

Інфекційні екзантеми у дітей

Доц. Симулик В.Д.

*Кіп (morbilli).

Визначення:

Кіп-гостре інфекційне захворювання, яке характеризується загальною інтоксикацією, запаленням верхніх дихальних шляхів, слизової оболонки ротової порожнини, зіва, очей та макуло-папульозним висипом.

Тип	Тяжкість	Перебіг
Типові форми Атипові форми: •Стерта •Мітигована •Кір у щеплених •Геморагічна •Кір при антибіо- тико та гормо- нотерапії	Легка Середньотяжка Тяжка: •Без геморагіч- ного синдрому •З геморагічним синдромом	Гладкий Негладкий, ускладнений: Пневмонія, отит, круп, стоматит, коліт, менінго-енцефаліт, гнійне ура-ження шкіри Абортивний

* Загальні відомості

*

- * Збудник корі - РНК-вмістний вірус родини Paramyxoviridae роду Morbillivirus. Вірус має гемаглютинувальну, гемолітичну та симпластоутворювальну активність.
- * Вірус кору леткий, нестійкий у навколишньому середовищі. Єдиним джерелом інфекції є хвора людина в останні дні інкубаційного періоду, протягом катарального періоду та 4 днів періоду висипань. Сприйнятливість до вірусу кору тотальна.
- * В патогенезі вирішального значення надають тропізму вірусу до епітелію верхніх дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту, шкіри та нервової системи. Викликає ураження Т-лімфоцитів, що призводить до лімфопенії, імуносупресії, що додатково створює умови до розвитку вторинних бактеріальних ускладнень.
- * За характером клінічних проявів, вегетативних порушень та змін обмінного характеру кір нагадує інфекційно-алергічне захворювання.
- * На кір можуть хворіти діти незалежно від віку після 3 місяців, до якого їм властивий абсолютний імунітет.
- * Відмічаються наступні періоди у перебігу корі: інкубаційний період (9-17 днів, у дітей яким в інкубаційний період вводили γ-глобулін - до 21 дня), катаральний, висипань, пігментації, реконвалесценції.

*

Діагностичні критерії

Головні ознаки:

- ***Плями Бельського-Філатова-Копліка** (сірувато-білуваті крапки розміром макового зерна, оточені червоною облямівкою та розміщені навпроти малих кутніх зубів). З'являються на 2 день хвороби (або за 1-3 дні до висипу) і зникають через 2-3 дні, залишаючи гіперемію та розрихленість слизової оболонки.
- ***Етапна поява висипань** на шкірі протягом 3 днів (лице, тулуб, кінцівки) на 3-4 день від початку катарального періоду.
- *Висипання рясні, **плямисто-папульозні, властиве їх злиття**.
- ***Поява пігментації** на лиці з 3 дня висипань з послідуочим висівкоподібним лущенням на шкірі.

Факультативні ознаки.

- ***Симптоми інтоксикації** (підвищення температури тіла, ковлість, порушення сну, дратливість).
- ***Катаральні явища** (кашель, нежить, слезотеча, світлобоязнь, блефарит).
- ***Набряклість повік, губ, лиця, ін'єкція склер**.
- *Підвищення температури тіла від субфебрильної до високої при появі висипань.

Лабораторні і інструментальні методи дослідження

- *Загальний аналіз крові* (лейкопенія, нейтропенія, відносний лімфоцитоз, анеозинофілія).
- *Загальний аналіз сечі* (можлива мікропротеїнурія, лейкоцитурія).
- *Серологічне дослідження* - методи парних сироваток з інтервалом 7-9 днів. Перший забір крові не пізніше 3 дня висипань (4-разове і більше наростання титру антитіл у другій сироватці).

