

Význam streptokokových infekcí a jejich prevence

- streptokokové nákazy patří mezi nejčastější bakteriální nákazy
- velká skupina klinicky různorodých nemocí
- jsou to mikroorganismy obligátně patogenní, fakultativně patogenní a saprofytické
- streptokoky klasifikujeme dle stupně hemolýzy – α -hemolytické (úplná hemolýza na agaru) a na β -hemolytické (marginální hemolýza), dle sérologické diferenciaci pomocí povrchového antigenu C na skupiny A a B

Infekce streptokoky skupiny A

- jsou příčinou 90 % streptokokových nákaz
- toxiny – erytrogenní toxin, streptolysin O a S (hemolýza, toxické pro vlákna myokardu a hepatocyty), streptokináza (fibrinolýza), hyaluronidáza (invazivní faktor streptokoků) aj.
- proti některým se tvoří Ig využitelné v diagnostice – ASLO (antistreptolysin O) – za několik týdnů po infekci klesají
- vyvolávají rozmanitá onemocnění – postižení kůže, sliznic, u malých dětí protrahovaná seropurulentní rinitida, spála, impetigo, tonzilofaryngitidy

Komplikace angíny a spály

- kolikvace submandibulární uzliny, retrotonsilární, paratonsilární absces, otitida, mastoiditida, sinusitida
- vzácněji – bakterémie, metastatická ložiska – hnisavá artritida, endokarditida, meningitida, mozkový absces, osteomyelitida
- bez terapie – nebezpečí pozdních komplikací – revmatické horečky nebo glomerulonefritidy

Revmatická horečka

 Podrobnější informace naleznete na stránce [Revmatická horečka](#).

- nejčastěji po streptokokovi skupiny A, 1–4 týdny po nákaze (asi u 3 % nakažených)
- průběh původní infekce může být inaparentní
- akutní imunologicky podmíněný multisystémový zánět
- často postihne srdce – chronické změny chlopní
- hlavní manifestace – migrující polyartritida, karditis, podkožní uzlíky, erythema marginatum a Sydenhamova chorea – tanec sv. Víta, chorea minor (neurologická porucha – nevědomé necílené rychlé pohyby)
- vedlejší příznaky – nespecifické – horečka, bolest kloubů, zvýšené CRP ...
- diagnóza – Jonesova kritéria – infekce streptokokem v anamnéze, přítomnost aspoň dvou manifestních příznaků hlavních nebo vedlejších
- patogeneze – hypersenzitivní reakce, Ig proti M-proteinu streptokoků reagují zkříženě s glykoproteiny srdečního svalu, kloubů aj.
- recidivuje

Komplikace kožních infekcí streptokokem

- vzácně septické komplikace, případně též glomerulonefritida
- revmatická horečka málokdy
- akutní glomerulonefritida

Infekce streptokoky skupiny B

- jsou podmíněně patogenní, rozlišujeme typy Ia, Ib, Ic, II a III
- časté je asymptomatické nosičství – v nosohltanu, ve vagíně a v rektu
- ve vagíně je u 5–30 % žen, častěji při nitroděložní antikoncepci
- k přenosu na plod může dojít ascendentně při předčasném odtoku plodové vody
 - v porodních cestách je vyšší riziko při protrahovaných a instrumentálních porodech
 - ke kolonizaci dojde u 60 % novorozenců infikovaných matek, onemocní 1–2 % (informace z Infektologie od Havlíka z r.1990)
 - horizontální přenos – nozokomiální – od jiné rodičky, dítěte, personálu
- nedonošenci jsou vystaveny 15x vyššímu riziku

klinický obraz

- rozlišujeme dvě formy – časnou a pozdní
- časná forma – projev se do 5. dne života (nejčastěji mezi 20 a 48 hodinami)
 - začátek je náhlý
 - dítě zvrací, je cyanotické, často hypotonické, má tachykardii a poruchy dýchání
 - respirační insuficience s pneumónií dominuje klinickému obrazu
 - septický stav

- pozdní forma – začíná mezi 7. dnem a 4. měsícem, manifestuje se jako hnisavá meningitida
 - příznaky – tachykardie, tachypnoe, můžou být křeče, apnoické pauzy
 - pulzující fontanela je až hodně pozdní příznak, na něj nemůžeme čekat
 - při příznacích sepsi – lumbální punkce
- laboratoř na sepsi – novorozenci mají leukocytózu fyziologicky (i posun doleva), ale při sepsi můžou jít i do leukopénie (většinou nepříznivé)
 - můžeme hodnotit IT (immature total) – poměr nezralých neutrofilů ku všem – pokud je hodnota nad 0,2 zvažujeme sepsi
 - CRP stoupá až pozdě, nemůžeme čekat až začne stoupat
 - trombocytóza – znamená že se uzdravují ze sepsi
 - hemokultura, výtěry odevšad, kultivace moče

Prevence infekcí streptokoky skupiny B

- v období mezi 35. a 37. týdnem by mělo být provedeno kultivační vyšetření z dolní třetiny pochvy
- vzorky se pak umístí do transportního média a odešlou do laboratoře, výsledek by měl být k dispozici za 48 hodin
- není účelné ženu s pozitivním výsledkem ihned zaléčit podáním antibiotik, neboť pochva může být brzy po ukončení terapie znovu osídlena (až u 70 % žen)
- nejvíc sníží možnost závažného onemocnění novorozence, jsou-li antibiotika podána v době porodu
- ATB první volby je penicilín nebo ampicilín, je-li podán alespoň 4 hodiny před porodem, je osídlení novorozence streptokokem zpravidla nízké a riziko infekce malé
 - měly by se stihnout 4 dávky (takže dle četosti podávání musíme začít dostatečně s předstihem)
- při alergii matky na penicilín nebo ampicilín se podává klindamycin, příp. cefalosporiny
- důležité je informaci o výsledku kultivačního vyšetření nebo jeho absenci ohlásit i dětskému lékaři, který se o novorozence stará, ten podle toho rozhodne o postupu monitorování novorozence po porodu
- novorozenci těchto matek vyžadují zvýšené sledování, a to i v případě, že je matka řádně při porodu залéčena, doporučuje se monitorovat dechové funkce novorozence po dobu 48 hodin po porodu, není bezpečné propuštění novorozence domů dříve než za 72 hodin po porodu

Odkazy

Zdroj

- BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. ©2008. [cit. 13.8.2013]. <<http://www.jirben.wz.cz>>.