

**Ветряная оспа.**

# Общие положения.

- **Ветряная оспа** – острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом из семейства герпес-вирусов, характеризующееся умеренной лихорадкой и появлением на коже, слизистых оболочках мелких пузырьков с прозрачным содержимым.
- **Возбудитель** – вирус ветряной оспы (зостер).
- **Источник инфекции** – больной человек, который становится заразным с последних 2 дней инкубационного периода, весь период высыпаний и в течение 5 дней после последнего высыпания.
- **Путь передачи** – воздушно-капельный.
- **Сезонность** – осень, зима.
- **Иммунитет** – стойкий.
- **Вирус поражает** кожу, слизистые, нервную систему, редко – внутренние органы (печень,

# Клиническая картина.

- **Инкубационный период** – 11-21 день ( в среднем 14 дней).
- Острое начало с повышения температуры тела до 37,5-38,5С.
- Появление сыпи: мелкое пятно – папула – через несколько часов везикула 0,2-0,5 см в диаметре – через 1 сутки корочка. Сыпь на коже и слизистых.
- Высыпания появляются не одновременно, с промежутками в 1-2 дня; каждое новое высыпание сопровождаются новым подъемом температуры тела.

# Клинические формы.

- **Типичная форма** – легкая, среднетяжелая, тяжелая.
- **Рудиментарная форма** – пузырьки едва заметны, температура в норме.
- **Генерализованная (висцеральная) форма.**
- **Геморрагическая форма.**
- **Гангренозная форма** – воспалительная реакция вокруг пузырьков.



Ветряная оспа

# Диагноз.

- Клиническая картина.
- ИФА.

# Лечение.

- Гигиенический режим.
- Обработка элементов сыпи **анилиновым красителями**.
- **Антибактериальная терапия** при присоединении бактериальной инфекции.
- **Кортикостероидные гормоны** при поражении ЦНС.
- **Противовирусные препараты, иммуноглобулин** при тяжелом течении заболевания.

# Профилактика.

- Изоляция больного на период болезни до 5-го дня после последнего подсыпания.
- Дети разобщаются с 11-го по 21-ый день.

**Корь.**

# Общие положения.

- **Корь** – острое инфекционное заболевание, характеризующееся повышением температуры тела, наличием интоксикации, катара верхних дыхательных путей и слизистых оболочек глаз, а также высыпанием пятнисто-папулезной сыпи.
- **Возбудитель** – вирус.
- **Источник инфекции** – больной человек в катаральный период и в первый день появления сыпи, после 4-го дня больной считается незаразным.
- **Путь передачи** – воздушно-капельный.
- **Иммунитет** – стойкий.
- Вирус **поражает** слизистую оболочку верхних дыхательных путей, конъюнктиву глаз, имеет тропизм к ЦНС, органам дыхания, ЖКТ.
- **Инкубационный период** 8-17 дней, может удлиниться до 21 дня при введении иммуноглобулина.

# Клиника (1).

- **Катаральный период (3-4 дня):**
  - острое начало с повышения температуры тела до 38,5-39,0С;
  - прогрессирующий катар верхних дыхательных путей – выделения из носа слизистые и слизисто-гнойные, сиплый голос, сухой кашель, может быть стеноз гортани;
  - поражение глаз – светобоязнь, гиперемия конъюнктив, отечность век, склерит, гнойное отделяемое;
  - наличие симптомов интоксикации;
  - может быть поражение ЖКТ (жидкий стул, боли в животе);
  - наличие пятен Филатова-Коплика на слизистой щек, губ или десен.

# Клиника (2).

- **Период высыпания** – появление пятнисто-папулезной сыпи, этапность высыпаний:
  - 1-ые сутки – лицо, шея, верхняя часть груди и спины; отмечается подъем температуры тела, которая держится весь период высыпаний;
  - 2-ые сутки – сыпь полностью покрывает туловище и верхнюю часть рук;
  - 3-и сутки – сыпь полностью распространяется на руки и ноги;
  - типичный вид больного: лицо одутловатое, веки утолщены, нос и верхняя губа отечны, глаза красные, гноящиеся, обильные выделения из носа.

# Клиника (3).

- **Период пигментации:**
  - пигментация идет в той же последовательности, что и высыпания;
  - сохраняется 1-2 нед., может быть шелушение;
  - состояние анергии.



**Рис. 4. Корь. Пятна Бельского–Филатова–Коплика.**



# Диагноз.

- Клиника заболевания.