* Диференціальна діагностика

- * **Грип та ГРВІ** з катаральним періодом корі. При ГРВІ загальна інтоксикація та катаральні явища розвиваються швидше, відсутній симптом Філатова-Копліка та рясний макуло-папульозний висип, який з'являється у певній послідовності, залишаючи після себе пігментацію.
- * **Краснуха:** катаральний період відсутній, першим симптомом є нерясний висип без певної послідовності появи, без схильності до злиття. Висип дрібноплямистий, ніжно-рожевий, локалізація зовнішні поверхні кінцівок. Симптоми загальної інтоксикації та катаральні явища слабо виражені. Відмічається збільшення потиличних та задньошийних лімфовузлів.
- * **Ентеровірусна (бостонська) екзантема:** висип з'являється на 2 день хвороби на тлі високої температури, катаральні явища відсутні, діарея, епідемічна міалгія, гепатоспленомегалія.
- * **Скарлатина:** наявність тонзиліту, гіперемії зіву, малинового язика. Екзантема на 1-2 день хвороби, одночасно, дрібнокрапчаста на гіперемованому фоні. Носогубний трикутник вільний від висипу. З 7-8 дня хвороби на шкірі висівкоподібне, пластинчасте лущення. В крові нейтрофільний лейкоцитоз.
- * **Інфекційний мононуклеоз:** екзантема на 3-5 день хвороби, поліморфна (розеольозна, макулопапульозна, петехіальна), швидко зникає. характерний тонзиліт, поліаденіт, гепатоспленомегалія, в крові лейкоцитоз з лімфо- та моноцитозом і атипovими мононуклеарами.
- * **Менінгококцемія:** має бурхливий початок, виражені симптоми інтоксикації, менінгіальні ознаки. Висип геморагічно-некротичний в перші години хвороби по всьому тілу, переважно на сідницях та нижніх кінцівках. У гемограмі нейтрофільний гіперлейкоцитоз, можна з крові виділити менінгокок.
- * **Алергічні екзантеми:** яскраві, поліморфні, супроводжуються свербінням, у гемограмі еозинофілія.
- * **Синдром Стівенса-Джонсона:** ураження слизових оболонок, переважно навколо природніх отворів (очі, ротова порожнина, анальний отвір). Висипання мають різко виражений ексудативний компонент з утворенням бульозних елементів.
- * **Лептоспіроз:** зараження при купанні у інфікованих водоймах та вживання з їжею заражених продуктів харчування, сезонність (літній та осінній період) переважно діти старшого віку. Гострий початок, виражений токсикоз, м'язеві болі, особливо в ікрах, спині, туловищі. Висипка одночасна на 3-6 день хвороби, поліморфна. Спостерігаються симптоми ураження нервової системи, печінки, нирок.
- * **Токсико-епідермальний некроліз (синдром Лайела):** раптовий початок, висока лихоманка, ураження слизових оболонок очей, гепатит, міокардит, нефрит. Висип плямисто-папульозний характер висипки та характеризується поліморфізмом (ерітематозні плями, везікули, папули, пухирі) на місці яких виникають велику кволі пухирі. Типовим для синдрому Лайела є симптом Нікольського (відшарування епідермісу від дерми в області неуразеної шкіри).
- * **Реакція на корьову вакцину:** Відмінністю таких реакцій від кору буде те, що вони з'являються не раніше 10-13 днів після імунізації, не буває плям Філатова-Копліка та етапності висипки, яка з'являється одномоментно, плями дрібні, елементів небагато, вони не зливаються, також одномоментно, без етапності вони згасають. Вирішального значення надають показам батьків на проведення імунізації за 10 днів до появи висипки.

Лікувальна тактика

Догоспітальний етап

- * Лікування хворих на кір в більшості випадків проводять в домашніх умовах.
- * **Дієта** є повноцінною, їжа повинна легко засвоюватися і даватися в рідкому або напіврідкому стані.
- * **вітамінотерапія** із вітаміну А (5000-10000 МЕ) та вітаміну С (300-500 мг за добу).
- * **десенсибілізуючі засоби, відхаркуючі препарати, туалет очей та ротової порожнини** (фурацилін 1:5000, 2% содовий розчин, 20% розчин сульфацил-натрію).
- * **Антибактеріальну терапію** призначають у випадку важкого перебігу хвороби, при виникненні ускладнень у осіб, які часто хворіють, за наявності супутніх захворювань у дітей до 3 років.
- * Дітям до 3 років у тяжких випадках кору внутрішньом'язево прзначають **нормальний імуноглобулін** у дозі 0,05 мл/кг, або внутрішньовенні форми імуноглобулінів.

Показання до госпіталізації:

- * хворі на 1 році життя,
- * хворі з тяжкими формами хвороби, ускладненнями
- * по епідемічним показанням (дитячі заклади закритого типу)
- * діти сімей з неблагоприємними матеріально-побутовими умовами, при яких не забезпечиться адекватного лікування
- * недостатній ефект терапії в домашніх умовах на протязі 5-6 днів

* Госпітальний етап

- * Лікування проводять в залежності від ускладнень: при пневмонії - **антибіотики широкого спектру дії** (ампіокс, цефалоспоріни, аміноглікозиди), вітаміни. При ураженні нервової системи - дегідратаційна терапія, боротьба із гіпертермічним та судомним синдромами, дезінтоксикація, у важких випадках преднізолон 1-2 мг/кг на добу коротким курсом.

Профілактика та міроприємства у вогнищі

- * Згідно з календарем профілактичних щеплень в Україні **вакцинація проводиться у 12-15 міс**, одноразово, підшкірно 0,5 мл живою коровою вакциною (Л-16, Едмонта, Шварц), або тривакциною ММР 9 (проти кору, паротитної інфекції, краснухи) при умові завершення вакцинації проти поліомієліту та АКДП-вакцини. Планова **ревакцинація у 6 років** перед поступленням у школу (тільки дітям з відсутнім імунітетом). **Ревакцинація у 11 років** проводиться дітям, які не були щеплені у 6 років. Інтервал між другою ревакцинацією проти дифтерії та правця і ревакцинацією проти корі не менше 1 місяця. Щеплення проти кору можна проводити не раніше ніж через 3 місяці після, або 1,5 місяця до введення імуноглобуліну чи плазми.
- * Дітям, які були у контактi з хворим і не хворівшим на кір та невакцинованим у віці від 3 місяців до 2 років вводять для профілактики імуноглобулін в дозі: до 1 року - 3 мл, від 1 до 2 років - 1,5 мл. та ізолюються з 8 до 21, а ті які не отримали імуноглобулін - з 8 до 17 дня. Після введення імуноглобуліну вакцинацію проводять не раніше ніж через 3 місяці. Дітям, старшим за 2 роки, які не мають протипоказів до вакцинації вводять протикорьову вакцину, при наявності протипоказань - імуноглобулін.
- * Хворого на кір ізолюють на 4 доби з моменту появи висипки, при наявності ускладнень - на 10 діб.
- * Дітей дошкільного віку, непривитих і не хворівших на кір, які були у контактi із хворим ізолюють на 17 діб, якщо у вогнищі проведена активна імунізація, а при введенні імуноглобуліна - на 21 день. Школярі старші за 7 років карантину не підлягають, так же як привиті та перехворівші на кір діти молодшого віку.

