

Детские инфекции

Ветряная оспа, корь, скарлатина, краснуха

Ветряная оспа

- Ветряная оспа – острая, высокококозаразная вирусная инфекция, передающаяся воздушно-капельным и контактным путём, сопровождающаяся везикулёзной сыпью и сопутствующей интоксикацией.
- Вирус ветряной оспы (*Varicella-herpes zoster* – это 3 тип герпес-вирусной инфекции)

Эпидемиология

- Источник – больной ветряной оспой и опоясывающим герпесом. Больные заразны за сутки до появления катаральных симптомов (т.е до продромального периода) и в течении 5 дней от момента появления сыпи. Пути передачи – воздушно-капельный (при разговоре, кашле, громком плаче, крике), контактно-бытовой (заражение слюной или отделяемым везикул) и контактный (при непосредственном прикосновении).

Клиническая картина

- **Инкубационный период ветряной оспы** (от момента внедрения, до первых признаков ветрянки) 11-23 дня.
- **Продромальный период ветрянки** – (этого периода может и не быть) бывает только у небольшой части людей и длится около суток. Характеризуется скарлатиноподобным высыпанием с сохранением в течение нескольких часов и дальнейшим его исчезновением, подъёмом температуры до 37-38⁰С и симптомами интоксикации.

Период высыпаний

- – при ветряной оспе начинается остро (или сразу после продромального периода) и длится на протяжении 3-4 дней и более. Происходит:
- • увеличение регионарных лимфоузлов (может не быть),
- • лихорадка 37-39°C сохраняется на протяжении всего периода высыпания и, каждый новый толчок высыпаний сопровождается подъёмом температуры,
- • сыпь

Сыпь

- Сыпь при ветрянке появляется с 1-го дня начала интоксикации, с подсыпаниями в течении 5 дней – одни элементы проходят, а другие только появляются. Поэтому создаётся впечатление разнообразия сыпи у больного: пузырьки, пятна, корочки одновременно). Излюбленной локализации и этапности нет (высыпания могут быть даже на волосистой части головы – важный дифференциально-диагностический признак, также на слизистой рта, половых органов у девочек, конъюнктиве/роговице, гортани, с дальнейшим изъязвлением и заживлением в течении 5 дней).
- За 1 день красное пятно превращается в пузырёк и через пару дней сыпь выглядит на поверхности тела как «капли росы» с прозрачным содержимым, которое мутнеет через 1-2 дня, а ещё через 1-2 дня пузырёк подсыхает и превращается в корочку, отпадающую через 1-3 недели.



Сыпь при ветряной оспе

The same spot over 15 days.



- Больной ветряной оспой перестаёт быть заразным, как только прекратились подсыпания и образовались корочки. Сыпь сопровождается зудом различной интенсивности. При хорошей антисептической обработке высыпаний они не оставляют после себя рубцов, но при игнорировании этих гигиенических правил происходит вторичное заражение бактериями с поверхности кожи с последующим образованием рубцов/шрамов.



open-medicine.ru

71
Ветряная оспа.
В центре элемент
сыпи с наложением
бактериальной
инфекции.

- Период выздоровления длится в течении 3 недель от окончания высыпаний и характеризуется отпадением корочек и становлением пожизненного иммунитета. После отпадения корочек остаются темные пятна, но они проходят в течение нескольких недель. Рубцов не остается, если не было вторичного инфицирования.

Лечение

- 1. Этиотропное лечение ветряной оспы
- - Вироцидные препараты, направленные конкретно против герпес вирусов:
 - ацикловир = зовиракс = виролекс (с 2 лет);
 - валцикловир (с 12 лет),
 - фамцикловир (с 17лет), изопринозин; Также используют Ацикловир-мазь на высыпания и при конъюнктивитах (поражении глаз).

А также

- - Иммуномодуляторы: интерферон, виферон
- - Иммуностимуляторы: циклоферон, анаферон
- - Антибиотики применяют при вторичных бактериальных осложнениях, и препаратом выбора являются цефалоспорины 3 поколения.
- - Поливитамины, антигистаминные препараты (при выраженном зуде применяют местно – фенистил гель или гистан, или другие антигистаминные мази; а внутрь применяют антигистаминные препараты супрастин, тавегил и др); жаропонижающие (ибупрофен, нурофен, или физические методы охлаждения – обёртывание).

