

Инфекционные болезни у детей

План характеристики инфекционного заболевания

1. Определение, характеристика заболевания.
2. Возбудитель, его устойчивость.
3. Основной механизм передачи инфекции.
4. Клинические признаки.
5. Основной метод диагностики.
6. Профилактика заболевания.
7. Специфическая профилактика (прививки и вакцины)

Туберкулез

это инфекционное
заболевание,
характеризующееся
длительным
течением.





Возбудитель – туберкулезная микобактерия, занимающая промежуточное положение между бактериями и грибами. **Бацилла Коха** достаточно устойчива во внешней среде. Разрушается под действием высоких температур, солнечного света, концентрированных хлорсодержащих дезинфицирующих средств.



Основной механизм передачи – **воздушно-капельный путь**, но возможен контактный, пищевой, парентеральный, трансплацентарный путь передачи.

Попадая в ткани организма, микобактерия образует мелкие бугорки (гранулемы), склонные к «творожистому» распаду.



Формы туберкулеза:

1. Тубинфицирование. Человек является носителем возбудителя, но клинических проявлений заболевания нет.

2. Туберкулезная интоксикация. Симптомы интоксикации, раздражение нервной системы, небольшое увеличение периферических лимфоузлов, нередко потеря массы тела.

3. Локальные формы:

- туберкулез органов дыхания
- туберкулез костей и суставов
- туберкулез других органов и систем (мозговых оболочек и ЦНС, мочевых и половых органов, кожи, кишечника, глаз и др.).

Клинические признаки туберкулеза:



- Симптомы интоксикации всегда сопровождаются симптомами раздражения нервной системы.
- Колебания суточной температуры в пределах 1 градуса.
- Высокая температура хорошо переносится больным.
- Потливость.
- Устойчивый кашель.

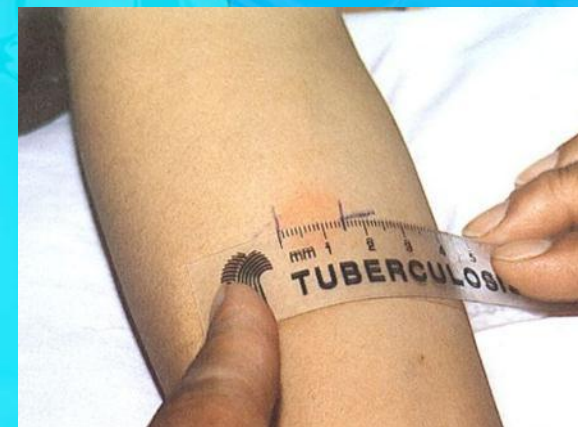
**Основной метод диагностики –
туберкулинодиагностика –
постановка пробы Манту.**

-отрицательный результат – на
месте введения уколочный
след

-сомнительная проба –
гиперемия любых размеров
или папула до 5 мм в
диаметре

-положительная проба – папула
более 5 мм

-гиперергическая реакция –
папула 17мм и более.



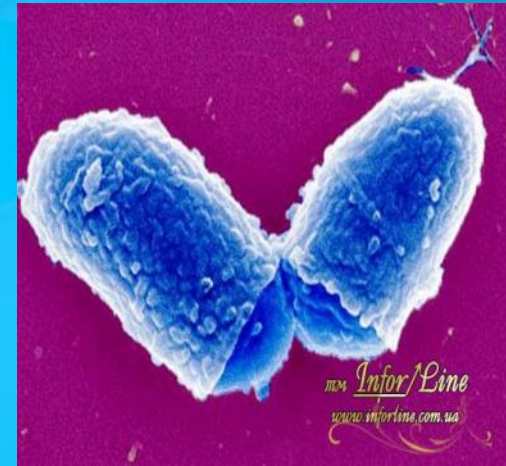
Профилактика.

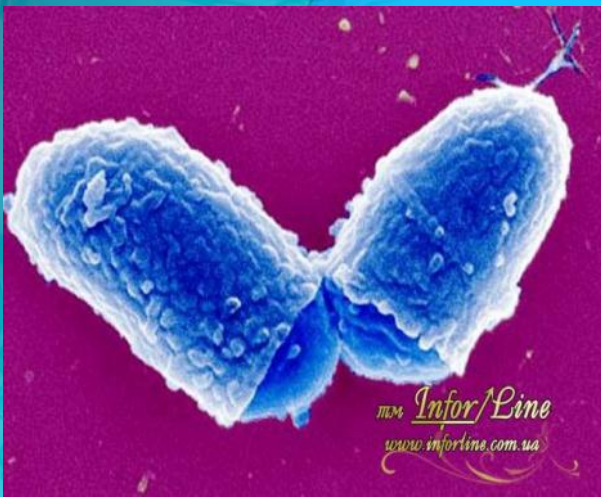
- Организация мероприятий с больными и контактными в случае выявления больного,
- Ежегодная постановка пробы Манту детям (начиная с 12 мес.).
- Санитарное просвещение, обучение детей «дисциплине кашля», внедрение в быт правил личной гигиены, предотвращение скученности людей.
- Улучшение жилищно-бытовых условий.
- Повышение неспецифического иммунитета детей путем организации рационального питания, закаливания, здорового образа жизни.
- Специфическая профилактика – активная иммунизация вакциной БЦЖ.



Дифтерия

это острое
инфекционное
заболевание,
вызываемое
ТОКСИКОГЕННЫМИ
штаммами
коринебактерий
дифтерии, которые
называются бациллы
Леффлера (VL).