Краснуха (rubeola)

Визначення

- * Краснуха - гостре вірусне захворювання, яке характеризується дрібноплямистим висипом, незначними катаральними явищами та збільшенням лімфовузлів (особливо задньошийних та потиличних).
- * *Класифікація* (В.М. Семенов и др., 1994)

Форма	Тяжкість	Перебіг
Типова	Легка	Гладкий
Атипова	Серня тяжкість	Ускладнений
•Без висипу	Тяжка з ускладненнями	
•Безсимптомна		

Загальні відомості

- * Збудник краснухи РНК-вмісний вірус, належить до групи **міксовірусів**, містить нейрамінідазу, термолабільний, нестійкий у зовнішньому середовищі.
- * Частіше передається **повітряно-краплинним шляхом**, а також **трансплацентарно** при захворюванні вагітної. Виділяють набуту та вроджену краснуху.
- * Для педіатрії актуальним є ураження плоду з розвитком вродженої краснухи, при якій розвиваються виродства дитини (катаракта, вади серця, глухота, вади сечостатевої системи, травної системи, мікро та гідроцефалія, важкі гормональні порушення). Набута краснуха протікає частіше всього як легке інфекційне захворювання. **Інкубаційний період 11-22 дні**, продрома майже відсутня. Хворіють переважно діти у віці 2-8 років, після хвороби залишається стійкий імунітет.

Діагностичні критерії

Головні ознаки:

- * Збільшення потиличних та задньошийних лімфовузлів до розмірів фасоліни
- * Поява на шкірі блідо-рожевого, дрібноплямистого висипу переважно на розгинальних поверхнях
- * Висип зникає через 2-3 дні без пігментації та лущення

Факультативні ознаки:

- * Підвищення температури тіла до субфебрильних значень
- * Легкі катаральні явища
- * Болі в області суглобів (частіше у старших дітей)

Лабораторні і інструментальні методи дослідження

Головні методи:

- * Загальний аналіз крові (типичним є поява плазматичних клітин до 10-15%)
- * Загальний аналіз сечі

Допоміжні методи:

частіше використовуються для діагностики краснухи у вагітних):

- * Серологічні тести (РПГА, РТГА, латекс-тест, РБТЛ з краснушним антигеном, імуноферментний та радіоімуний метод)
- * Визначення класів імуноглобулінів, в яких знаходяться антитіла до вірусу краснухи

* Лікувальна тактика:

- * Показанням до госпіталізації є приєднання ускладнень. В домашніх умовах проводиться симптоматичне лікування. Призначається ліжковий режим у гострий період захворювання, жарознижувальні препарати (парацетамол, доліпрам, ефералган - 5-10 мг/кг), при ускладненнях з боку ЦНС енцефалітах, менінгітах показані кортикостероїди 2-5 мг/кг на добу, внутрішньовенна інфузія 50 мл/кг на добу (глюкоза 5%, реополіглюкін тощо), діуретична терапія та протисудомні препарати по показанням.

Профілактика:

- * Після перенесеного захворювання діти допускаються у колектив через 4 дні після початку захворювання. На дітей, які були у контакті з хворим встановлюється карантин на 21 день.
- * Активна специфічна профілактика (вакцинація) проводиться живою краснушною вакциною **у віці 12 місяців** разом із вакцинацією проти кору, паротитної інфекції, з послідуною **в 6 і 15 років (дівчата)**. Не рекомендується проводити вакцинацію під час вагітності у зв'язку з ризиком для плода. Слід уникати запліднення яйцеклітини протягом 3 міс після імунізації. Дітей із уродженою краснухою розцінюють як джерело інфекції для оточуючих із застосуванням до них усіх протиепідемічних заходів. Рахується доцільним обстежувати на маркери краснухи усіх новонароджених із вродженими вадами.

Скарлатина (scarlatina)

Визначення:

Скарлатина - гостре інфекційне захворювання токсико-септичного характеру, яке викликається в-гемолітичним стрептококом групи А і характеризується інтоксикацією, тонзилітом з регіонарним лімфаденітом та дрібнокрапчастою екзантемою.

