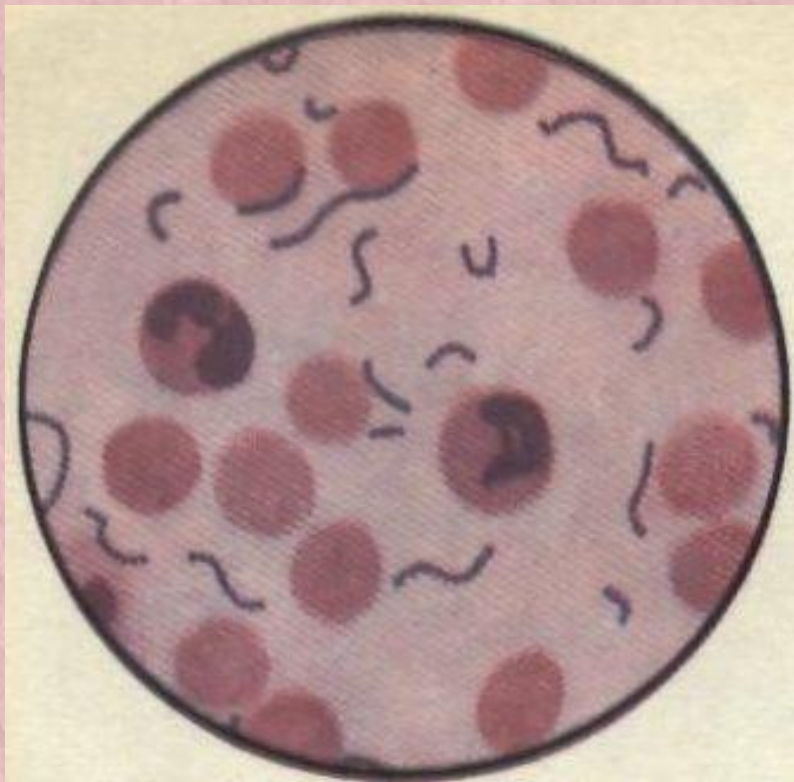




Саратовский медицинский
колледж СГМУ им.В.И.Разумовского
2014 год
Земляниченко Е.П.

Сестринская помощь при скарлатине и коклюше



- **Возбудитель – гемолитический стрептококк группы А**
- **Устойчив во внешней среде**
- **Выделяет экзотоксин, вызывающий аллергическую настроенность организма**

Скарлатина

Скарлатина - острое инфекционное заболевание, характеризующееся симптомами интоксикации, ангиной и высыпаниями на коже

Скарлатин

- **а** **Эпидемиология:**
 - ❑ **Источник инфекции** – больной или бактерионоситель
 - ❑ **Механизм передачи** – воздушно-капельный и контактно-бытовой (игрушки, через «третьих лиц»), пищевой
 - ❑ **Входные ворота** – миндалины (97%), поврежденная кожа (1,5%)-экстрабукальная форма(чаще при ожогах)
 - ❑ **Чаще болеют дети 2-7 лет**
 - ❑ **Характерна осенне-зимняя сезонность**
 - ❑ **Индекс контагиозности** – 40%
 - ❑ **Иммунитет стойкий, но возможны повторные случаи**

Клинические признаки скарлатины



- ☐ Внезапное начало
- ☐ Выраженная интоксикация (температура 38-40°C, рвота, головная боль, общая слабость)
- ☐ Боль в горле, ангина, «пылающий зев» с 1 дня заболевания
- ☐ «Малиновый язык»
- ☐ Сыпь на коже

Клинические признаки скарлатины

Ангина (фолликулярная,
лакунарная)



Гнойный налёт в лакунах
миндалин

«Пылающий зев»- яркая
отграниченная
гиперемия миндалин,
язычка, дужек. Налета
на миндалинах нет