**Возбудитель обладает
значительной
устойчивостью во внешней
среде и незначительной
летучестью.**

**Патогенные свойства бациллы
связаны с выделением
экзотоксина.**

**Основной механизм передачи
– воздушно-капельный, но
возможен также
контактный, пищевой путь.**

**Инкубационный период - 2-10
дней.**





Клинические признаки дифтерии:

1. фиброзная пленка:
 - беловато-серого цвета
 - плотно связана с подлежащей тканью
2. интоксикация (экзотоксин)
3. незначительные местная гиперемия и боль



**4. постепенное,
последовательное развитие
симптомов дифтерийного
крупа в течение 2-3 дней (при
локализации процесса в
дыхательных путях).**



**Наиболее часто у детей
поражаются зев и
дыхательные пути, реже – нос,
кожа, глаза, половые органы.
Основной метод специфической
диагностики – мазок на VL
(берут из зева и носа).**



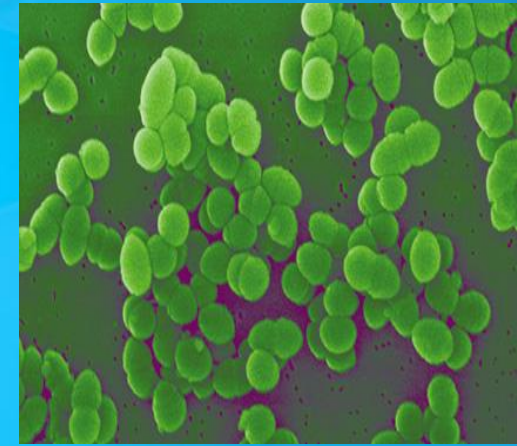
Профилактика.

- Мероприятия с больными и контактными в случае выявления заболевания,
- Установление бактерионосительства,
- Обучение детей «дисциплине кашля»,
- Проведение санации ЛОР-органов,
- Предупреждение скученности людей,
- Внедрение в быт правил личной гигиены, регулярное проветривание помещений,
- Повышение неспецифического иммунитета у детей.
- Специфическая профилактика – проведение вакцинации по схеме прививочного календаря.



Скарлатина

это острое
инфекционное
заболевание,
вызываемое бета-
гемолитическим
стрептококком
группы А. Он
вырабатывает
ЭКЗОТОКСИН.



Дети в возрасте 2-7 лет наиболее восприимчивы к скарлатине. После 15 лет скарлатина встречается редко. Возбудитель довольно устойчив во внешней среде, обладает незначительной летучестью. Вызывает аллергическую настроенность организма, что способствует возникновению осложнений (ревматизм, гломерулонефрит).





**Инкубационный период –
2-7 дней. Скарлатина
всегда начинается
внезапно. Можно указать
не только день, но и час
начала заболевания.**

**Основной механизм
передачи – воздушно-
капельный, но возможны
контактный и пищевой пути
передачи.**

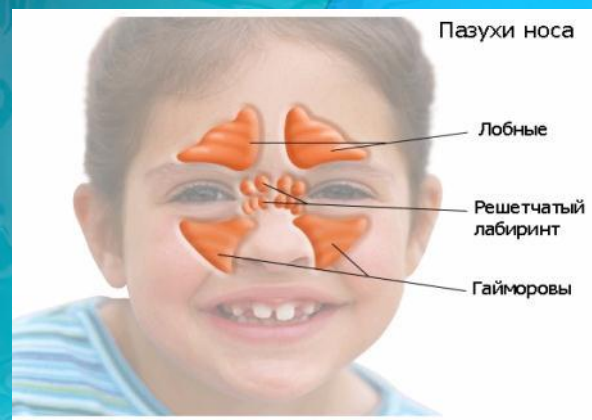
Клинические признаки скарлатины:

1. Внезапное начало в связи с выраженной интоксикацией (повышение температуры до 38-40 градусов, рвота, головная боль, общая слабость).
2. Ангина, «пылающий зев»
3. Мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне
 - максимально локализуется по боковым поверхностям тела, внизу живота, в местах естественных складок.
 - отсутствует в области носогубного треугольника (бледный носогубный треугольник = треугольник Филатова).

4. Белый налет, который на 2-3 день сменяет «малиновый язык»»

5. Пластинчатое шелушение кожи с 5-7 дня заболевания (максимально на ладонях и подошвах)





Осложнения при скарлатине встречаются часто: средний отит, лимфаденит, синусит, ревматизм, нефрит, пневмония. После перенесенной скарлатины развивается стойкий антитоксический иммунитет, который защищает ребенка от повторного заражения скарлатиной, но при этом может возникнуть другая клиническая форма стрептококковой инфекции (ангина, рожа).

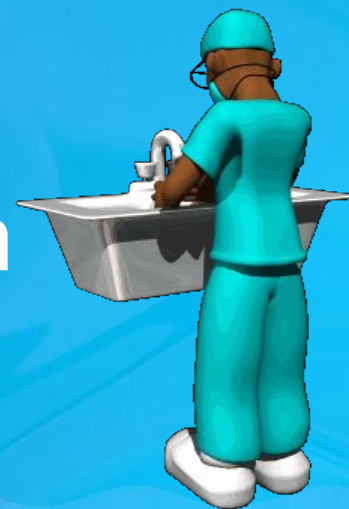


Профилактика.

- Мероприятия с больными и контактными в случае выявления заболевания,
- обучение детей «дисциплине кашля»,
- санация ЛОР-органов,
- предупреждение скученности людей,
- внедрение в быт правил личной гигиены, регулярное проветривание помещений,
- повышение неспецифического иммунитета ребенка.
- Специфической профилактики нет.

Эпидемический паротит

это инфекционное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением железистых органов (слюнных, поджелудочной желез, яичек и т.д.), а также ЦНС.



Возбудителем является вирус, малоустойчивый во внешней среде, обладающий незначительной устойчивостью.