Класифікація: (А.А.Колтипин, 1948)

Тип	Тяжкість	Перебіг
Типова	Легка	Без алергічних хвиль
Атипова:	Середньотяжка	та ускладнень
Стерта-без висипу	Тяжка:	Алергічними хвилями
Із агравійованими	•Токсична	З ускладненнями:
Симптомами;	•Септична	Алергічного типу
•Гіпертоксична,	•Токсико-септична	•Нефрит
•Геморагічна		•Синовіїт
Екстрабукальна;		•Реактивний
•опікова,		лімфаденіт
•раньова,		Гнійними
•післяпологова		Септикопіємія
		Абортивний

Загальні відомості:

- *Збудник частіше передається повітряно-краплинним шляхом, рідше через інфіковані предмети та харчові продукти (молоко, морозиво).
- *Хворіють діти переважно у віці 2-10 років. При цій хворобі виділяють три тісно пов'язані між собою ланки патогенезу: токсичну, септичну та алергічну. **Токсемія** розвивається внаслідок виділення еритрогенного токсину збудником хвороби, що спостерігається на протязі перших днів хвороби. **Септичний компонент** також пов'язують із безпосередньою дією збудника, що проявляється такими ускладненнями як ангіна, лімфаденіт, отит, мастоїдит, гайморит, антрит тощо. **Алергічна ланка** патогенезу проявляється дещо пізніше (2-3 неділя хвороби) коли можуть виникати нефрит, міокардит, ураження суглобів. Належного значення надають і ураженню нервової системи.
- *Джерелом інфекції є хворий на скарлатину, ангіну, другими формами стрептококової інфекції (назофарингіт, бешиха, імпетіго, пневмонія), а також реконвалесценти та здорові носії.
- *Таким чином, скарлатина - клінічний прояв реакції організму на еритрогенний токсин в-гемолітичного стрептококу групи А. Аналогічна реакція можлива і у випадку впливу на організм патогенного стафілококу, який також здатний продукувати еритрогенний токсин.

Діагностичні критерії

Головні ознаки:

- * Поява наприкінці 1 або 2 доби дрібнокрапчастих висипань із згущенням в природніх складках на гіперемованому фоні шкіри
- * Блідий носогубний трикутник на фоні гіперемованих щік
- * Явища тонзиліту (катарального, фолікулярного, лакунарного, некротичного) на фоні вираженої гіперемії, яка досягає слизової оболонки твердого піднебіння
- * В кінці 1 - напочатку 2 тижня - висівкоподібне лущення на тулубі та пластичасте - на пальцях долоней і ступнів
- *

**Факультативні ознаки:*

- * Гострий початок захворювання - з підвищення температури тіла до 38-40 С, появи болей в горлі при ковтанні, болі в голові, блювоти
- * Стійкий білий дермографізм
- * Збільшення кутовоцелепних лімфатичних вузлів
- * З боку серцево-судинної системи - в перші дні хвороби тахікардія та підвищення артеріального тиску (симпатикус-фаза), в кінці 1 тижня - брадікардія, розширення границьсерця, поява функціонального систолічного шуму, зниження артеріального тиску (вагус-фаза)
- * Язик в гострий період хвороби обкладений густим білим нальотом, з 2-3 доби починає очищатися від нальоту та ставати червоним із сосочками - "малиновий язик"
- * Зміни з боку нервової системи (судоми, втрата свідомості, галюцинації) спостерігаються при важких формах скарлатини.
- *

Характеристика висипки при скарлатині

- * Висипка при скарлатині носить *дрібнокрапчастий характер*. Елементи висипки - розеоли, діаметром 1-2 мм, дещо підвищені над рівнем шкіри, розміщені навколо вивідних протоків сальних та потових залоз.
- * Інколи, поряд із дрібнокрапчастою висипкою, зустрічаються елементи міліарної, петехіальної та плямисто-папульозної висипки.
- * Висипка локалізується на лиці, *окрім носогубного трикутника*, тулубі, бокових поверхнях грудної клітини, стає інтенсивнішою у природніх складках.
- * Висипка розміщується на *гіперемованому фоні шкіри*, рожевого або червоного кольору, длідніє, але не пропадає при надавлюванні.
- * Екзантема утримується 3-7 днів, зменшуючись з 3-4 дня висипки, не залишаючи пігментації. Після зникнення висипки залишається *лущення шкіри*: на лиці та шиї - висівкоподібне, на тулубі і кінцівках - пластинчасте.

Лабораторні і інструментальні методи дослідження

Головні методи:

- * Загальний аналіз крові (лейкоцитоз, паличкоядерний зсув уліво, еозинофілія, прискорена ШОЕ)
- * Загальний аналіз сечі на початку хвороби та на 10-12 добу хвороби (часто патології не виявляється)
- * ЕКГ на початку хвороби і **обовязково на 10-12 добу** хвороби
- * Посів слизу із зіву на стрептокок

Допоміжні методи

- * Визначення титру антистрептолізину О в крові
- * В сумнівних випадках - серологічне дослідження на ієрсінєоз
- * При наявності нальотів на мигдаликах - **посів із зіву та носа на дифтерію**

Етапи обстеження:

- * **В дитячій поліклініці:** загальний аналіз крові, сечі (двічі), посів слизу із зіву на стрептокок, визначення титру антистрептолізину О в крові, посів із зіву та носа на дифтерію, ЕКГ
- * **Лікарем вдома:** анамнез, виявлення джерела контакту, об'єктивний огляд по органах та системах

* Диференціальний діагноз:

