



Ветряная оспа

Ветряная оспа –

**высококонтагиозное острое
инфекционное заболевание,
вызываемое вирусом герпеса 3 типа,
характеризующееся
доброкачественным течением,
умеренно выраженной
интоксикацией, лихорадкой,
везикулезной сыпью на коже и
слизистых**

Возбудитель – вирус герпеса 3 типа.

- **ДНК-содержащий**
- **Очень летучий**
- **Нестоек в окружающей среде, чувствителен к дезрастворам, УФО.**

Эпидемиология.

Источник инфекции - больной ветряной оспой и опоясывающим лишаем.

- **Механизм передачи** аэрогенный,
- **путь передачи** - воздушно-капельный.
- Легко переносится на значительные расстояния (20 и более м), по вентиляционным ходам, по этажам
- Заразность очень велика и продолжается с последнего дня инкубационного периода до 3-5 дня от момента появления последнего элемента сыпи. Достаточно пройти мимо комнаты, где находится больной. Больной опоясывающим лишаем может стать источником ветряной оспы при длительном и очень тесном контакте с ним.
- Восприимчивы дети любого возраста. 80% переносят ее до 7 лет. Остальные переносят в школьном возрасте.
- После заболевания **стойкий пожизненный иммунитет.**

Патогенез

Входные ворота - слизистая верхних дыхательных путей; вирус размножается и накапливается в эпителии. Затем попадает в лимфоузлы и кровь. С момента начала вирусемии появляется клиника. Вирус тропен к эпителию, в т.ч. кожи. При попадании туда вируса появляются везикулы с серозным содержимым.

При тяжелых формах особенно при ИДС возможно поражение печени, почек, надпочечников, легких, ЦНС и др. органов

Периоды болезни:

- **Инкубационный (11-21 день)**
- **Продромальный (0-1 день)**
- **Разгара и высыпания (4-7 дней)**
- **Реконвалесценции**

Классификация

Тип	Формы тяжести	Течение
Типичная Атипичная: <ul style="list-style-type: none">■ Рудиментарная■ Геморрагическая■ Гангренозная■ Генерализованная (висцеральная)	Легкая Средне-тяжелая Тяжелая	Не осложненное Осложненное

Клиника

- **Продромальный период** короткий и бывает не всегда – субфебрильная Т, недомогание, снижение аппетита
- **Период разгара** - высыпания и небольшое повышение Т.

Сыпь: пятно - везикула - корочка.

Пятна превращаются в везикулы за несколько часов. Их может быть от десятка до 1000-1500 элементов. Везикулы с прозрачным содержимым, при проколе спадаются, т.к. пузырек однокамерный. Характерны высыпания на волосистой части головы. Может быть также на слизистых рта - ветряночный афтозный стоматит, глаз, а у девочек - и половых органов. Не бывает на ладонях и подошвах.

Высыпания продолжаются 3-4 дня, поэтому характерен полиморфизм сыпи: видны и пятна, и везикулы и корочки. Сыпь сопровождается зудом и располагается на нормальном фоне кожи без всякого порядка. Корочки отпадают ч/з 5-10 дней без следа. При их срывании и инфицировании заживление удлиняется на 1-2 недели, а на месте их остаются рубчики.

Сыпь при ветрянке



Осложнения:

- Геморрагическая форма
- Буллезная форма
- Гангренозная форма
- Вирусная пневмония (на 2-5 день болезни, чаще у детей до 2 лет и взрослых).
- Энцефалиты - более тяжелые, чем большинство вирусных энцефалитов
- При присоединении гнойной инфекции: гингивиты, стоматиты, конъюнктивиты, флегмоны, рожистое воспаление, лимфадениты, кератиты, отиты, сепсис, ложный круп, иногда гломерулонефриты. Гнойные осложнения особенно часто возникают у детей 1-х 2-х лет, ослабленных, ЧБД, хр. гнойными инфекциями.

Лечение

на дому – участковый врач

Госпитализация по показаниям:

- **клиническим (при осложненных формах),**
- **эпидемиологическим (из закрытых детских коллективов),**
- **социальным (асоциальная семья, скученность, при невозможности изоляции пациента)**

Госпитализация в мельцеровский бокс

Лечение

- **Тщательный гигиенический уход, пока не отпадут корочки. Ежедневная смена постельного и нательного белья.**
- **Коротко подстричь ногти, маленьким - матерчатые варежки.**
- **Купание ежедневно при Т36-37о с розовым раствором перманганата калия. Ребенка не мыть губкой и даже рукой, чтобы не повредить пузырьки. После купания осторожно обсушивать мягкой простыней, не вытирая.**
- **При появлении сыпи на половых органах мальчикам ежедневно ванночки со слабым раствором перманганата калия, девочек подмывать этим раствором**