Основной механизм передачи инфекции воздушно-капельный и контактный (через третьих лиц и предметы обихода, игрушки)

Инкубационный период – 11-23 дня.



Клинические признаки эпидпаротита:

1. Припухлость области околоушной слюнной железы:

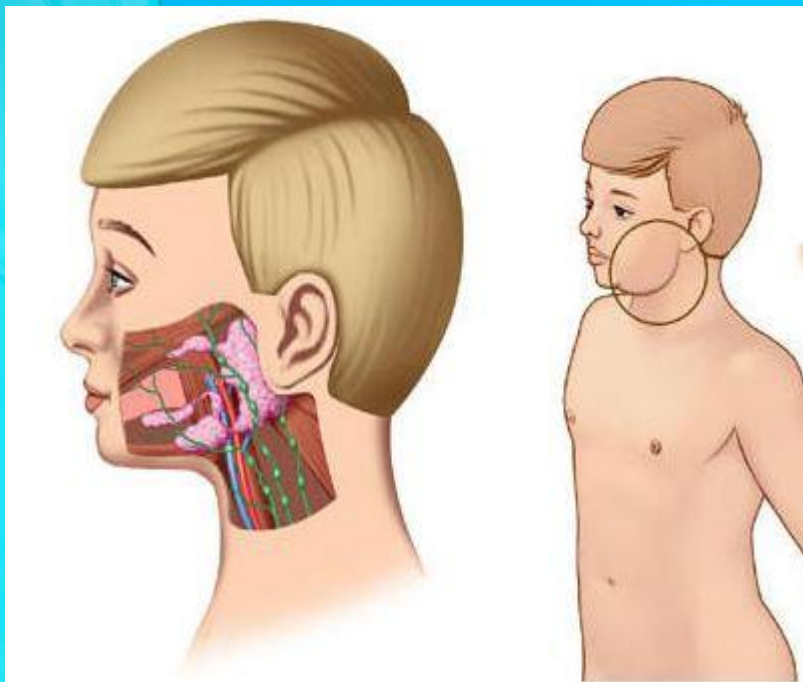
- тестоватой консистенции,
болезненная**
- распространяется кпереди, вниз и
кзади от мочки уха**
- кожа над припухлостью
напряжена, без изменения цвета**
- припухлость появляется с одной
стороны, через 1-2 дня в процесс
вовлекается железа с
противоположной стороны.**

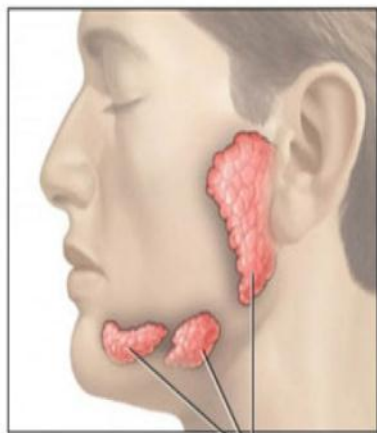


© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

2. Боль при жевании и глотании

3. Отечность, гиперемия стеноза протока (выводного протока околоушной слюнной железы на слизистой щеки).



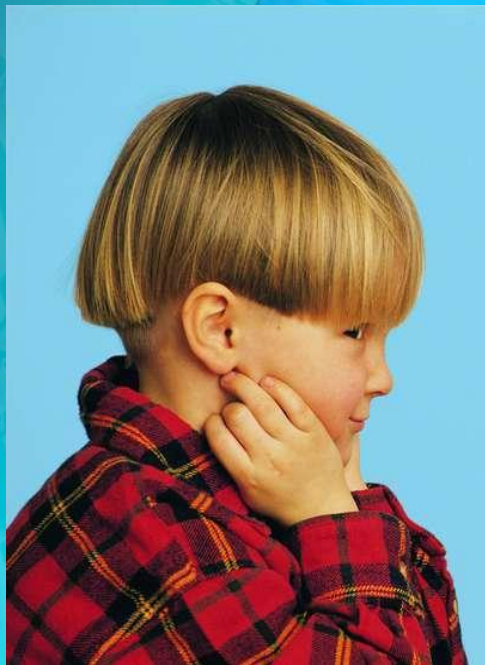


Salivary glands

Течение эпидпаротита носит «ползучий характер», что связано с последовательным вовлечением в процесс новых железистых органов или ЦНС. В этих случаях температурная кривая имеет волнообразный характер.



Осложнения встречаются редко, но возможны развития сахарного диабета, стоматита, бесплодия, тугоухости.



**Специфическая
диагностика –
выделение вируса из
слюны, крови,
ликвора.**

**После перенесенного
эпидпаротита
вырабатывается
стойкий иммунитет.**

Профилактика.

- Мероприятия с больными и контактными в случае выявления заболевания,
- обучение детей «дисциплине кашля»,
- санация ЛОР-органов,
- предупреждение скученности людей,
- внедрение в быт правил личной гигиены, регулярное проветривание помещений,
- повышение неспецифического иммунитета ребенка.
- Специфическая профилактика - вакцина против паротитной инфекции

Менингококковая инфекция

Острое инфекционное заболевание, вызываемое менингококком и характеризующееся разнообразием клинических форм (менингококковый назофарингит, менингококкцемия, менингококковый менингит).