- * **Краснуха:** висип блідо-рожевий з'являється протягом 2-3 доби хвороби, розташовується на носогубному трикутнику, на сідницях і стегнах, збільшуються задньошийні лімфовузли. В аналізах крові характерний лімфоцитоз.
- * **Псевдотуберкульоз:** клінічна картина протікає як скарлатина. Для псевдотуберкульоза характерним є розвиток диспепсичних розладів - болей у череві, блювоти, діареї та поява катаральних явищ вигляді закладеності у носі, гіперемії кон'юнктиви, слизових мигдаликів, кашлю. Температурна реакція тривала та хвилеподібна. При псевдотуберкульозі з першого дня хвороби спостерігається гіперемія лица, шеї на фоні блілого носогубного трикутника, а з 3-4 дня (розпал хвороби) дана гіперемія стає ціанотичною (симптом капюшона). Висипка на шкірі довкола суглобів на фоні незміненої шкіри. Можливе ураження великих суглобів, гепатоспленомегалія, мезаденіт.
- * **Стафілококова інфекція зі скарлатиноподібним синдромом:** висип навколо гнійного вогнища (гнійний лімфаденіт, остеомієліт тощо) на 4-5 день хвороби, немає ангіни, "малинового язика". Діагноз підтверджується бактеріологічним виділенням стафілококу із первинного вогнища інфекції, ротоглотки, а також наростанням титру антитіл до стафілокока.
- * **Кіп:** наявний продромальний період з характерними катаральними явищами, плями Філатова-Копліка, що з'являються на 2-3 день хвороби. Висип плямистий на незміненій шкірі з'являється в певній послідовності, пізніше темніє, залишаючи пігментацію. У крові лейкопенія з лімфоцитозом.
- * **Ентеровірусна екзантема (Бостонська лихоманка):** елементи дрібнокрапчастої висипки з'являються на фоні здорової шкіри, без характерної локалізації, утримується 3-4 дні. Можуть відмічатися і інші прояви ентеровірусної інфекції (герпангіна, міалгія, симптоми менінгіту).
- * **Менінгококцемія:** початок гострий, ознаки інтоксикації різко виражені, висип геморагічно-некротичний, нерідко крововиливи у кон'юнктиву та суглоби. у випадку крововиливу у наднирники явища інфекційно-токсичного шоку. У крові гіперлейкоцитоз із нейтрофільним зсувом уліво, прискорена ШОЕ.
- * **Медикаментозні еритеми:** з'являються як ускладнення лікарської терапії. Висип великоплямистий, нерідко симетричний, часто елементи зливаються. Температура тіла нормальна, може відмічатися набряклість шкіри та слизових оболонок (набряк Квінке).
- * **Пітниця:** переважно у дітей раннього віку, дрібнокрапчастий висип розташовується у місцях потіння (природні складки шкіри), збільшується при зігрівання дитини, шкіра гіперемована. Картина крові в межах вікової норми.

Лікувальна тактика

- ***Етіотропна терапія** включає пеніцилін в дозі 50-100мг/кг/добу курсом 7-10 днів незалежно від важкості перебігу хвороби, еритроміцин 30-50 мг/кг. Можна використати ампіцилін 50-100мг/кг на добу. У випадку непереносимості антибіотиків пеніцилінового ряду застосовують, лінкоміцин 10-20мг/кг на добу, кліндаміцин 30мг/кг на добу, або бісептол у віковій дозі.
- *Призначають полоскання ротогорла розчином антисептиків та ліжковий режим на період гарячки.
- ***Симптоматична терапія** включає препарати для закріплення судинної стінки (аскорутин, дицинон), десенсибілізуючі засоби (тавегіл, піпольфен, супрастин, фенкарол), у випадку важкого перебігу скарлатини проводиться дезінтоксикаційна терапія. Ефективність лікування оцінюють на основі зниження температури тіла, зникнення нальотів на мигдаликах, часу угасання висипань.
- *Лікування можна проводити в домашніх умовах. **Показаннями до госпіталізації є хворі віком до 1 року, тяжка форма скарлатини, ускладнена та у випадку неможливості ізолювати дитину.**

Профілактика

- *Специфічної профілактики скарлатини не розроблено. **Перехворівші допускаються у дитячі колективи не раніше 22 днів від початку хвороби, після попереднього дослідження аналізу крові, сечі, ЕКГ.**
- ***Для контактних дітей, які відвідують дошкільні заклади та перші 2 класи школи накладають карантин на 7 днів з моменту ізоляції хворого, якщо контактний залишається вдома - то на 17 днів.**
- *Діти, які в минулому перенесли скарлатину, та старшого віку (3 клас і більше), а також дорослі, які працюють в дошкільних дитячих закладах, медичні працівники допускаються до навчання та роботи, але вони підлягають медичному нагляду протягом 7 днів.

Вітряна віспа (varicella)

Визначення:

Вітряна віспа - гостре інфекційне висококонтагіозне захворювання, що спричиняється фільтрівним вірусом, передається повітряно-краплинним шляхом і характеризується гарячкою та везикульозним висипом на шкірі всього тіла та слизових оболонках.