Уход

- - Постельный режим 3-5 дней (при осложненном течении дольше)
- - Тщательный уход за кожей и слизистыми:
- • гигиенические ванны/душ, после не растирать кожу, слегка промокнуть полотенцем,
 - обработка сыпи зелёной, либо другими антисептиками для предотвращения вторичной инфекции,
 - обработка слизистой рта – полоскание фурациллином и/или сульфацилом натрия, или гидрокарбонатом натрия;
- - Обильное щелочное питьё

После перенесенной инфекции

- Осмотр врача через месяц после перенесенной инфекции
- • охранительный режим в течении 2 недель после выздоровления (освобождение от физической нагрузки),
- • отвод от профилактических прививок на 2 месяца,
- • в течении месяца: поливитамины и /или витаминно-минеральные комплексы, метаболическая терапия и растительные адаптогены.

Профилактика

- При отсутствии противопоказаний в 2 года можно сделать вакцинацию против ветрянки – вакцины Варилрикс, Окавакс, Превенар или Пневмо-23 (последние 2 ещё против пневмококковой инфекции);
- Пассивную иммунопрофилактику применяют путём введения «Варицелла-Зостер-иммуноглобулин» - VZIG, она необходима: всем новорождённым, матери которых не переболели ветрянкой или заразились за несколько дней до родов.
- Неспецифическая профилактика ветряной оспы – карантин (изоляция больного) в течении 5-7 дней от начала высыпаний, с периодическим проветриванием и влажной уборкой помещений. Всех неиммунизированных контактных изолируют до 21 дня.

Корь

- Корь – острая, высокозаразная вирусная инфекция, встречающаяся только у человека, передающаяся воздушно-капельным путём, вызывающая поражение слизистых ротовой полости, ротоглотки, дыхательных путей и глаз и сопровождающееся пятнисто-папулёзной сыпью на коже (экзантема) и слизистых рта (энантема), с сопутствующей тяжёлой интоксикацией.
- После перенесённого заболевания формируется пожизненный стойкий иммунитет, но регистрируются единичные случаи реинфицирования. При вакцинации, с последующей ревакцинацией иммунитет сохраняется в течении 20 лет.

- Источник – больной человек. Он опасен с момента начала первых катаральных проявлений. Пути передачи вируса – воздушно-капельный (при чихании, кашле, крике, разговоре). Заражение гораздо легче происходит в организованных коллективах закрытых учреждений (детские дома, сады и т.д).

Клиническая картина

- Инкубационный период – 9-17 дней.
- Продромальный период длится 3-5 дней и характеризуется следующими симптомами:
- • катар верхних дыхательных путей (обильные слизистые выделения из носа, грубый/сухой/навязчивый кашель с осиплостью голоса)
- • конъюнктивит (отёк и гиперемия слизистой оболочки глаза, с серозным отделяемым, инъекция сосудов склер, слезотечение и светобоязнь)
- • лихорадка (подъём t^0 до $38,5^0C$)
- • интоксикация (вялость, раздражительность, снижение аппетита, нарушение сна)

Кроме того

- Энантиема (пятна Бельского-Филатова-Коплика) – это пятна в виде манной крупы (маленькие белесоватые, с краснотой по краям), располагаются на слизистой щёк около коренных зубов, также могут быть на слизистой губ и десен. Они появляются за 2-3 дня до появления высыпаний (или иными словами через 1-2 дня после начала катаральных проявлений) и, когда появляются высыпания на коже, то эти пятнышки на слизистой исчезают.
- • Мелкие точечные красноватые высыпания на языке, мягком и твёрдом нёбе – они появляются на 2-3 день болезни и сохраняются до конца периода высыпаний.