Клинические признаки

Специфические **скарлатины**

изменения языка -белый
налёт на языке

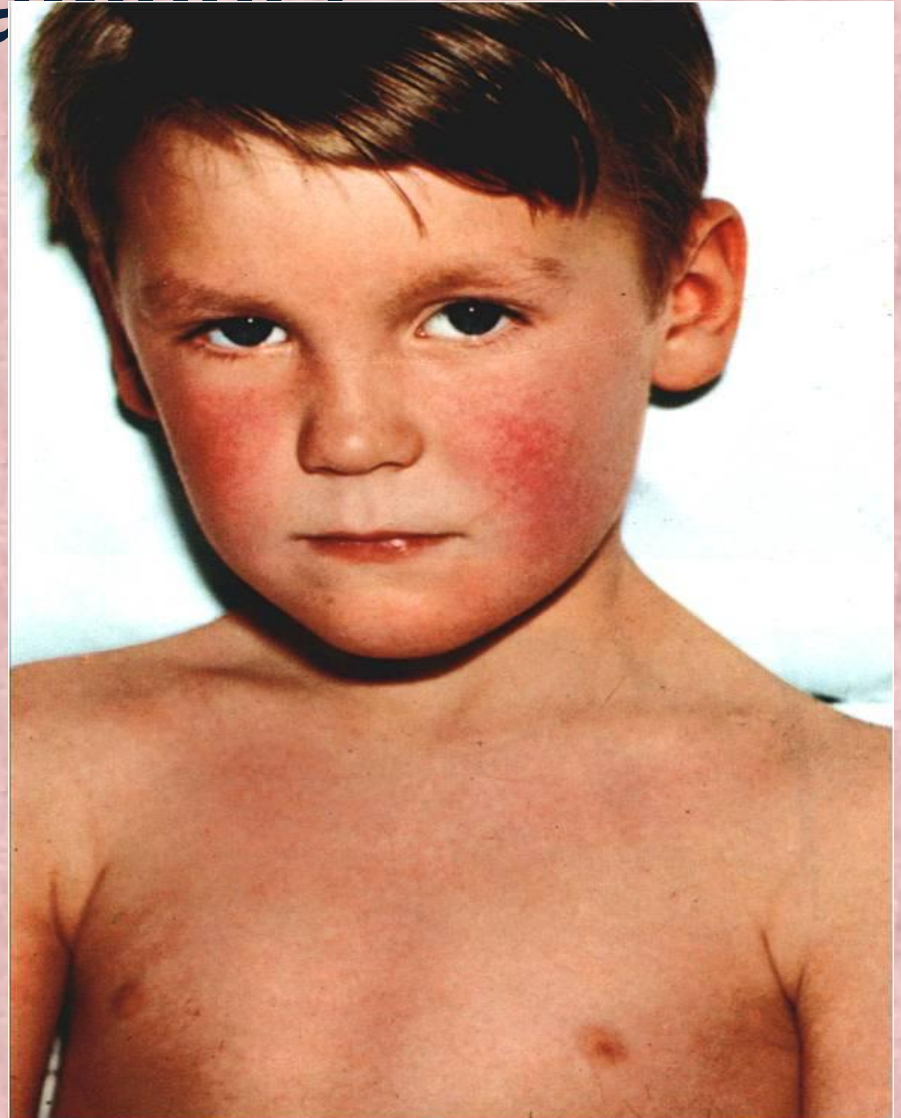
«Малиновый язык» -
ярко розовый с
гипертрофированными
сосочками



Очищается с краев и
кончика и на 2-3 день
становится «малиновым»

Клинические признаки

Мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи (с конца 1 дня болезни)



Особенности сыпи при скарлатине



□ Более насыщена
на боковой
поверхности
туловища, внизу
живота, на
сгибательной
поверхности, в
местах
естественных
складок

Особенности сыпи при скарлатине



дермографизм в первую неделю
заболевания

Особенности сыпи при скарлатине



- ❑ Отсутствует на лице в области носогубного треугольника (бледный носогубный треугольник Филатова)