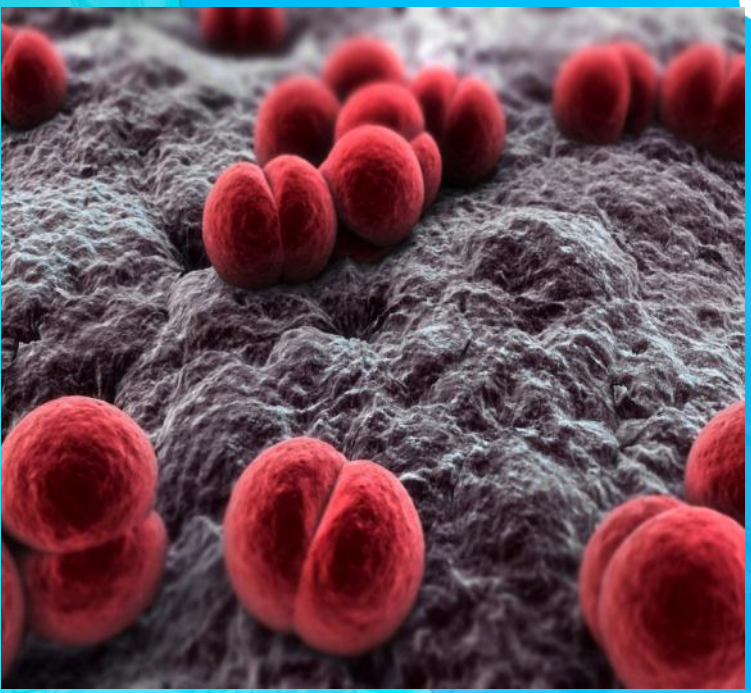


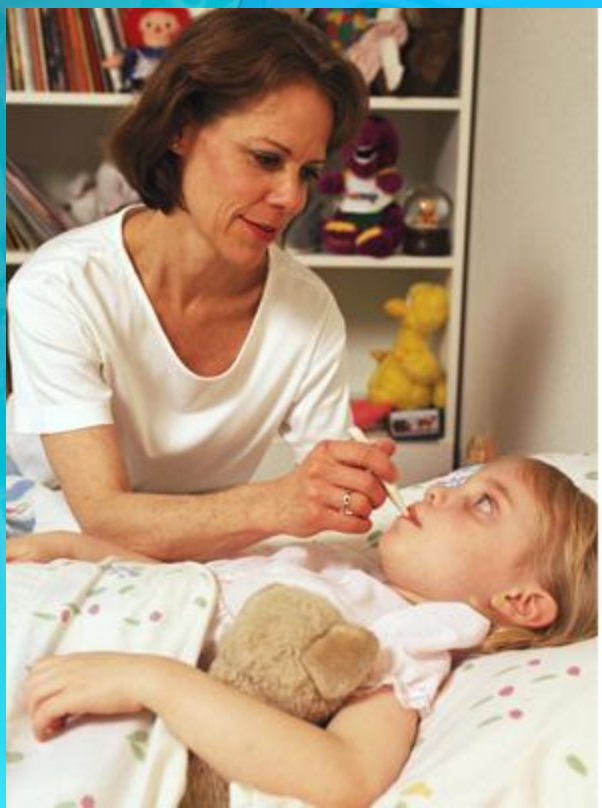


Рис. 3.36. Чистая культура *N. meningitidis*. Окраска по Граму

Возбудитель – менингококк.

Его особенностью является малая устойчивость во внешней среде (вне организма сохраняется в течение 30 мин.) и способность продуцировать сильный ЭНДОТОКСИН.





**Механизм передачи –
воздушно-капельный** (в
связи с малой
устойчивостью
заражение происходит
при близком и
длительном общении).

**Возможно
внутриутробное
заражение.**

**Инкубационный период
– 2-10 дней.**



Клиническая картина заболевания зависит от формы менингококковой инфекции.

Типичные клинические признаки:

1. Менингококковый назофарингит:

**-катаральные явления:
першение в горле,
кашель, насморк,
гиперемия зева.**



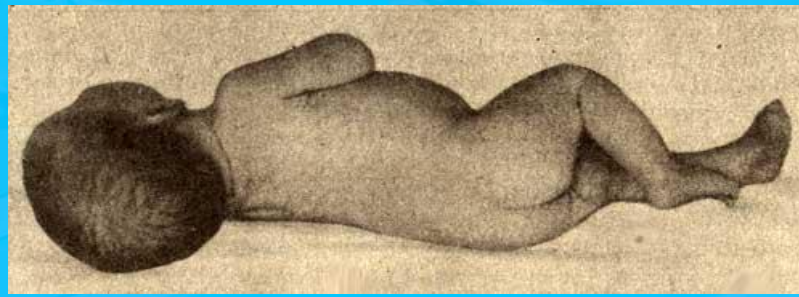
2. Менингококкцемия:

-острое начало с появлением выраженных и нарастающих симптомов интоксикации (70% родителей точно указывают час начала заболевания)

-геморрагическая, звездчатая сыпь с некрозом в центре, максимально локализуется на ягодицах, дистальных отделах рук и ног.

-развитие симптомов острой надпочечниковой недостаточности (при кровоизлиянии в надпочечники).

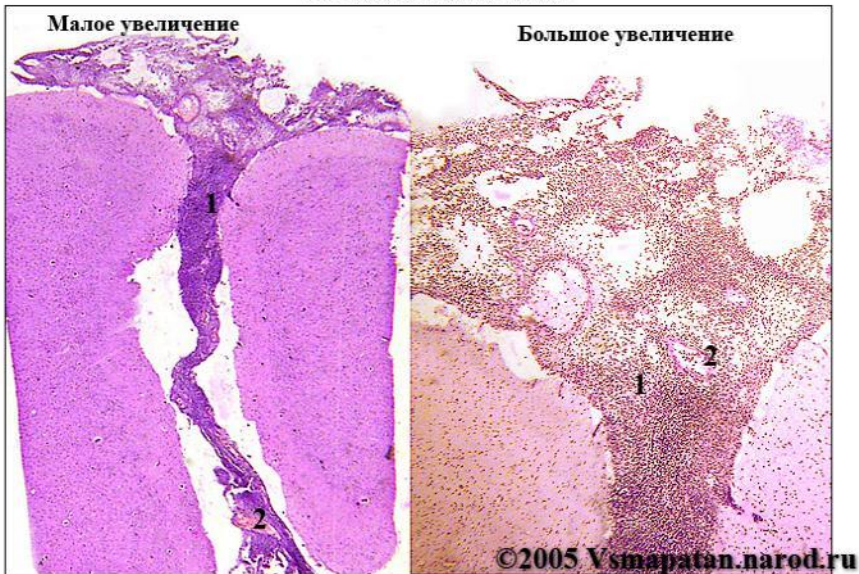




3. Менингококковый гнойный менингит:

