отмечается острый тонзиллит с яркой гиперемией слизистой («пылающий зев») и четкой границей между мягким и твердым нёбом. Нёбные миндалины гипертрофированы, на поверхности миндалин выступают гнойные фолликулы. В зависимости от выраженности местного процесса скарлатинозная ангина бывает катаральной, фолликулярной и некротической.



**Появляются
высыпания на
коже. Они
имеют
закономерный
характер,
присущий
только
скарлатине.
появляется
через
несколько часов
от начала
болезни в
области щек.**



Затем, как правило,
поражается вся
поверхность тела,
кроме носогубного
треугольника, он
остаётся не
поражённым. Сыпь
розового цвета на
фоне покрасневшей
(как при загаре)
кожи. В
естественных
складках кожи сыпь
более насыщенная.







На ощупь - кожа шершавая, а при нажатии - сыпь пропадает. Характерны кожный зуд, сухость кожи и слизистых оболочек. Не редко присоединяется вторичная инфекция.



Иногда помимо точечной сыпи, могут быть высыпания в виде мелких пузырьков, наполненных жидкостью или кровью.

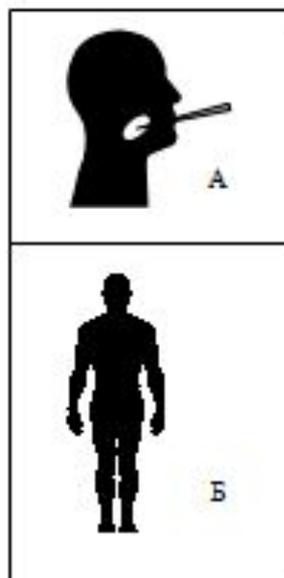


Диагностика

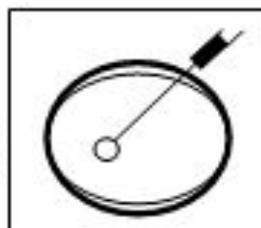
Лабораторная диагностика:

- 0** **клинический анализ крови** в остром периоде болезни необходимо проводить всем пациентам — лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ указывают на бактериальную этиологию инфекции;
- 0** **бактериологический метод** имеет значение для подтверждения диагноза при выделении β -гемолитического стрептококка в посевах слизи из ротоглотки;
- 0** **реакция коагглютинации** является наиболее перспективным методом экспресс-диагностики, позволяющим выявить антиген гемолитического стрептококка в материале из любого очага в течение 30 мин.

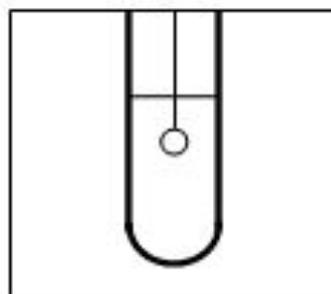
Реакция иммунодиагностики стрептококков:



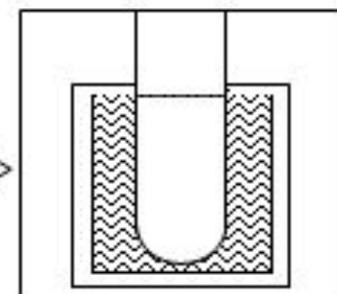
1 Возьмите у пациента мазок из зева (А) или иной материал (Б)



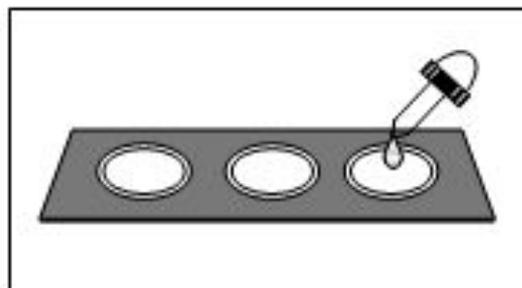
Легким движением наберите:
3 – 5 колоний культуры стрептококка
любой серогруппы (А, В, С, G, D,F)



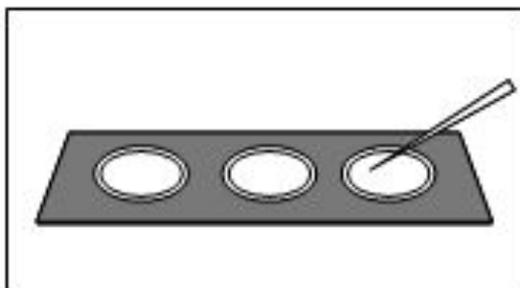
2 Исследуемый материал перенесите в экстракционную смесь



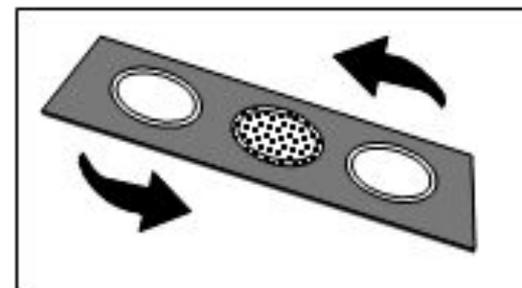
3 Инкубируйте 1 мин при 100,5°C или 15 мин при 37 °С