Пятна Филатова-Бельского-Коплика



Период высыпаний

- начинается в конце продромального периода (через 2-3 дня от момента появления сыпи на слизистых), также происходит:
- • усиление интоксикации и лихорадки
- • усиление симптомов со стороны верхних дыхательных путей (возможно развитие бронхита, с изменением характера кашля – становится более влажным, наблюдается отхождение мокроты)

Сыпь

- Пятнисто-папулёзная сыпь появляется со следующей этапностью:

С 1-ого дня высыпаний бледно-розовые пятна появляются на верхнебоковых участках шеи, потом за ушами, потом вдоль роста волос и на щеках, ближе к ушной раковине и в течении суток сыпью охвачены шея, руки и верхняя часть грудной клетки; при этом сыпь приобретает папулезный характер.

Ко 2-му дню сыпь распространяется на спину, живот, конечности.

На 3-й день сыпь появляется на стопах, но начинает бледнеть на лице, оставляя временную пигментацию после себя с небольшим шелушением. При этом, края слившихся высыпаний не ровные.



Период пигментации

- – длится 1-1,5 недели. На месте высыпаний обнаруживаются пятна коричневого цвета, наличие шелушения. Этот период характеризует:
- • снижение температуры и исчезновение интоксикации
- • исчезновение симптоматики со стороны верхних дыхательных путей

Лечение

- • Постельный режим до нормализации температуры
- • Щадящая витаминизированная диета
- • Этиотропное лечение – применение широкоспектрных противовирусных препаратов (изопринозин, арбидол); иммуномодуляторы (интерферон, виферон); иммуностимуляторы (циклоферон); В тяжёлых случаях применяют иммуноглобулины внутривенно (иммуновенин, пентаглобин);

- • Симптоматическое лечение:
 - при конъюнктивитах (0,25% левомицитиновые капли, 20% альбуцид)
 - при катаральных симптомах со стороны дыхательных путей (отхаркивающие, муколитики, противовоспалительные аэрозоли)
 - при лихорадке (НПВС – нестероидные противовоспалительные)
 - полоскание ротовой полости раствором хлоргексидина, ротоканом, настоем ромашки.

Профилактика

- Неспецифические меры – изоляция больных от начала продромальных проявлений до 5 дня с момента появления сыпи, возможно до 10 дня при наличии осложнений со стороны дыхательных путей. Контактные лица изолируются до 21 дня. Люди, перенесшие в прошлом корь или вакцинированные не подлежат мерам карантина и профилактические мероприятия среди них не распространяются.
- Специфические мероприятия: активная профилактика: вакцинация ЖКВ (вакцина «Рувакс» или MMR) в возрасте 12 месяцев, а потом в 6 лет. Или же пассивная - введение γ -глобулина не позднее 3-5 дня от возможного контакта.

Скарлатина

- Скарлатина – острая, бактериальная инфекция, с воздушно-капельным путем передачи, характеризующаяся острым лихорадочным началом и интоксикацией, а также наличием ангины и высыпанием на коже.
- Возбудитель скарлатины – β -гемолитический стрептококк группы А.
- Первый контакт ребенка со стрептококком.

- 
- Источник – больной человек, носитель, а также болеющие стрептококковой ангиной или назофарингитом.

Клиническая картина

- *Инкубационный период* длится 1-10 дней, но чаще 2-4 дня.
- Катаральный период длится около недели и характеризуется:
- • острым началом с подъёмом температуры и симптомами интоксикации (часто сопровождается однократной рвотой);
 - с первых же дней, параллельно с подъёмом температуры и развитием интоксикации, возникает ангина. Она часто обширная, захватывает нёбные миндалины, глоточную миндалину, язычную миндалину, миндалины у евстахиевых труб.

- Гиперемия ротоглотки настолько выражена, и края её настолько чёткие, что ранее врачи называли это состояние «симптом пылающего зева». Также, на воспалённых миндалинах возникают налёты различной интенсивности – от мелкоточечных, до глубоких распространённых.
- Увеличены переднешейные лимфоузлы, при пальпации болезненны и уплотнены.

- Язык обложен густым белым налётом, но с 4 дня этот налёт начинает сходить и на его месте виднеется ярко-красная с малиновым оттенком поверхность языка с отчётливо выступающими сосочками. Такой броский цвет языка сохраняется на протяжении 2-3 недель и называется «симптомом малинового языка».