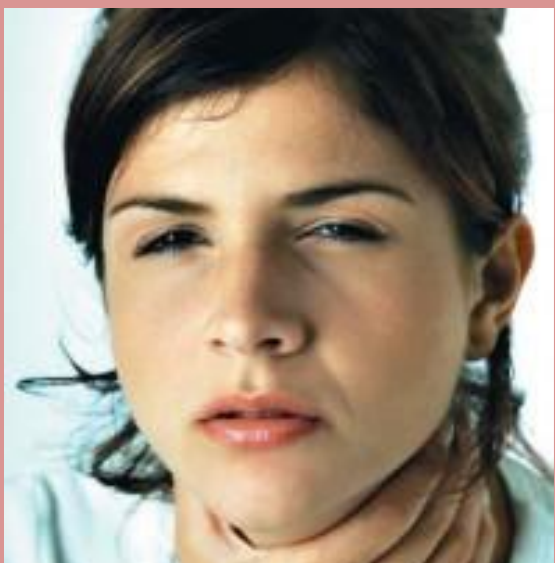
Особенности сыпи при скарлатине



- ☐ Сыпь исчезает через 3-7 дней
- ☐ Появляется отрубевидное шелушение на туловище
- ☐ Пластинчатое шелушение ладоней и подошв



М
пластинчатое шелушение кожи ладоней – специфический симптом скарлатины



Постоящие проблемы при скарлатине:

- 1. Гипертермия, головная боль, рвота – из-за интоксикации;**
- 2. Боль в горле – из-за ангины;**
- 3. Дефект кожи – мелкоточечная сыпь;**
- 4. Дискомфорт из-за сухости, шелушения кожи.**

Потенциальные проблемы при скарлатине:

