

Скарлатина

Подготовила:

студентка 25 группы 4 курса
лечебного факультета

Ковалева Е.В.

Скарлатина —

острое бактериальное заболевание, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией, ангиной и обильной точечной сыпью.



Характеристика возбудителя

Возбудитель - β -гемолитический стрептококк группы А Streptococcus pyogenes семейства Streptococcaceae рода Streptococcus, грамположительный кокк, облигатный патогенный паразит человека.



Устойчивость

Стрептококк достаточно устойчив во внешней среде:

- * может длительно сохраняться вне организма на предметах, окружающих больного;
- * остается жизнеспособным при высыхании мокроты и гноя на игрушках, постельных принадлежностях;
- * при температуре ниже 20°C и выше 42°C размножение возбудителя прекращается; при температуре 56°C погибает в течение 30 мин;
- * чувствителен к дезинфектантам и антибиотикам пенициллинового ряда.

Резервуар инфекции - антропоноз.

Источник инфекции - больной скарлатиной, носитель стрептококка группы А, реконвалесцент.

Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют больные с локализацией микробного очага в области верхних дыхательных путей.

Периоды заразительности: больной считается заразным с первого по 22 день болезни

- (-) инкубационный
- (+++) продромальный
- (++) разгара (около 10 дней)
- (+/-) реконвалесценции (сохраняется от 12 дней до 1 месяца)
- (-) клиническое выздоровление

Механизм передачи - аэрогенный

Пути передачи:

- воздушно-капельный (при выделении возбудителя с капельками слизи, распространяется на небольшое расстояние);
- воздушно-пылевой (т.к. может длительно сохраняться в высушенном состоянии, их попадание на слизистую рта может привести к заболеванию)
- пищевой (встречается редко, реализуется при заражении носителями молочных продуктов)

Постинфекционный иммунитет -

как правило, типоспецифический, напряженный, антитоксический, антимикробный.



Характеристика эпидемического процесса:

Распространение: скарлатина имеет повсеместное распространение, однако подавляющая часть заболеваний регистрируется в странах, расположенных в северных широтах.

Уровень заболеваемости в РБ: 26,7 - 32,6 на 100 тыс. населения. Данный показатель снизился (по сравнению с 2008 г., в котором уровень заболеваемости составлял 26,7 - 52,1 на 100 тыс. населения)

Динамика: периодические подъемы и спады заболеваемости чередуются с интервалами 3-4 года.

Заболеваемость скарлатиной имеет выраженную **осенне-зимнюю сезонность**: рост заболеваемости начинается в сентябре, достигая максимума в октябре-ноябре, после чего следует медленный спад. Данный характер сезонности заболеваемости в значительной мере связан с мощным влиянием сезонных факторов, таких как:

- * переохлаждение верхних дыхательных путей
- * снижение общей резистентности восприимчивых лиц в холодное время года
- * реформирование и образование новых коллективов в осенний период (фактор перемешивания).

Основным контингентом, который вовлекается в эпидемический процесс, являются дети в возрасте до 7 лет (максимум заболеваемости приходится на возрастную группу 3-6 лет).

Дети, посещающие детские дошкольные учреждения, болеют скарлатиной в 2-4 раза чаще, чем неорганизованные. Распространению инфекции способствует скученность детей, запыленность воздуха, а также длительное пребывание источника в коллективе.

Болеют одинаково и мальчики, и девочки.



Противоэпидемические мероприятия

1. Выявление больных на основании обращения за медицинской помощью, эпидемиологических данных, результатов контроля состояния здоровья при утренних приемах в дошкольные учреждения, активного наблюдения за состоянием здоровья детей и взрослых, результатов бактериологического обследования
2. Проводится учет и регистрация больных, отправляется экстренное извещение в территориальный центр гигиены и эпидемиологии в течение 12 часов (город), 24 часов (сельская местность)

3. Изоляция

Больные скарлатиной подлежат изоляции на дому или госпитализации в инфекционный стационар. Эпидемиологическими показаниями для госпитализации являются:

- * больные из детских учреждений с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, санатории);
- * больные при невозможности обеспечения изоляции на дому и проведения противоэпидемических мероприятий в полном объеме.

Больной изолируется на 10 дней, с обязательным контролем лабораторных исследований крови и мочи на 10-й и 21-й день болезни.

Карантин в детском дошкольном учреждении и 1-2 классах устанавливается сроком на 7 дней с момента изоляции последнего больного скарлатиной. При выявлении скарлатины в школе карантинные мероприятия не проводятся

4. Выписка и допуск переболевших, посещающих или работающих в коллективах детей до 10 лет, в хирургических, родильных отделениях, в детских лечебно-профилактических организациях, в детских учреждениях закрытого типа, на предприятиях пищевой промышленности и в организациях общественного питания с молочными продуктами, на молочных кухнях проводится после клинического выздоровления, но **не ранее 10 дней** от начала заболевания и проведения однократного бактериологического обследования. Допускаются к работе только через 12 дней после выписки из стационара.

Лица, не относящиеся к выше названным группам, выписываются и допускаются в коллективы после клинического выздоровления.

5. Наблюдение за контактными:

Лица, общавшиеся с больным скарлатиной, подлежат медицинскому осмотру (общее состояние, кожные покровы, состояние зева, термометрия), у них собирается эпидемиологический анамнез и за ними устанавливается медицинское наблюдение в течение 7 дней.

Если среди общавшихся имеются дети, посещающие детские дошкольные учреждения и первые два класса школ и ранее не болевшие скарлатиной, то на период наблюдения они подвергаются разобщению от организованных коллективов.

6. Наблюдение за реконвалесцентами

Диспансерное наблюдение за переболевшими скарлатиной и ангиной проводится в течение 1 мес после выписки из стационара.

Дезинфекция

- * Текущая дезинфекция проводится на протяжении 7 дней с момента изоляции последнего больного.
- * Комнату больного подвергают влажной уборке с применением моющих и дезинфицирующих средств и проветриванию 2-3 раза в день.
- * Лица, ухаживающие за больным скарлатиной, должны быть одеты в халат или легко моющееся платье, на голове должна быть косынка. При выходе из комнаты больного спецодежду следует снимать, вешать отдельно и прикрывать простыней.
- * В квартирных очагах скарлатины целесообразно применять физические и механические способы дезинфекции, а также использовать моющее - дезинфицирующие препараты бытовой химии, дезинфицирующие средства, реализуемые в аптечной сети - соду, хозяйственное мыло, кипящую и горячую воду, чистую ветошь, стирку, глажение, проветривание, ультрафиолетовое облучение и др.

Специфическая профилактика

На данный момент вакцины от скарлатины не существует.

Экстренная профилактика для контактировавших с больными

* санация томицидом в течение 5 сут (полоскание или орошение зева) — 4 раза в день после еды

* при регистрации двух и более случаев заболевания в организованных коллективах по решению врача всем лицам, общавшимся с источником инфекции, вводится однократно внутримышечно бициллин-5 в дозе 750 тыс. ЕД дошкольникам, 1,5 млн ЕД школьникам и взрослым или бициллин-1 в дозе 600 тыс. ЕД дошкольникам, 1,2 млн ЕД школьникам и взрослым

Неспецифическая профилактика

- * систематическое закаливание
- * занятия физкультурой
- * водные процедуры
- * рациональная организация режима труда и отдыха
- * рациональное питание
- * витаминотерапия

**Благодарю за
внимание!**