**Скарлатина - острое инфекционное заболевание,
вызванное
бета - гемолитическим стрептококком группы
А.**



Особенности сыпи

- • К концу первых суток или началу вторых, на фоне лихорадки, интоксикации и ангины, начинается сыпь, которая имеет особенности:
 - мелкоточечная сыпь, возникает сначала на лице, шее и верхних частях туловища, потом на сгибательных поверхностях конечностей, на боковых поверхностях груди и живота. А также на внутренних поверхностях бёдер.
 - В местах естественных сгибов (локтевые, паховые, подмышечные) сыпь образует скопления в виде тёмно-красных полос.

- - На лице сыпь «не трогает» только носогубный треугольник - он становится бледным («симптом Филатова»).
- на 4-7 день сыпь начинает бледнеть, не оставляя после себя никакой пигментации, но после неё происходит отшелушивание эпидермиса, особенно на пятках и ладонях замечают крупнопластинчатое шелушение. Шелушение длится 2 недели



Лечение

- 1. Этиотропное лечение заключается в применении антибиотиков (пенициллины, цефалоспорины, при непереносимости макролиды). Лечение возможно в домашних условиях при возрасте ребёнка старше 3 лет и течении заболевания в лёгкой форме. В остальных случаях необходима госпитализация. Длительность лечения 7 дней.
- 2. Местное лечение заключается в применении таких препаратов, как йокс, гексорал, стопангин, тантум верде (с учётом возрастных ограничений – какие-то препараты можно применять с 3 лет, какие-то с 12 и т.д.). К местному лечению также можно отнести полоскание горла раствором ромашки, фурацилина, ротоканом.

- 
- 3. Противовосполительная и иммулотропная терапия
 - 4. Антигистаминные препараты: супрастин, тавегил, зиртек и др.

Профилактика

- Больные должны госпитализироваться с тяжёлыми и среднетяжелыми формами, особенно из семей, где есть дети до 10 лет, не болевшие скарлатиной. Изоляция должна длиться 10 дней от момента начала заболевания. В детском учреждении, где зарегистрирована вспышка, на группу накладывается карантин с учётом медицинского наблюдения.
- Специфической профилактики и лечения не разработано.

Краснуха

- Краснуха - вирусное заболевание, проявляющееся мелкопятнистой сыпью, незначительным воспалением верхних дыхательных путей и лёгким интоксикационным синдромом.

Эпидемиология

- Источник вируса – больной человек. Также источником могут быть дети с врождённой краснухой (от матери, болевшей на момент беременности) – они могут являться источниками заражения на протяжении до 3 лет своей жизни (зарегистрированы случаи выделения вируса до 18 лет). Болеющий опасен за 5-7 дней до появления сыпи и в течении 7 дней после её исчезновения.
- Пути заражения – воздушно-капельный, трансплацентарный (заражение беременной женщины, с последующим заражением плода).
- Благоприятными условиями для заражения служит скученность населения, т.е организованные коллективы.

Клиническая картина

- Инкубационный период (от момента внедрения возбудителя и его жизнедеятельности в организме до первых симптомов) - 13-23 дня.

Продромальный период

- - его может и не быть. Длится может от нескольких часов до 2 дней. При этом катаральные явления выражены в наименьшей степени – недомогание, температура поднимается до 37,5-38⁰С.
- Наблюдается увеличение лимфоузлов за день или за два до высыпаний, в основном увеличиваются заднешейные и затылочные лимфоузлы, они мягкой консистенции, неспаянны с окружающими тканями и безболезненны.

Период высыпаний

- Перед кожными высыпаниями часто появляется энантема – розовые пятнышки на мягком нёбе, которые могут сливаться и переходить на дужки и твёрдое нёбо.
- После сыпи на слизистой возникает мелкопятнистая сыпь по всей поверхности тела, но преимущественно на лице, разгибательных поверхностях и ягодицах.

Характер сыпи

- мелкопятнистая, относительно обильная, редко сливается и быстро теряет яркость окраски.

Период

реконвалисценции

- В этот период все проявления идут на убыль. Но больной ещё может заразить других (неболевших/непривитых) на протяжении 7 дней от прошедших высыпаний.