Риск развития осложнений

Осложнения скарлатины

Ранние (на 1 неделе) за счёт бактериального фактора

- ☐ Отит
- ☐ Синусит
- ☐ Гнойный лимфаденит

Поздние (на 2-3 неделе) за счёт аллергического фактора

- ☐ Миокардит
- ☐ Нефрит
- ☐ Ревматизм



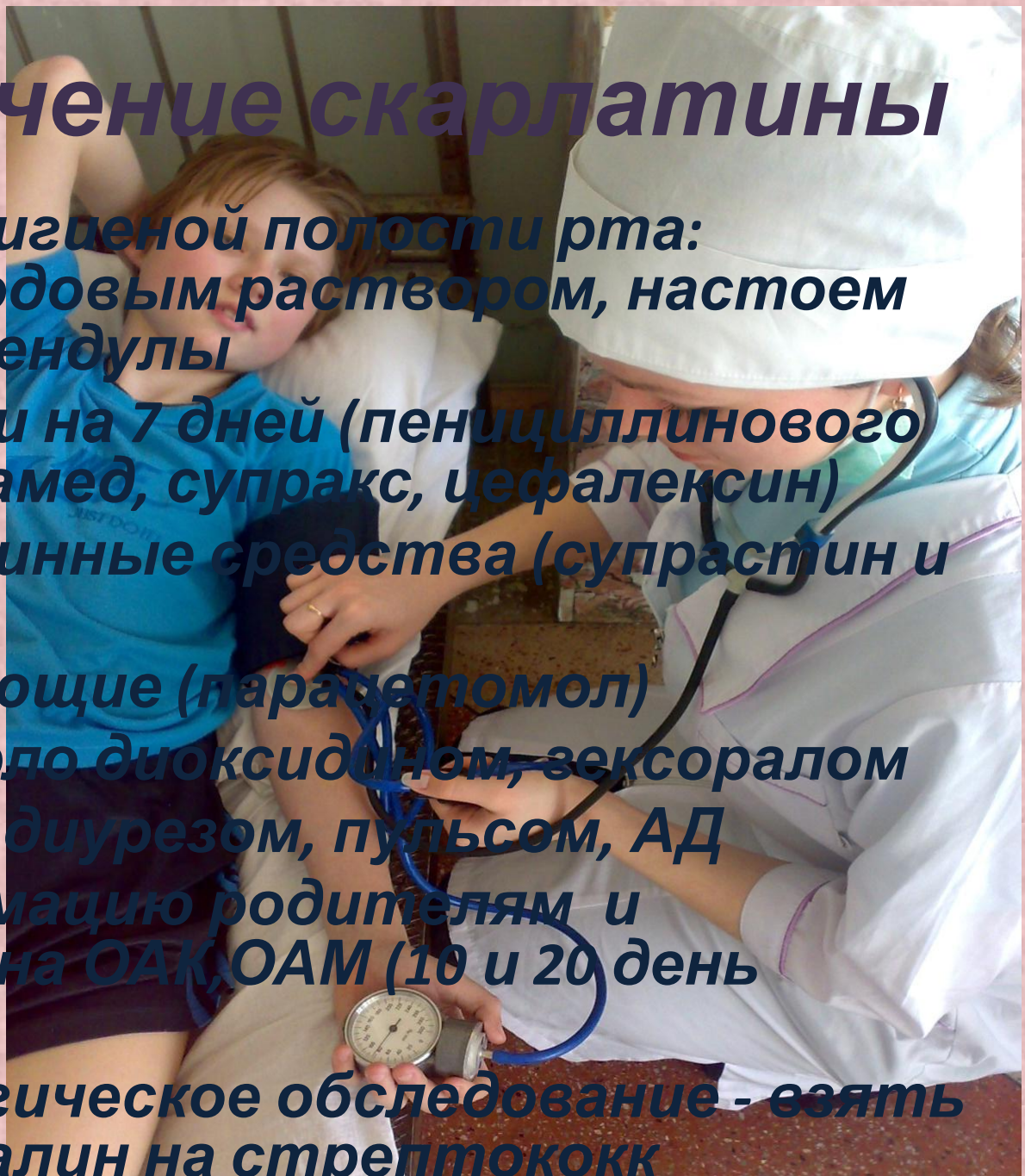
Уход и лечение скарлатины

- Постельный режим до нормализации температуры, затем до 10 дня полупостельный
- Диета (соблюдать в течение 3 недель): механически, термически щадящая, богата калием, с ограничением соли, с исключением облигатных аллергенов
- Масочный режим при контакте с больным
- Влажные уборки, проветривание 2 раза в день
- Организовать хлорный режим