- повышение температуры до 39-40 градусов**
- сильная головная боль**
- гиперстезии**
- многократная рвота, не приносящая облегчения**
- судороги (наиболее часто у детей раннего возраста)**
- ригидность затылочных мышц**
- положительные менингеальные симптомы Кернига, Брудзинского**
- типичная поза – лежат на боку, запрокинув голову и поджав ноги к животу.**

Гнойный менингит



: 1-сосудистая оболочка мозга резко утолщена, пропитана лейкоцитами,
2-сосуды оболочки мозга резко полнокровны.

Специфическая диагностика – бактериологическое исследование ликвора и слизи из носоглотки.

После перенесенного заболевания остается прочный иммунитет.

Повторные случаи менингококковой инфекции встречаются редко.



Профилактика.

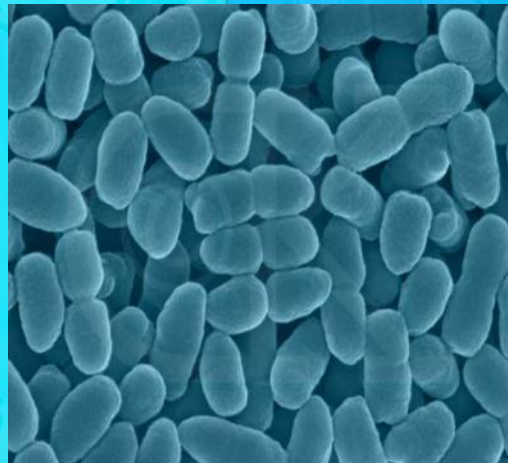
- выявление бактерионосителей, больных менингококковой инфекцией,
- проведение полного объема мероприятий с больными и контактными,
- частое проветривание помещений,
- предупреждение скученности людей,
- ежедневная влажная уборка
- повышение неспецифического иммунитета ребенка, «дисциплина кашля», санация ЛОР-органов.
- Специфическая профилактика - введение менингококковой вакцины по эпидпоказаниям.

Коклюш

Острое инфекционное
заболевание,
характеризующееся
длительным течением,
ведущим клиническим
симптомом которого
является кашель.



Заболевание вызывается палочкой Борде-Жангу. Она неустойчива во внешней среде, не летуча. Образует экзотоксин, который раздражает рецепторы дыхательных путей, что обуславливает приступообразный кашель и приводит к возникновению доминантного очага возбуждения в дыхательном центре ЦНС. При этом любые раздражители, не имеющие прямого отношения к кашлевому рефлексу (шум, болевые ощущения, осмотр зева), могут привести к возникновению кашля.





**Механизм передачи –
воздушно-капельный.
Особенностью коклюша
является высокая
восприимчивость к нему
детей, начиная с первых
дней.**



В течение болезни выделяют инкубационный период, период спазматического кашля и период разрешения болезни. Инкубационный период – 3-15 дней. Особенностью коклюша является постепенное нарастание клинических симптомов, достигающих наибольшей выраженности спустя 2-3 недели после появления первых признаков заболевания.



Клинические признаки коклюша:

- упорный прогрессирующий кашель, постепенно переходящий в приступы спазматического кашля с репризами, которые усиливаются ночью и заканчиваются выделением небольшого количества вязкой прозрачной мокроты, иногда рвотой (чем легче протекает коклюш, тем реже бывает рвота)

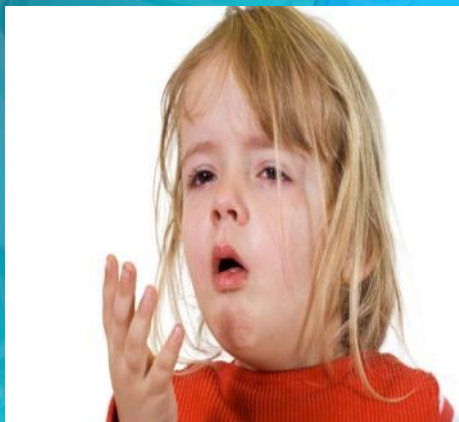
Спазматический кашель – это серия кашлевых толчков, быстро следующих друг за другом на одном выдохе.

Реприз – резкий судорожный вдох после спазматического кашля, сопровождающийся свистящим протяжным звуком. У грудных детей реприз часто заменяется апноэ.



-одутловатость лица,
кровоизлияния в склеры
-язвочка на уздечки языка
(из-за травмирования ее о
края зубов, т.к. во время
приступа кашля язык до
предела высовывается
наружу, кончик языка
загибается кверху)
-удовлетворительное
состояние ребенка в
межприступный период.





Коклюш нередко **осложняется** бронхитами, пневмонией, отитами, выпадением прямой кишки, пупочной и паховой грыжами.

После перенесенного заболевания может сохраняться **кашлевая доминанта**, в результате чего приступы кашля могут возвращаться в течение нескольких месяцев, особенно если ребенок простудился или при физической нагрузке.



После перенесенного коклюша остается **стойкий иммунитет**, сохраняющийся в течение всей жизни.