Класифікація : (В.Н.Верцнер, 1963)

Форма	Тяжкість	Перебіг
Типова	Легка	Гладкий
Атипова:	Середньотяжка	Ускладнени
•Стерта	Тяжка	й
•Пустульозна	Показники тяжкості:	
•Геморагічна	гіпертермія, значний	
•Гангренозна	висип, геморагічний	
•Генералізована	синдром, ней-ротоксикоз	
	із судомним син-дромом,	
	менігоенцефалітич-на	
	реакція, синдром крупу	

Загальні відомості:

* Вітряна віспа відноситься до некерованих імунопро-філактикою інфекційних захворювань і зустрічається переважно у дітей віком 2-8 років. Збудником захворювання є ДНК-вмістний вірус, який відноситься до групи **герпетичних вірусів**. Після перенесеного захворювання вірус на протязі всього життя залишається в нервових гангліях. При неблагоприємних обставинах вірус активується і виникає оперізуючий герпес. Джерелом інфекції є хворі вітряною віспою та оперізуючим герпесом. Інкубаційний період становить 11-21 дні. В патогенезі хвороби вирішального значення надають тропізму віруса до епітелію шкіри та слизових оболонок.

Діагностичні критерії

Головні ознаки:

- * Поява **однокамерної везикульозної висипки** на шкірі та слизових оболонках
- * **Наявність висипань на волосистій частині голови**
- * **Несправжній поліморфізм висипань** з елементами висипань з різними стадіями розвитку
- * Контакт з хворим на вітряну віспу та оперізуючий герпес
- *

Факультативні ознаки:

- * Підвищення температури тіла з появою нових висипань
- * Свербіж шкірних покривів
- * Осінньо-зимня пора року високої захворюваності

Етапи обстеження:

Лікарем вдома:

анамнез, виявлення джерела контакту, об'єктивний огляд (звернути увагу на волосисту частину голови, характер пухирців)

В дитячій поліклініці:

загальний аналіз крові, сечі

В стаціонарі:

виявлення тілець Арагана із вмісту пухирців по методу сріблення по Морозову, виділення вірусу із вмісту пухирців на культурі клітин тканин, визначення титру антитіл в крові у динаміці хвороби

Диференціальний діагноз:

- ***Герпетична інфекція** спостерігається переважно у дітей із обтяженим преморбідним фоном та імунodefіцитом. Висип частіше локалізується навколо рота, на губах, крилах носа, супроводжується свербінням, гепатоспленомегалія. Висипка характеризується згрупованими, тонкостінними пухирцями, які зливаються і формують багатокамерний елемент, який не спадається після проколу.
- ***Оперізувальний герпес:** процес здебільго однобічний, герпетичні пухирці локалізуються вздовж нервових стовбурів і сплетінь, супроводжуються сильним болем. Елементи розміщені групами, щільні, відмічається більш виражена інтоксикація,
- ***Везикульозний гамарикетсіоз:** висипка більших розмірів, з'являється на 2-8 день від початку захворювання, спостерігається первинний афект (некроз зі струпом, еритематозний віночок, регіонарний лімфаденіт на місці укуса кліща), епідеміологічні дані підтверджують природну осередкованість інфекції.
- ***Бульозна форма стрептодермії:** може починатися із невеликих напружених правильної форми пухирців, які швидко збільшуються по периферії і стають при цьому плоскими. Покрівля її легко руйнується і утворюється ерозія з обривками пухиря по краях.
- ***Строфулюс:** дрібні червоні папули, які сверблять поступово переходять у щільні віскоподібні вузлики. Здебільшого вони розміщені симетрично, головним чином на кінцівках, ягодицях, практично не зустрічаються на на лиці та волосистій частині голови. Вони висипають групами, сверблять, температура при цьому нормальна, слизові оболонки не уражаються.
- ***Скарлатиноподібний висип,** що виникає інколи у хворих на вітряну віспу, відрізняється від скарлатини відсутністю улюбленою локалізацією, відсутністю ангіни, малинового язика, блідості носогубного трикутника.

Лікувальна тактика

- * Лікування проводиться в домашніх умовах, **хворого ізолюють на час захворювання не менш ніж на 5 днів після появи останнього елемента висипу.**
- * Постільний режим витримується на протязі 1 неділі.
- * Везікули та шкіру змащують 1% розчином діамантового зеленого або 0,04% розчином граміцидину. Для запобігання інфікування везікул використовують змащування їх 5% розчином перманганату калія. Очі промивають 2% розчином борної кислоти, закачують 15-20% розчином сульфацил-натрію, зів полощуть 1:5000 розчином фурациліну.
- * В стаціонар направляють дітей з тяжким перебігом хвороби, ускладненнями, супутньою патологією, яка може ускладнити перебіг вітряної віспи.
- * Етіотропна терапія представлена препаратами **віролекс, зовіракс, ацикловір 10-15 мг/кг 3 рази на добу внутрішньовенно краплинно 7 днів.** Крім ацикловіру ефективними також є такі препарати як **валацикловір, фамцикловір, ганцикловір.** Ацикловір може також використовуватися і у ентеральній формі: віком до 2 років доза препарату становить 200 мг, від 2-6 років - 400 мг, понад 6 років - 800 мг, приймають у 4 прийоми. При тяжких, генералізованих формах, ускладненому перебігу віспи, особливо дітей раннього віку також передбачається внутрішньовенне введення **полівалентного імуноглобуліну курсом 3-5 уведень щодня у дозі 0,4 г/кг або специфічного VZV імуноглобіліну у дозі 0,2 мл/кг.** Також в комплексній терапії застосовують полівітаміни, десенсибілізувальні засоби, антибіотики (бензилпеніцилін, оксацилін, ампіцилін), можливе використання інтерферону, ацикловіру, проводять дезінтоксикаційну терапію. Кортикостероїди призначають у випадку вітряночного енцефаліту.