# Лечение.

- **Госпитализация:** при осложненном и тяжелом течении заболевания, дети до 1 года, дети из закрытых учреждений;
- Санитарно-гигиенический **режим**;
- **Антибиотики** при осложненном течении заболевания;
- **Антигистаминные препараты.**

# Профилактика.

- **Вакцинация;**
- **Введение иммуноглобулина;**
- **Изоляция** больного на период болезни до 5-го дня от начала высыпания, а при наличии пневмонии – на 10 дней от начала болезни;
- **Дети разобщаются** на 17 дней, а при введении иммуноглобулина – на 21 день.

**Краснуха.**

# Общие положения.

- **Краснуха** – острое инфекционное заболевание, характеризующееся кореподобным высыпанием, незначительными катаральными проявлениями со стороны верхних дыхательных путей и увеличением периферических лимфатических узлов, особенно затылочных.
- **Возбудитель** – вирус.
- **Источник инфекции** – больной человек в инкубационном периоде (за 7-10 дней до высыпаний), в период выраженных клинических проявлений и в период реконвалесценции (2-3 недели после начала высыпаний).
- Дети с **врожденной краснухой** могут выделять вирус 1,5-2 года после рождения.
- **Инкубационный период** – 15-24 дня (в среднем 16-18 дней).

# Клиника.

- **Общее состояние** нарушено незначительно;
- **Температура тела** субфебрильная;
- **Сыпь** вначале появляется на лице, в течение нескольких часов распространяется по всему телу, пятнисто-папулезная, на неизменном фоне, больше на разгибательных поверхностях конечностей, спине, ягодицах;
- **Сыпь** сохраняется 2-3 дня, исчезает без шелушения и пигментации;
- **Катаральные явления** (насморк, кашель, конъюнктивит) появляются одновременно с сыпью;
- **Увеличение периферических лимфатических узлов**, особенно





# Врожденная краснуха.

- Катаракта;
- Врожденный порок сердца;
- Глухота;
- Поражение ЦНС – умственная отсталость, микроцефалия;
- Микрофтальмия;
- Низкая масса тела при рождении;
- Тромбоцитопения, геморрагическая сыпь;
- Гепатит;
- Анемия;
- Пневмония;
- Другие пороки развития.

# Диагностика.

- Клиническая картина;
- ОАК – лейкопения, лимфоцитоз, появление плазматических клеток.

# Лечение.

- Постельный режим в период высыпаний;
- Лекарственные средства не назначаются.

# Профилактика.

- Изоляция больных в домашних условиях на 5 дней;
- Контактные не разобщаются;
- Решение вопроса о прерывании беременности при контакте с больным краснухой в первые месяцы беременности для не болевших женщин.

**Скарлатина.**

# Общие положения.

- **Скарлатина** – острое инфекционное заболевание, характеризующееся симптомами общей интоксикации, ангиной и высыпанием на коже.
- **Возбудитель** –  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А.
- **Источник инфекции** – больной человек. Длительность заразного периода – 7-10 дней с момента заболевания.
- **Путь передачи** – воздушно-капельный, возможен контактно-бытовой.
- **Иммунитет** – стойкий, но могут быть повторные случаи скарлатины.
- **Место проникновения инфекции** – миндалины, стрептококк оказывает токсическое, аллергическое и септическое действие на организм.
- **Инкубационный период** - 1-12 дней, чаще 2-7 дней.

# Клиника (1).

- **Острое начало** с повышения температуры тела до фебрильных цифр, рвоты, боли в горле;
- Через несколько часов (иногда на 2-ой день) появляется **сыпь**, которая быстро распространяется на лицо, шею, туловище и конечности;
- **Характер сыпи** – точечная на гиперемизированном фоне: на лице она густо располагается на щеках, носогубный треугольник остается бледным; сгущение сыпи на боковых поверхностях туловища, внизу живота, сгибательных поверхностях конечностей, особенно в складках, в подмышечных, паховых, локтевых, подколенных областях;
- **Белый дермографизм**

# Клиника (2).

- **Сыпь сохраняется 3-7 дней**, исчезает не оставляя пигментации, но остается шелушение (мочки ушей, шея, мошонка, пальцы рук и ног);
- **Ангина** – гиперемия миндалин, язычка, дужек, четко ограничена, не распространяется на твердое небо, может быть катаральной, фолликулярной и некротической;
- **Увеличение регионарных лимфатических узлов;**
- **Язык** вначале обложен серо-желтым налетом, со 2-3 дня начинает очищаться с краев и кончика, становится ярко-красным с выраженными сосочками – «малиновый язык», этот симптом сохраняется 1-2 недели;
- Выражены **симптомы общей интоксикации;**
- **Сердечно-сосудистая система** – вначале тахикардия и повышение АД, через 4-5 дней брадикардия, аритмия, снижение АД, короткий систолический шум на верхушке.