Врожденная краснуха характеризуется триадой Грегга:

- катаракта (помутнение хрусталика) одно- или двухсторонняя, часто сопровождается микрофтальмом.
- Пороки сердца (незаращение артериального протока, стеноз легочной артерии, поражение клапанного аппарата или какой-либо сердечной перегородки);
- Глухота.

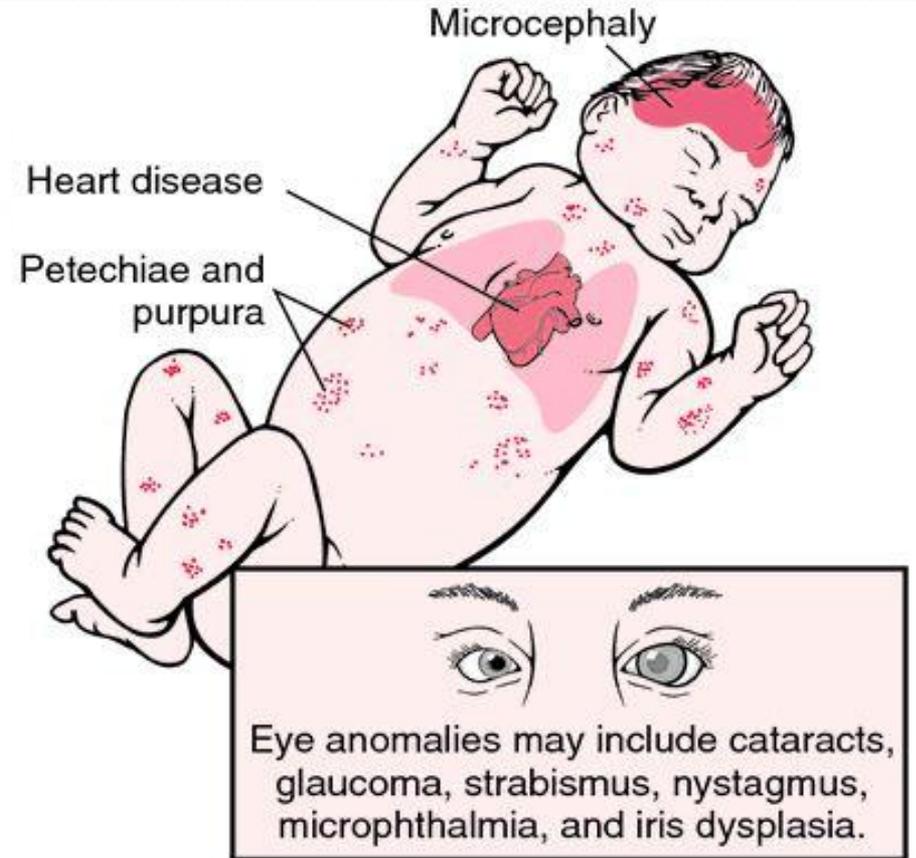


Синдром врожденной краснухи





Rubella virus



Лечение

- Специфического лечения не разработано, поэтому используют:
- постельный режим в течении 3-7 дней;
- полноценное питание, с учётом возрастных особенностей;
- Противовирусные препараты (арбидол, изопринозин),
- иммуномодуляторы (интерферон, виферон) и иммуностимуляторы (циклоферон, анаферон).
- дезинтоксикационная терапия - обильное питьё;

Профилактика

- Заболевшие изолируются на 5-7 дней от момента появления сыпи, а контактировавшие с ним – на 21 день.
- При контакте беременной женщины с больным, её восприимчивость определяется серологическими методами определяют наличие IgG - если они есть, то женщина считается иммунной, если нет – пробу повторяют через 5 недель и, при положительном результате IgG предлагают прерывание беременности, если и на второй раз ничего не обнаруживают – проводят пробу в третий раз через месяц – интерпретация та же, что и при второй пробе.

- Специфическая профилактика – это вакцинация живой вакциной «Рудивакс» или живой комбинированной вакциной против краснухи/кори/паротита – «MMR-II».

Спасибо за внимание!