Профилактика.

- проведение полного объема мероприятий с больными и контактными,
- частое проветривание помещений,
- предупреждение скученности людей,
- ежедневная влажная уборка
- повышение неспецифического иммунитета ребенка, «дисциплина кашля».
- Специфическая профилактика - АКДС-вакциной.

Ветряная оспа

Высококонтагиозное
инфекционное
заболевание,
характеризующееся
появлением на коже и
слизистых оболочках
сыпи в виде пузырьков
с прозрачным
содержимым

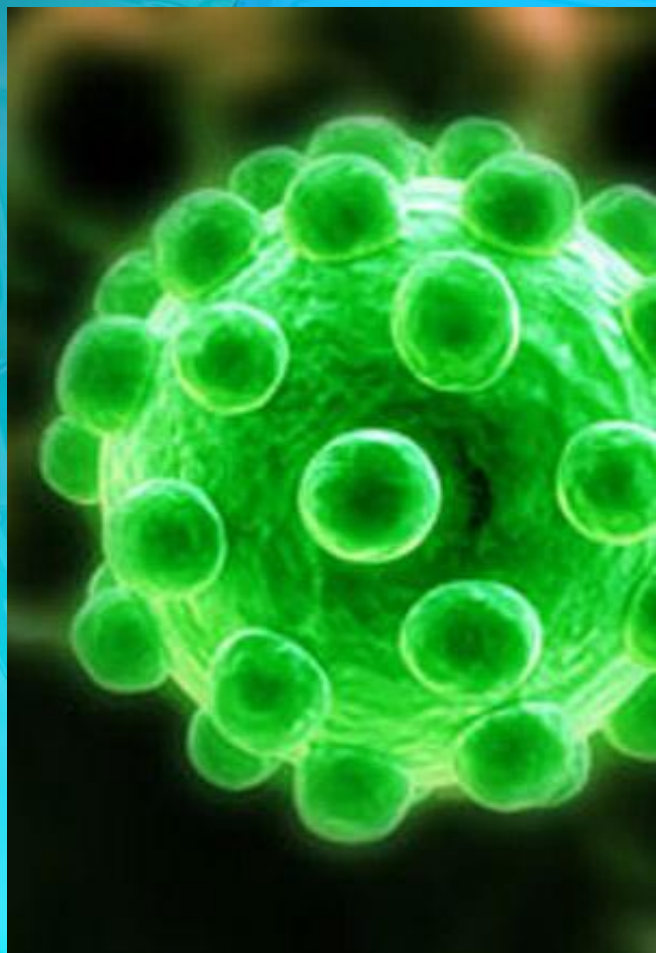




Возбудитель – вирус ветряной оспы, который близок к вирусу герпеса. Вирус не устойчив во внешней среде, обладает выраженной летучестью. Ветряная оспа относится к числу наиболее распространенных заболеваний в детском возрасте.

Механизм передачи – воздушно-капельный.





**При возникновении
болезни в последние
дни беременности
возможна врожденная
ветряная оспа.**

**Инкубационный
период – 11-21 день. В
типичных случаях
болезнь протекает
легко.**

Клинические признаки ветряной оспы:

Ранняя и поздняя стадии ветряной оспы



1. Везикулярная сыпь:

-появляется точками, сопровождается повышением температуры, зудящая

-локализуется на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках (отсутствует на ладонях и подошвах)

-в своем развитии проходит несколько стадий (пятно – папула – везикула – корочка)



2. Ложный полиморфизм сыпи (на коже одновременно имеются элементы сыпи на разных стадиях своего развития).



Развитие осложнений связано с вторичным инфицированием элементов сыпи (пиодермия, абсцесс, стоматит, импетиго, конъюнктивит, рожа и т.д.).

Обычно эти осложнения возникают у ослабленных детей при нарушении гигиенического содержания кожи и слизистых.



ВЕТРЯНКА

Я совсем не виноват,
Что слегка зеленюват.
Мама в доктора играла
И меня разрисовала.
С мишкой мы теперь похожи,
У него ветрянка тоже.



источник Yandex.ru

После перенесенного
заболевания остается
прочный иммунитет
на долгие годы.
Возможно повторное
инфицирование,
которое протекает в
виде опоясывающего
герпеса.

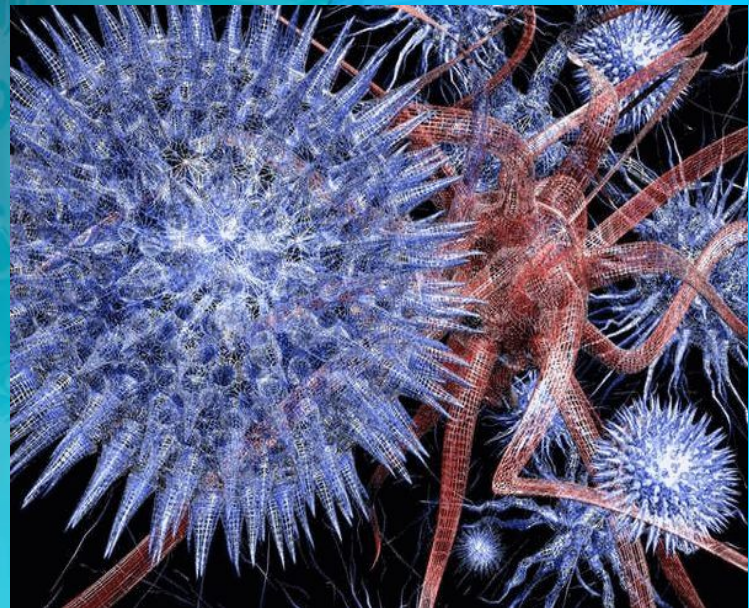
Профилактика.