Профілактика

- * Лікування здебільшого в домашніх умовах. Хворого необхідно ізолювати до 5 дня після останнього висипання. Приміщення, де перебуває хворий щодня провітрюють, проводять вологе прибирання.
- * Контактні діти дошкільного віку не допускаються в дитячі заклади **з 11 по 21 день контакту.** Вакцина в стадії розробки. Пасивна імунізація проводиться донорським імуноглобуліном - 0,2-0,5 мл/кг в перші 2 доби.

* Менінгококова інфекція * (infectio meningococcia)

*

* *Визначення:*

* Менінгококова інфекція - антропонозна гостра хвороба з групи інфекцій дихальних шляхів, спричиняється різними сероварами менінгококу і характеризується клінічним поліморфізмом: від назофарингіту та простого носійства до генералізованих форм - гнійного менінгіту, менінгоенцефаліту і менінгококцемії.

Класифікація: (В.И.Покровский, 1965)

Локалізовані форми:

- * Менінгококоносійство;
- * Гострий назофарингіт;

Генералізовані форми:

- * Менінгококцемія:
 - * Типова
 - * Блискавична
 - * Хронічна
- * Менінгіт
- * Менінгоенцефаліт
- * Змішана форма (менінгіт+менінгококцемія)

Рідкі форми:

- * Менінгококовий ендокардіт
- * Менінгококовий артрит
- * Менінгококовий поліартрит
- * Менінгококова пневмонія
- * Менінгококовий іридоцикліт

Загальні відомості:

- *Збудник менінгококової інфекції - менінгокок (**neisseria meningitidis**), який являється диплококом, грамнегативний, добре росте в умовах підвищеної вологості. Чутливий до несприятливих чинників зовнішнього середовища. До менінгококової інфекції сприйнятливі лише люди.
- ***Джерелом інфекції** є хвора людина або здорові носії.
- ***Механізм передачі** інфекції повітряно-краплинний. Сприйнятливість до менінгокока невисока - 10-15%.
- ***Механізми хвороби** зумовлені трьома головними чинниками: збудник, ендотоксин, алергія. Попадаючи іззовні на слизові оболонки, менінгококи долають місцевий бар'єр і попадають у лімфу, звідти у кров і розносяться в різні органи і тканини - найчастіше у головний мозок, що спричиняє менінгоенцефаліт. При високій бактерійемії велику роль у патогенезі відіграє ендотоксин, що звільняється при загибелі збудника. Це призводить до формування генералізованої реакції організму у вигляді менінгококцемії, токсемії та розвитку інфекційно-токсичного шоку, набряку головного мозку із церебральною гіпертензією, ДВЗ-синдрому з порушенням мікроциркуляції та крововиливу у наднирники. В такому перебігу хвороби надають значення генетичній схильності.

* Діагностичні критерії

Головні ознаки:

- * Хвороба починається з **високої температури тіла** до 39-40 С, блювоти, сильного головного болю, неспокою;
- * Виражені **симптоми інтоксикації** у вигляді блідості, кволості, або збудження;
- * Поява через 6-18 годин від початку хвороби плямисто-папульозної висипки, яка на протязі 2-3 годин перетворюється у **геморагічну**, переважно в області голіно-стопних суглобів;
- * **Менінгіальні симптоми**, які можуть з'явитися через 12-24 години від початку хвороби.

Факультативні ознаки:

- * Гіперестезія шкірних покривів на фоні пози “лягавої собаки”;
- * Часте дихання при відсутності клінічних даних, які би свідчили про пневмонію;
- * Тахікардія з приглушеними тонами серця;
- * Зниження артеріального тиску на фоні висипань на шкірі;
- * Затримка стулу на протязі декількох діб у старших дітей, можливий рідкий стілець 2-3 рази за добу у дітей до року;
- * Втрата свідомості, судоми при розвитку менінгоенцефаліту;
- * Поява геморагічних висипань з 2-3 доби хвороби.

Характеристика висипки при менінгококовій інфекції

- * Типова геморагічна висипка із некрозом в центрі, неправильної форми із зірчастими краями, темно-бурого забарвлення, яка виникає через 6-12 годин від початку захворювання.
- * Переважна локалізація висипки на ягодицях, нижніх кінцівках. Швидке поширення висипки на тулуб, лице та верхні кінцівки указує на вкрай важкий перебіг захворювання.
- * В окремих випадках типічній екзантемі передують кореподібний висип.
- * У випадку блискавичної форми менінгококцемії висипка носить геморагічний характер з ціанотичним відтінком та нагадує трупні плями.
- * В місцях поширених екхімозів утворюються некрози, відторгнення яких утворює дефекти м'яких тканин, в окремих випадках можливий розвиток сухої гангрени ногтьових фаланг, кисті, ступні, вушних раковин із послідуною їх ампутацією.