4 Нанесите компоненты **диагностикума** на стеклянную пластину



5 Добавьте полученный экстракт, отдельно смешайте каждую пробу



6 Покачивайте пластину максимально 2 минуты; учитывайте результат

- Диагностикумы предназначены для идентификации группоспецифического антигена стрептококков групп А, В, С, G, D, F в реакции коаггутинации на стекле (или только группы А). Диагностикумы позволяют выявлять стрептококки групп А, В, С, G, D, F как при бактериологическом обследовании, так и проводить анализ материала напрямую с тампона, взятого у больного (экспресс-метод). Диагностикумы можно использовать для проведения экспресс-анализа в приемных отделениях больниц, в поликлиниках и детских учреждениях, на дому, а так же в полевых условиях.
- Реакцию коаггутинации применяют для определения антигенов с помощью антител, адсорбированных на белке А клеток стафилококка (антительный диагностикум). Белок А имеет сродство к Fc-фрагменту иммуноглобулинов, поэтому такие бактерии, обработанные иммунной диагностической сывороткой неспецифически адсорбируют антитела сыворотки, которые затем взаимодействуют активными центрами с соответствующими микробами, выделенными от больных. В результате коаггутинации образуются хлопья, состоящие из стафилококков, антител диагностической сыворотки и определяемого микроба.
- Механизм: основан на том, что находящийся на поверхности золотистого стафилококка белок А селективно реагирует с Fc-фрагментом IgG1, G2, G4, оставляя свободными антидетерминанты Ат, которые, взаимодействуя с гомологичным Ag, вызывают агглютинацию стафилококков. Для постановки КОА применяют коммерческие стафилококковые реагенты, содержащиеся в ампулах или высушенные в лунках полистироловых пластин или предметных стекол. К реагенту добавляют 0,01-0,1 мл исследуемой культуры или растворимого Ag, инкубируют при комнатной температуре 10-30 мин (в условиях постановки реакции на стекле). Учет проводят так же, как при обычной РА.

Дифференцировать
скарлатину необходимо
прежде всего от кори,
краснухи и других
заболеваний,
сопровождающихся
возникновением сыпи.

0 Сыпь при
скарлатине:



Сыпь при ветрянке: ↑

ОСЛОЖНЕНИЯ

Ввиду того, что современной медициной разработан целый ряд медикаментозных препаратов, успешно подавляющих стрептококковые инфекции, скарлатина, в подавляющем большинстве клинических случаев, имеет благоприятный прогноз. В редких случаях болезнь, протекающая в токсико-септической форме, может вызвать осложнения:

- воспаление среднего уха
- синусит
- воспаление легких
- миокардит
- менингит
- почечная недостаточность
- сепсис
- бронхопневмония
- остеомиелит (инфекционное заболевание костной ткани и костного мозга)

0 Еще в конце прошлого столетия было высказано предположение, что возбудителем скарлатины является стрептококк, так как его постоянно находили в зеве больных скарлатиной, высевали из крови и органов лиц, умерших от скарлатины. В 1902 г. Г. Н. Габричевский получил от больных скарлатиной штамм гемолитического стрептококка и приготовил из него вакцину. В 1904 г. И. К. Савченко выделил из стрептококка от скарлатинозного больного токсин и использовал его для гипериммунизации лошадей и получения лечебной анитоксической сыворотки. Полученная сыворотка с успехом применялась для лечения тяжелых форм скарлатины. Несмотря на эти достаточно убедительные данные, многие оспаривали значение стрептококка в этиологии скарлатины главным образом ввиду отсутствия отличий «скарлатинозного» стрептококка от других. Помимо этого, наличие прочного иммунитета после перенесенной скарлатины — явление, нехарактерное для стрептококковых инфекций. Веские доказательства роли стрептококка при скарлатине были представлены американскими учеными супругами Дик (1923). Они получили экспериментальную скарлатину, смазав слизистую оболочку зева добровольцев культурой стрептококка, выделенной от больного скарлатиной. Они же ввели подкожно скарлатинозный токсин лицам, не болевшим скарлатиной, и наблюдали положительную реакцию в виде местного покраснения. У переболевших реакция была отрицательной, что объясняется наличием у них антител к стрептококковому токсину. Реакцию Дика широко применяют как метод выявления иммунитета и восприимчивости к скарлатине. Дальнейшими исследованиями была окончательно установлена роль стрептококка как возбудителя скарлатины.

0 Доказательствами стрептококковой этиологии скарлатины являются:

- 0 1) закономерное выделение от больных скарлатиной гемолитического стрептококка группы А;
 - 0 2) положительная реакция Дика у восприимчивых к скарлатине лиц;
 - 0 3) лечебный эффект применения анитоксической противострептококковой сыворотки;
 - 0 4) феномен погашения сыпи, наступающий при введении в место локализации сыпи анитоксической сыворотки.
- 0 Воспроизвести скарлатину у экспериментальных животных не удается.