- проведение полного объема мероприятий с больными и контактными,
- частое проветривание помещений,
- предупреждение скученности людей,
- ежедневная влажная уборка
- повышение неспецифического иммунитета ребенка, «дисциплина кашля».
- Специфическая профилактика - нет.

Корь

**Острое
высококонтагиозное
инфекционное
заболевание,
вызываемое вирусом
и характеризующееся
циклическостью
течения.**

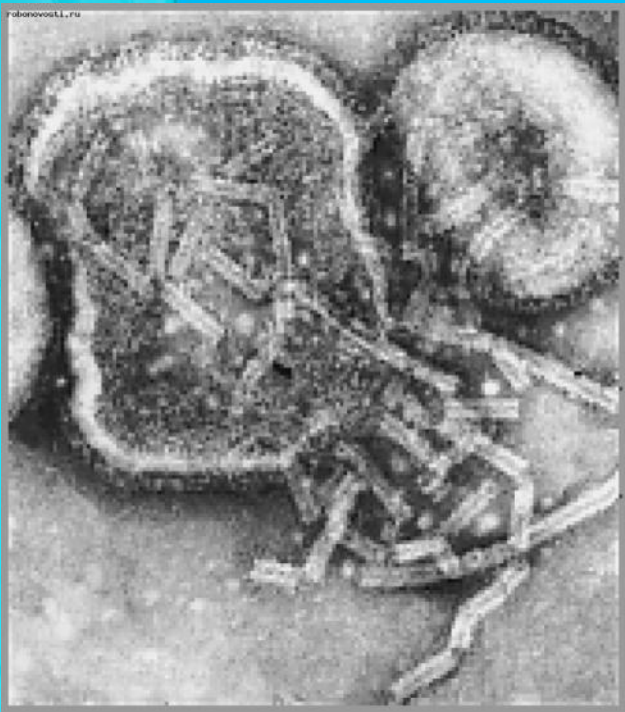


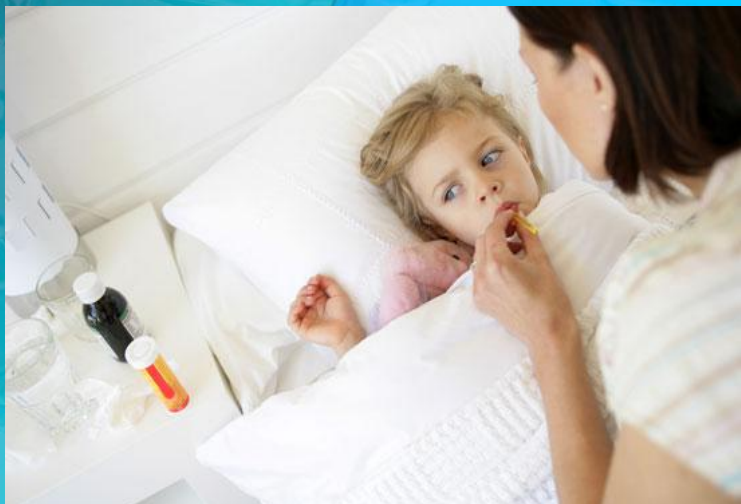


Вирус не устойчив во внешней среде, обладает значительной летучестью.

Механизм передачи – воздушно-капельный.

**Восприимчивость к кори чрезвычайно высока.
Инкубационный период – 7-17 дней.**



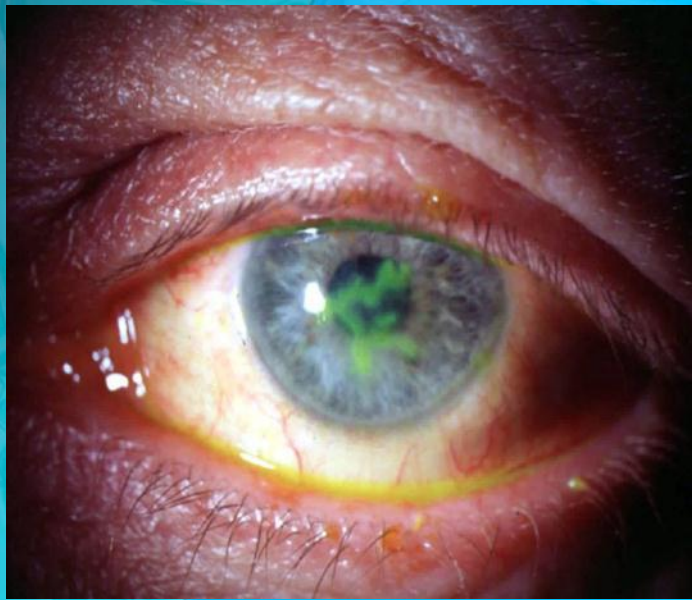


В клинической картине выделяют три периода: катаральный (3-4 дня), период высыпания (3-4 дня), период пигментации (4-5 дней).

Клинические признаки кори:

1. Выраженные катаральные явления (частый сухой иногда «лающий» кашель, обильные выделения из носа, гиперемия и разрыхленность слизистой оболочки ротоглотки).