Лабораторні і інструментальні методи дослідження

- ***Загальний аналіз крові.** Уже на протязі першої доби виявляються ознаки помірної гіпохромної анемії, лейкоцитоз $15-40 \times 10^9 / \text{л}$, виражений нейтрофіліоз із зсувом вліво, лимфопенія, анеозинофілія, нормальна ШОЕ. Сама інформативна ознака - наявність паличкоядерного зсуву, так як у 15-20% хворих вміст лейкоцитів може бути нормальним, а при інфекційно-токсичному шоці можлива навіть лейкопенія і тромбоцитопенія;
- ***Загальний аналіз сечі** (можливе виявлення білку, еритроцитів, лейкоцитів - інфекційно-токсична нирка);
- ***Люмбальна пункція з дослідженням ліквору** на цитоз, клітинний склад, глюкозу, хлориди, вміст білку та бактеріологічне дослідження ліквору, що дозволяє проводити диференціальну діагностику гнійних менінгітів різної етіології;
- ***Бактеріоскопія “товстої краплі крові”** на менінгокок і посів крові на спеціальні середовища для виділення менінгококу;
- ***Мазок із носоглотки** у хворих та контактних осіб для діагностики носійства менінгокока;
- ***Серологічне дослідження** з метою виявлення антигенів в крові, лікворі, сечі та визначення титру антитіл у крові;
- ***Біохімічне дослідження** (калій, натрій, кальцій, загальний білок, сечовина, КОС, протромбіновий індекс);
- *При підозрі на ДВЗ-синдром - **коагулограма**.

Диференціальна діагностика:

- ***Геморагічний васкуліт** - висип у вигляді симетричних плям, петехій, або папулогеморагій які поєднуються із гематурією та внутрішніми кровотечами.
- ***Тромбоцитопенічна пурпура** починається поступово, температура тіла не підвищується, висип у вигляді синців локалізується на будь-яких ділянках тіла. у крові - *тромбоцитопенія*.
- ***Грипу** притаманний *петехіальний висип*, локалізується частіше на шиї, обличчі, слизовій оболонці ротової. За наявності менінгіту лікворологічні дані свідчать про серозне запалення. *В аналізі крові - лейкопенія, лімфоцитоз.*
- ***Кір:** висип появляється після продромального періоду вираженими катаральними явищами. характерні плями Філатова-Копліха, етапність висипань.
- ***Скарлатина:** типовим є зміни у зіві - гіперемія, ангіна. *Висип дрібнокрапчастий на гіперемованому фоні шкіри, із згущенням у природніх складках, блідість носогубного трикутника, стійкий білий дермографізм.*
- ***Туберкульозний менінгіт:** наявний первинний туберкульозний комплекс. Менінгіальні симптоми наростають поступово. У крові помірний лейкоцитоз лімфоцитарного характеру, ШОЕ прискорена. Ліквор опалеціює, *ксантохромний, лімфоцитарний плеоцитоз, збільшений вміст білка, різко знижений вміст цукру.*
- ***Вірусні менінгіти:** гострий початок, виражений менінгіальний симптомокомплекс. Ліквор прозорий, вміст білка нормальний, лімфоцитарний плеоцитоз. Ці зміни поєднуються із клінікою основного захворювання.
- ***Пневмококовий менінгіт** характеризується тяжким перебігом, схильністю до загострень та рецидивів. Ліквор зеленуватого кольору, в ній велика кількість білка та нейтрофілів.

Лікувальна тактика:

* Догоспідальний етап

- * При підозрі на генералізовану форму хворих направляють в інфекційний стаціонар. В домашніх умовах надають лише невідкладну допомогу. При підозрі на гнійний менінгіт та менінгіальних симптомах вводиться пеніцилін в разовій дозі 50000 МО на кг, лазікс - 1% розчин 1 мг кг, літична суміш при гіпертермії, седуксен 0,1 мл/кг та преднізолон 1мг\кг при симптомах менінгоенцефаліту.
- * При менінгококцемії, особливо при симптомах шоку та наростанні висипань показане введення левоміцетину сукцинату в дозі 30 мг кг внутрішньом'язево, преднізолону 3-5 мг кг бажано внутрішньовенно, літичної суміші, при можливості серцевих глікозидів внутрішньовенно, кисисеноткрапія.

* Госпідальний етап

- * Лікування гнійних менінгітів в умовах стаціонару продовжують пеніциліном в дозі 300 000-500 000 МО/кг добу, який вводять кожні 4 години, продовжують боротьбу із набяком головного мозку (20% розчин глюкози, 15-20% розчин маннітолу із розрахунку 0,5-1,5 г/кг сухої речовини, 10-20% розчин альбуміна, сечогінні, корекція КОС та водно-електролітного стану.
- * При менінгококцемії продовжують лікування левоміцетином сукцинатом в дозі 100 мг/кг добу (вводять 3-4 разів) на протязі 2 днів, потім переходять на пеніцилін 200000-300000 МО/кг добу, а також проводять боротьбу із інфекційно-токсичним шоком (свіжозаморожена плазма, кристалоїди, альбумін, дексазон, преднізолон у великих дозах, серцеві глікозиди, АТФ, кокарбоксілаза, допамін для підвищення артеріального тиску).

Реабілітація

- * Виписуються хворі із інфекційного стаціонару після повного клінічного видужання. Реконвалесценти менінгококової інфекції допускаються в дитячі колективи після одноразового, проведеного не раніше чим через 5 днів після виписки, дослідження слизу із зіву на менінгокок. На протязі 6 місяців після генералізованої форми менінгококової інфекції та протягом року показане диспансерне спостереження педіатра та дитячого невропатолога за участі психіатра та офтальмолога.