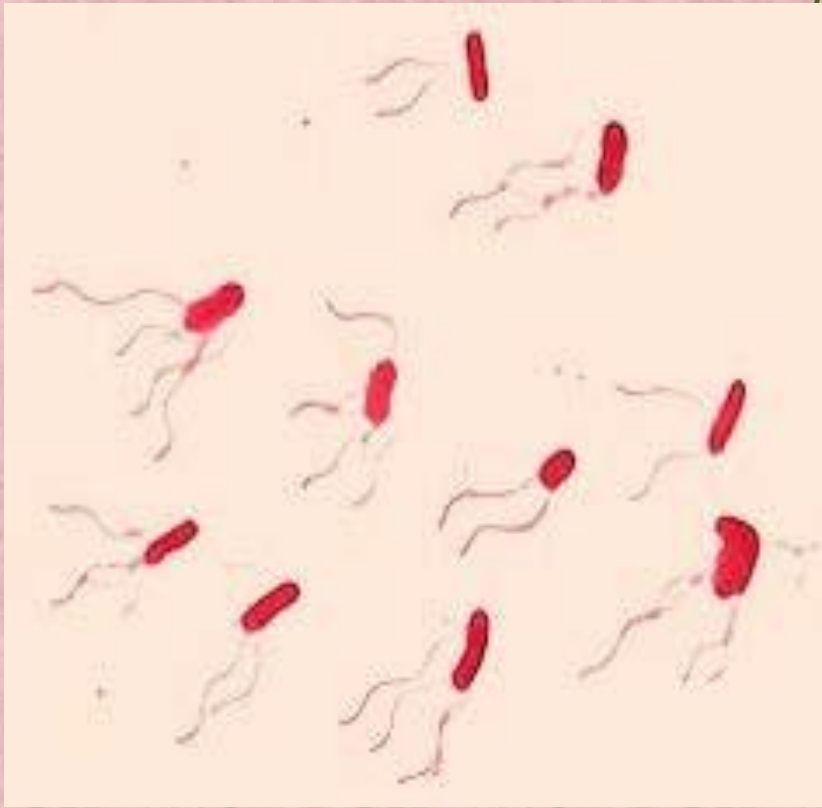
Уход и лечение скарлатины

- Следить за гигиеной полости рта: полоскать содовым раствором, настоем ромашки, календулы
- Антибиотики на 7 дней (пенициллинового ряда или сумамед, супракс, цефалексин)
- Антигистаминные средства (супрастин и др.)
- Жаропонижающие (парацетомол)
- Орошать горло диоксицином, зексоралом
- Контроль за диурезом, пульсом, АД
- Дать информацию родителям и направления на ОАК, ОАМ (10 и 20 день болезни), ЭКГ
- Бактериологическое обследование - взять мазок с миндалин на стрептококк



Работа в очаге скарлатины

Мероприятия с больным	С контактными
1. Госпитализация не обязательна 2. Подать КЭС (сообщить в ЦГСЭН о заболевании) 3. Изолировать больного на 10 дней (детям до 8 лет + 12 дней «домашнего карантина») 4. Текущую дезинфекцию проводят систематически (посуда, игрушки, предметы личной гигиены), организуют масочный, хлорный режим при уходе за больным, кварц 5. Заключительная дезинфекция в очагах не проводится (Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.1203-03 «Профилактика стрептококковой инфекции»)	1. Выявить всех контактных 2. Установить карантин на 7 дней (только в ДДУ) с момента изоляции последнего больного 3. Установить наблюдение (термометрия, осмотр зева, кожи). Дети, переболевшие ОРЗ, осматриваются до 15 дня от начала болезни на наличие кожного пластинчатого шелушения ладоней 4. Контактные в семье, не болевшие скарлатиной, не допускаются в ДДУ и 1-2 класс школы в течение 7 дней (при госпитализации больного) или 17 дней (если больной лечится дома)



- Возбудитель – палочка Борде-Жангу
- Неустойчива во внешней среде
- Выделяет экзотоксин, вызывающий раздражение рецепторов дыхательных путей

Коклюш

Коклюш- острое инфекционное заболевание с циклическим течением, характеризующееся длительно сохраняющимся приступообразным кашлем.

Коклюш

- **Эпидемиология:**

- ☐ **Источник инфекции** – больной до 25-30 дней от начала болезни
- ☐ **Механизм передачи** – воздушно-капельный. Контакт должен быть тесный и продолжительный
- ☐ **Входные ворота** – верхние дыхательные пути
- ☐ **Чаще болеют дети** с 1 месяца до 6 лет, болеют и новорожденные
- ☐ **Характерна** осенне-зимняя сезонность (пик декабрь)
- ☐ **Индекс контагиозности** – до 70%
- ☐ **Иммунитет** стойкий, пожизненный
- ☐ **Летальность** – 0,1- 0,9%
- **Инкубационный период** 3 - 15 дней