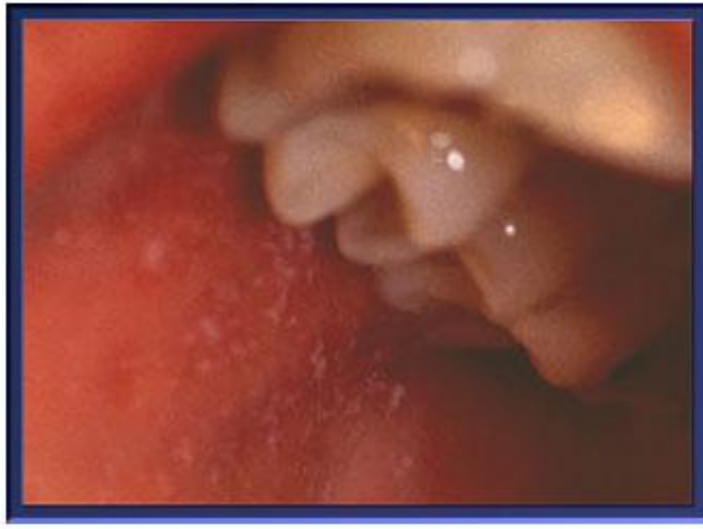




**2. Конъюнктивит,
сопровождающийся
светобоязнью.**

**3. Пятна Бельского –
Филатова – Коплика
(появляются за 1-2 дня
до сыпи на слизистой
оболочке щек напротив
малых коренных зубов в
виде мелких беловатых
точек, не сливаются, их
нельзя снять тампоном
или шпателем).**

Figura 5



4. Пятнисто-папулезная сыпь:

-склонна к слиянию

-появляется этапно в 3 дня (лицо – туловище – конечности)

-появление высыпаний сопровождается повышением температуры, усилением интоксикации и катаральных явлений

-переходит в пигментацию (происходит этапно, в том же порядке как появлялась сыпь, к 7-9 дню от начала высыпаний полностью исчезает).





Атипичной формой кори является митигированная корь, которой болеют привитые дети.

Осложнения: бронхит, пневмония, стоматит, энтериты, колиты, менингит, энцефалит и др.

После перенесенного заболевания вырабатывается стойкий иммунитет.

Профилактика.

- проведение полного объема мероприятий с больными и контактными,
- частое проветривание помещений,
- предупреждение скученности людей,
- ежедневная влажная уборка
- повышение неспецифического иммунитета ребенка, «дисциплина кашля».
- Специфическая профилактика - противокоревой иммуноглобулин.

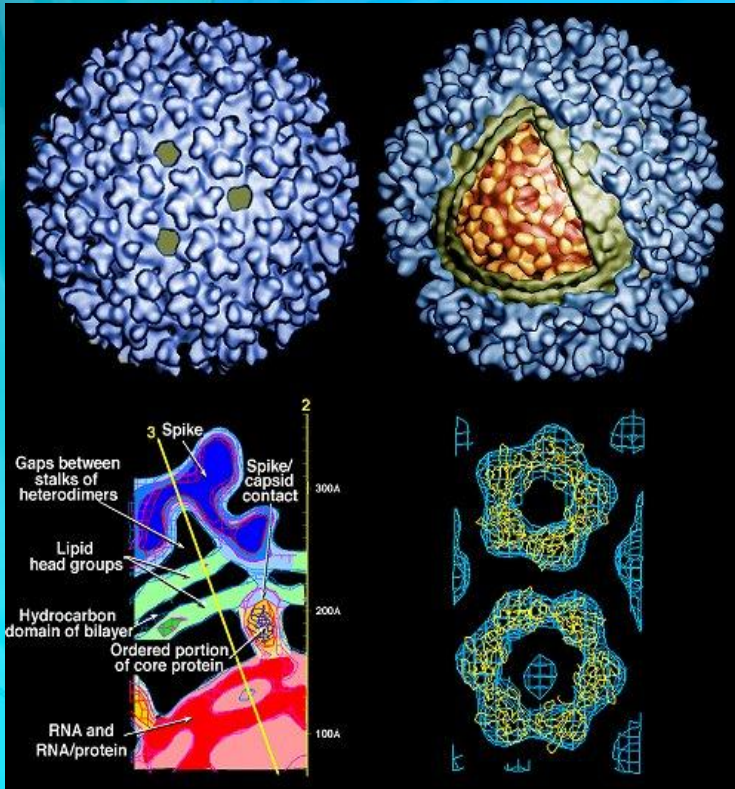
Краснуха

Острое
инфекционное
заболевание,
практически
безвредное для
детей,
характеризующееся
кореподобной
сыпью.



Возбудитель – вирус, не устойчивый во внешней среде, не обладает выраженной летучестью.

Механизм передачи – воздушно-капельный, трансплацентарный.





Особую опасность краснуха представляет для беременных, т.к. вирус обладает тератогенным действием (повреждающим действием на плод). Инфицирование плода может привести к его гибели или к развитию тяжелых врожденных пороков. При врожденной краснухе наиболее часто развивается триада аномалий развития: катаракта, пороки сердца, глухота.

**Инкубационный период –
18-23 дня.**

**Клинические признаки
краснухи:**

**1. Увеличение,
болезненность затылочных
и заднешейных
лимфатических узлов.**

**2. Слабо выраженные
катаральные явления (сухой
кашель, заложенность носа,
умеренная гиперемия зева).**

Rubéola



Erupción cutánea

La rubéola es una enfermedad viral contagiosa que presenta síntomas leves tales como erupción, fiebre, dolor de cabeza y nariz moqueante. Esta condición puede ser transmitida al feto por una madre con la infección activa.



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.



3. Пятнисто-папулезная сыпь:

-бледно-розовая

-не склонна к слиянию

-появляется быстро в течение суток

-не оставляет пигментации и шелушения.

Осложнений обычно не бывает.

Противокраснушный иммунитет обычно стойкий, пожизненный.

Профилактика.

- проведение полного объема мероприятий с больными и контактными,
- частое проветривание помещений,
- предупреждение скученности людей,
- ежедневная влажная уборка
- повышение неспецифического иммунитета ребенка, «дисциплина кашля».
- Специфическая профилактика – вакцина. Введение вакцины категорически запрещено для женщин за 3 месяца до наступления беременности..



Elements

www.animationfactory.com