- Умывать, намочив кусочек ваты в кипяченой воде или слабо розовом растворе перманганата калия и осторожно прикладывая к лицу, затем слегка промокнуть полотенцем. Руки ребенку мыть с мылом несколько раз в день.
- Сразу после ванны и умывания каждый пузырек и корочку смазывать 1% раствором бриллиантового зеленого или фиолетовым (5%) раствором перманганата калия. Нагноившиеся корочки смазывают синтомициновой эмульсией.
- При поражении слизистой рта полоскать несколько раз в день и после еды раствором пищевой соды 1/2 ч.л. на стакан воды или теплым раствором фурацилина (1 таблетку растолочь, растворить в стакане кипятка и остудить), настоем ромашки. Еду маленьким детям запивать водой или чаем, если они еще не умеют полоскать рот.

- Глаза промывать, закапывать физраствор, по назначению - мазь "зовиракс".
- Комнату проветривать 2-3 раза в день, ежедневно влажная уборка.
- При повышении Т и пока продолжаются высыпания необходим постельный режим, даже если самочувствие хорошее.
- Отвлекать. Чаще брать на руки, разговаривать, показывать картинки, сооружать пирамиды, играть кубиками. Для более старших лепка, мозаики, конструирование. Руки должны быть постоянно заняты.

Пища должна быть молочно-растительной, жидкой или полужидкой, несоленой и теплой (каши, пюре, супы, котлеты, фрикадельки, рубленое мясо, тертые овощи). Обильное питье - морс, компот.

Стандарт лечения

Форма тяжести	Догоспитальный этап	Госпитальный этап
Легкая (Т до 38, необильные высыпания, интоксикации нет)	Обработка элементов сыпи спиртовым раствором анилиновых красителей Обработка афт водным раствором анилиновых красителей Жаропонижающие per os (парацетамол, ибупрофен)	-

Стандарт лечения

Форма тяжести	Догоспитальный этап	Госпитальный этап
Средней тяжести (Т 38-39, умеренная интоксикация, обильные высыпания на коже и слизистых)	Обработка элементов сыпи спиртовым раствором анилиновых красителей Обработка афт водным раствором анилиновых красителей Жаропонижающие per os (парацетамол, ибупрофен) При наслоении бактериальных инфекций – антибиотики (азитромицин, амоксициллин) Анаферон, виферон	-

Стандарт лечения

Форма тяжести	Догоспитальный этап	Госпитальный этап
Тяжелая (Т 39-40, очень обильные крупные высыпания, тяжелая интоксикация)	-	Этиотропная терапия - ацикловир (зовиракс, виroleкс) Обработка элементов анилиновыми красителями Жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен) Инфузионная терапия: 30% от суточной потребности – глюкоза 5%, NaCl 0,9%, реополиглюкин Анаферон, виферон

**Период реконвалесценции лучше
провести дома в связи со снижением
иммунитета.**

Медотвод от прививок на месяц

Профилактика:

- **Дезинфекция в очаге не проводится**
- **На каждый случай подается экстренное извещение**
- **Изоляция прекращается через 5 дней с момента последних высыпаний и через 10 дней при осложненном течении**
- **Карантин 23 дня**
- **Детей до 3-7 лет, не болевших ветряной оспой, изолируют с 11 по 21 день с момента контакта (ежедневный осмотр, термометрия)**



Эпидемический паротит

Эпидемический паротит – острое
инфекционное вирусное заболевание,
характеризующееся общей интоксикацией и
поражением слюнных и других желез
(поджелудочная, половые) и нервной системы

Паротит



Возбудитель – вирус паротита.

- **РНК-содержащий**
- **Нестоек в окружающей среде, чувствителен к дезрастворам, УФО.**

Эпидемиология.

Источник инфекции - больной человек

- **Механизм передачи аэрогенный,**
- **пути передачи - воздушно-капельный, контактно-бытовой**

Восприимчивость высокая, риск заражения возникает при достаточно длительном и тесном контакте

Иммунитет стойкий, пожизненный

Патогенез

Входные ворота - слизистая верхних дыхательных путей; вирус попадает в кровь. Вирус имеет тропность к железистым органам (слюнные железы, поджелудочная железа, простата, яички, щитовидная железа) и к нервной системе. В этих органах вирусы паротита накапливаются, размножаются и в конце инкубационного периода опять выходят в кровь (вторая волна вирусемии).

Классификация

Тип	Формы тяжести	Течение
<p>Типичная Атипичная:</p> <ul style="list-style-type: none">■ без поражения околоушных слюнных желез (стертые бессимптомные)■ С поражением других железистых органов и ЦНС <p>Комбинированная (поражение слюнных желез и других органов)</p>	<p>Легкая Средне-тяжелая Тяжелая</p>	<p>Не осложненное Осложненное</p>

Периоды болезни:

- **Инкубационный (11-21 день)**
- **Продромальный (0-1 день)**
- **Разгара**
- **Реконвалесценции**

Клиника

Повышается температура до 38° С, появляется интоксикация.