Клинические признаки коклюша

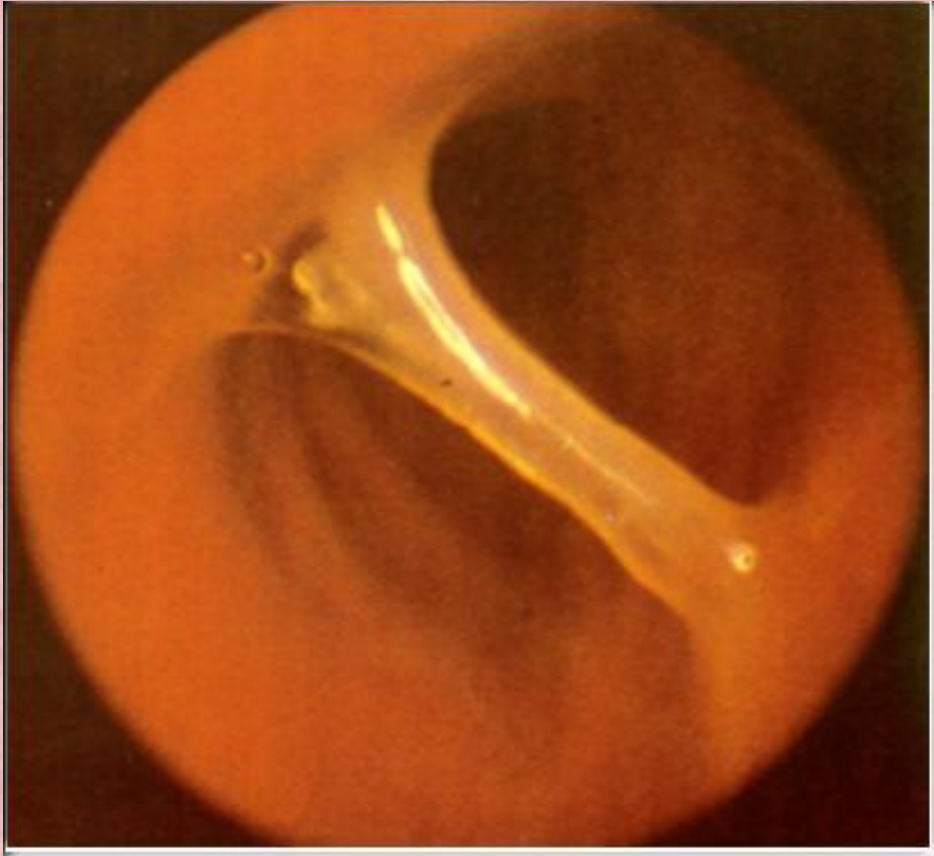


Катаральный период- 1-2 недели:

- ☐ **Сухой кашель ночью, перед сном**
- ☐ **Температура нормальная или субфебрильная**
- ☐ **Поведение, самочувствие, аппетит не нарушены**
- ☐ **Кашель не поддаётся терапии и**

Клинические признаки коклюша

Судорожный период- 2-8
недель и более:



- ☐ Кашель становится приступообразным
- ☐ Отмечаются репризы – свистящие судорожные вдохи
- ☐ Заканчивается приступ отхождением вязкой мокроты, слизи или рвотой
- ☐ У детей до года – часто остановка дыхания - апноэ

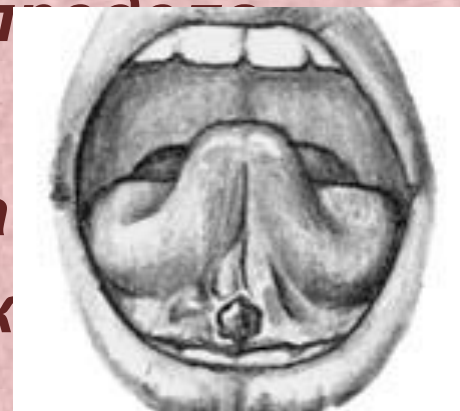
***Вид больного коклюшем во время
приступа кашля***