# Осложнения.

- Возникают на 2-3 неделе от начала заболевания, могут быть аллергические и гнойные.
- **Гнойные осложнения** (возникают в ранние сроки): лимфаденит, отит, синусит, мастоидит, гнойный артрит;
- **Аллергические осложнения** (возникают в более поздние сроки): простой лимфаденит, синовиит, нефрит.

# Диагностика.

- **Клиническая картина;**
- **ОАК** – нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево, ускоренная СОЭ;
- **Бактериологический посев из зева;**
- **Повышение уровня АСЛО** в сыворотке крови.

# Лечение.

- **Госпитализация:** тяжелые формы, по эпидпоказаниям;
- **Постельный режим** – 5-7 дней;
- **Антибиотикотерапия** – пенициллины, цефалоспорины (курс 7 дней);
- **Дезинтоксикационная терапия.**

# Профилактика.

- Раннее выявление и изоляция источника инфекции на 10 дней;
- Допуск в детские дошкольные учреждения и в 1-2 классы школ после дополнительной изоляции на дому еще 12 дней;
- Дети, не болевшие скарлатиной дошкольники и школьники 1-2 классов не допускаются в детские учреждения в течение 7 дней от момента изоляции больного и в течение 17 дней, если больной не изолирован.

# **Менингококковая инфекция.**

# Общие положения.

- **Менингококковая инфекция** – острое инфекционное заболевание, характеризующееся разнообразными по характеру и тяжести клиническими проявлениями: от назофарингита до генерализованных форм с поражением различных органов и систем.
- **Возбудитель** – менингококк;
- **Источник инфекции** – больной различными формами и здоровый носитель;
- **Путь передачи** – воздушно-капельный;
- **Входные ворота** – носоглотка, с кровью может проникать в ЦНС;
- **Длительность иммунитета** не установлена;
- **Инкубационный период** – от 2-4 до 10 дней.

# Клинические формы.

- **Локализованная** – острый назофарингит.
- **Генерализованная:**
  - менингококкемия;
  - менингит;
  - смешанная (сочетание этих 2 форм).
- **Редкие формы:**
  - менингококковый эндокардит;
  - менингококковая пневмония;
  - менингококковый иридоциклит.

# Острый назофарингит.

- Острое начало с повышения температуры тела до 37,5-38С;
- Першение в горле, боль при глотании;
- Головная боль, головокружение;
- Заложенность носа;
- Симптомы интоксикации – вялость, адинамия, бледность;
- Гиперемия, отечность, зернистость задней стенки глотки, небольшое количество слизи;
- Полное клиническое выздоровление через 5-7 дней.

# Менингококкемия.

- **Острое начало** с повышения температуры тела до фебрильных цифр;
- Озноб, повторная рвота, сильная головная боль, потеря сознания, судороги;
- В конце 1-го – начале 2-го дня появляются высыпания на коже – **геморрагическая сыпь** на всей коже, но более обильная на ногах и ягодицах, размеры элементов сыпи разные;
- Поражение суставов;
- Увеит, иридоциклит;
- Поражение других органов и систем;
- **Молниеносная форма** = инфекционно-токсический шок, связана с наличием кровоизлияний в надпочечники.





# **Менингококковый менингит.**

- **Острое начало** с повышения температуры тела до 39-40С с сильным ознобом;
- **Сильная головная боль**, нарушения сна;
- Головная боль усиливается при движении, повороте головы, сильных звуковых и световых раздражителях;
- Возбуждение или заторможенность;
- **Гиперестезия;**
- **Рвота** не связанная с приемом пищи;
- **Судороги;**
- **Менингеальные симптомы;**
- Пульс учащен, тоны сердца приглушены, АД со склонностью к снижению;
- **Отек мозга.**

# Диагностика.

- **Клиника;**
- **ОАК** – значительный нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево, ускоренная СОЭ;
- **Люмбальная пункция;**
- **Бактериологическое исследование ликвора и мазков крови.**

# Лечение.

- Немедленная госпитализация;
- **Антибактериальная терапия:**  
пенициллин в больших дозах каждые 4 часа;
- **Дезинтоксикационная терапия;**
- **Глюкокортикоиды** при признаках надпочечниковой недостаточности;
- **Гепарин** для профилактики ДВС;
- **Борьба с отеком мозга;**
- **Противосудорожная терапия;**
- **Местные антисептики** при наличии назофарингита.

# Профилактика.

- **Ранняя изоляция** больного или бактерионосителя;
- Допуск **реконвалесцентов** в детские коллективы после 1 отрицательного посева, проведенного через 5 дней после отмены антибиотика;
- **Карантин** на 10 дней после изоляции больного, контактными проводят бактериологические посева дважды с интервалом 3-7 дней.