Через 1-2 дня возникает отечность и болезненность в области околоушной слюнной железы (область щеки, приближенная к уху, приблизительно в центральной части). Кожа над ней натягивается, ее нельзя собрать в складку пальцами.

Нарушается функция железы - в полости рта ощущается сухость. Поскольку слюна обладает пищеварительными и антибактериальными свойствами, возможно присоединение как диспепсических расстройств (тошнота, боли в животе, нарушения стула), так и бактериальных инфекций полости рта (стоматиты). Поражение желез может быть как односторонним, так и двусторонним. Помимо околоушной железы могут поражаться подчелюстные и подъязычные железы. Лицо принимает одутловатый вид, особенно подбородочная и околоушная части. Боль при жевании, глотании, открывании рта. Головная боль, шум в ушах, снижение слуха.

Через несколько дней может появиться:

- **панкреатит** появляется анорексия, тошнота, рвота, нарушения стула, боли в эпигастрии и левом подреберье. Повышение диастазы в моче.
- У более старших детей (мальчиков школьного возраста) может наблюдаться поражение яичек (**орхит**) и предстательной железы (**простатит**). При орхите чаще поражается одно яичко - отек, гиперемия кожи мошонки, интенсивные боли с иррадиацией в паховую область и поясницу. При простатите болезненность локализуется в области промежности. При ректальном исследовании определяется опухолевидное образование, болезненное на ощупь.

- У девочек может наблюдаться поражение яичников (**оофорит**), что проявляется появлением болей в животе, тошнотой.
- **Серозный менингит** - характерно появление головной боли, высокая температура тела, повторная рвота, менингеальный синдром. В ликворе высокий цитоз за счет лимфоцитов
- **Менингоэнцефалит** – потеря сознания, судороги, рвота, парезы, параличи на фоне менингеального синдрома

Осложнения:

- **Сахарный диабет,**
- **Атрофия яичек, аспермия (бесплодие) у мальчиков**
- **Нарушения менструального цикла, бесплодие у девочек**
- **Глухота**
- **Заикание**
- **Астенический синдром**
- **Гипертензионный синдром**
- **Эпилепсия**
- **Отставание в психическом развитии**

Лечение

Госпитализация при тяжелых и комбинированных формах, с поражением ЦНС, панкреатитом, орхитом, оофоритом, а также дети из закрытых детских учреждений.

Дома изолировать в отдельной комнате

Строгий постельный режим на весь период подъема температуры, но не менее 7 дней.

Обильное питье

Ограничивают сладости, жиры, экстрактивные вещества, соль. Исключают острое, жирное, копченое, грибы, консервы, кофе, яйца вкрутую, свежий хлеб, сдоба, холодные напитки. Пища должна быть протертой (каши, супы, бульоны), поскольку больному ребенку трудно жевать; теплой; небольшими порциями, 6-8 раз в сутки. Не перекармливать ребенка.

Пища готовится на пару, запекается, отваривается

Частое полоскание рта

- **На область околоушных слюнных желез можно применять сухое тепло.**
- **Для снижения температуры тела применяются жаропонижающие препараты (ибупрофен, парацетамол).**

Профилактика

- **Дезинфекция в очаге не проводится**
- **На каждый случай подается экстренное извещение**
- **Госпитализация или изоляция не менее 9 дней.**
- **С момента выявления 1-го больного до 21 дня с момента выявления последнего заболевшего в коллектив не принимаются дети, не болевшие этой инфекцией и не привитые против нее. Дети до 7 лет, бывшие в контакте (не болевшие и не привитые) разобщаются на 14 дней.**
- **В очаге проводится экстренная вакцинация не болевшим и не привитым до 25 лет, или привитым 1 раз (если с момента вакцинации прошло не менее 6 месяцев; если нет данных о прививке; если нет АТ в защитном титре). Прививки проводятся не позже 7-го дня с момента выявления первого больного в очаге.**
- **Детям, имеющим медотвод от прививок или не достигшим прививочного возраста, водится ИГ человека нормальный или противопаротитный.**
- **Среди контактных детей проводят неспецифическую профилактику эпидемического паротита противовирусными препаратами: виферон, интерферон**

Наблюдение на участке:

- **После панкреатита диета соблюдается не менее года. Наблюдение гастроэнтеролога и эндокринолога**
- **После менингита наблюдение невролога не менее 1 года**
- **После орхита наблюдение андролога. Орхит предрасполагает к возникновению опухолей яичка. У части мужчин возникает импотенция и гинекомастия из-за снижения выработки андрогенов.**