Клинические признаки

эпиглотита

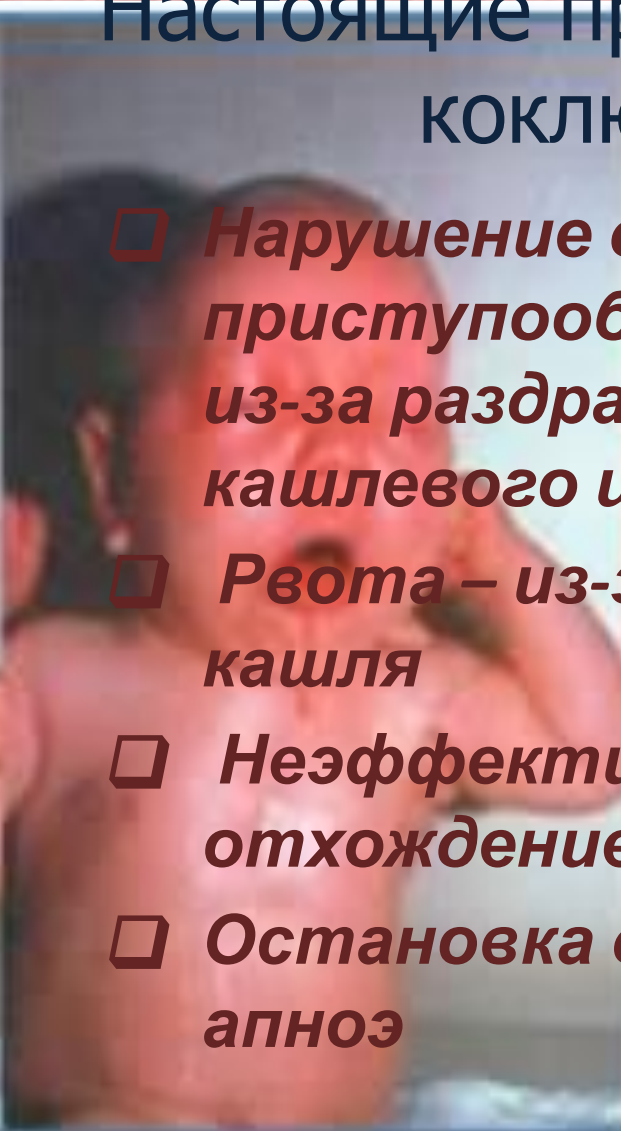
- Характерен внешний вид во время приступа – лицо краснеет, затем синеет, вены набухают, из глаз текут слезы
- Язык высунут изо рта до предела
- Язвочка на уздечке языка



Настоящие проблемы при коклюше:

- ☐ *Нарушение дыхания – приступообразный кашель из-за раздражения кашлевого центра*
- ☐ *Рвота – из-за сильного кашля*
- ☐ *Неэффективное отхождение мокроты*
- ☐ *Остановка дыхания из-за апноэ*

Потенциальные проблемы при коклюше:



Осложнения коклюша

1 группа – связаны с действием токсина или самой коклюшной палочки

- ☐ Эмфизема легких
- ☐ Ателектазы
- ☐ Энцефалопатия
- ☐ Появление пупочной и паховой грыжи
- ☐ Кровоизлияния в конъюнктиву, в головной мозг
- ☐ Выпадение прямой кишки

2 группа – присоединение вторичной инфекции

- ☐ Бронхит
- ☐ Пневмония



Лечение и уход при коклюше

- Режим общий, прогулки на свежем воздухе, изголовье возвышенное
- Питание по возрасту, исключить продукты (семечки, орешки), т.к. при кашле возможна их аспирация
- Докармливать после рвоты
- Организовать досуг и охранительный режим, не оставлять ребёнка одного (возможно апное)
- Во время приступа усадить или взять на руки, после удалить изо рта салфеткой вязкую мокроту
- Масочный режим при контакте с больным
- Влажные уборки, проветривание 2 раза в день, увлажнить воздух, температура до +22
- Антибиотики (рулид, ампиокс и др.), отхаркивающие средства и противокашлевые (либексин, тусупрекс)
- Дать увлажненный кислород



Работа в очаге коклюша

Мероприятия с больным	С контактными
1. Госпитализации подлежат дети с тяжелыми формами, дети до 2 лет, не привитые от коклюша, из закрытых очагов 2. Подать КЭС (сообщить в ЦГСЭН о заболевании) 3. Изолировать больного на 30 дней от начала заболевания 4. Организовать масочный режим, регулярное проветривание, влажную уборку, кварцевание 5. Заключительная дезинфекция не проводится	1. Выявить всех кашляющих контактных до 14 лет, отстранить от посещения детского коллектива до получения 2-х отрицательных результатов бак. обследования на коклюш 2. Установить наблюдение на 14 дней (только в ДДУ, школах-интернатах, домах ребёнка) 3. Выяснить прививочный анамнез: непривитым до 1 года и старше, ослабленным детям – целесообразно вводить противококлюшный

Специфическая профилактика коклюша



- Вакцинация проводится **трехкратно с интервалом 45 дней** АКДС – вакциной

V_1 - 3 мес.,

V_2 - 4,5 мес.,

V_3 - 6 мес.,

- Ревакцинация R – 18 мес.

**АКДС- вакцину,
«Инфанрикс» вводить
только
внутримышечно!!!**