

КОКЛЮШ

(ФРАНЦ. ПЕТУШИНЫЙ КРИК)

КОКЛЮШ - ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПЕРЕДАЮЩЕЕСЯ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫМ ПУТЕМ. ДО НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ КОКЛЮШ И ЕГО ВОЗБУДИТЕЛЬ ОСТАЮТСЯ СЕРЬЕЗНОЙ ПРОБЛЕМОЙ ДЛЯ ВСЕГО МИРА. ПО ДАННЫМ ВОЗ, В МИРЕ ЕЖЕГОДНО ЗАБОЛЕВАЕТ КОКЛЮШЕМ ОКОЛО 60 МЛН ЧЕЛОВЕК, УМИРАЕТ ОКОЛО 1 МЛН ДЕТЕЙ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА.



Коклюш



*Внешний вид ребёнка
больного коклюшем*

Коклюш — одна из самых распространенных детских инфекций. Болезнь передается воздушно-капельным путем, а ее главным проявлением является приступообразный кашель, который почти не поддается лечению. Частота заболеваемости детей зависит от правильности вакцинации.



Клинические признаки коклюша

*Приступообразный кашель, сопровождаемый гипиремией, цианозом лица, слезотечением, репризами, рвотой, усиливающимися в ночное время, после физической и эмоциональной нагрузки:

легкая форма до 15 приступов в сутки, средняя - от 16 до 25, тяжелая - 30 и более;

*Слабовыраженные катаральные явления и отсутствие повышения температуры в период спазматического кашля;

*Продрома, характеризующаяся непродуктивным кашлем с постепенным усилением и приобретением спазматического характера на 2-3 неделе заболевания;

*Лейко- и лимфоцитоз – 20-70тыс. в 1 мм³ периферической крови при сниженной или нормальной СОЭ;

*Изменения со стороны бронхолегочной системы: вздутие легочной ткани, жесткое дыхание, отделение вязкой прозрачной мокроты на рентгенограмме, усиление бронхо-сосудистого рисунка, очаговые тени в нижне-медиальных отделах легких.

*следует дифференцировать сходный кашель при аденовирусной инфекции, вирусной пневмонии, инфекционном мононуклеозе и др.



Внешний вид ребенка, больного **коклюшем**, во время спазматического приступа



Спазматический кашель -
главный признак коклюша



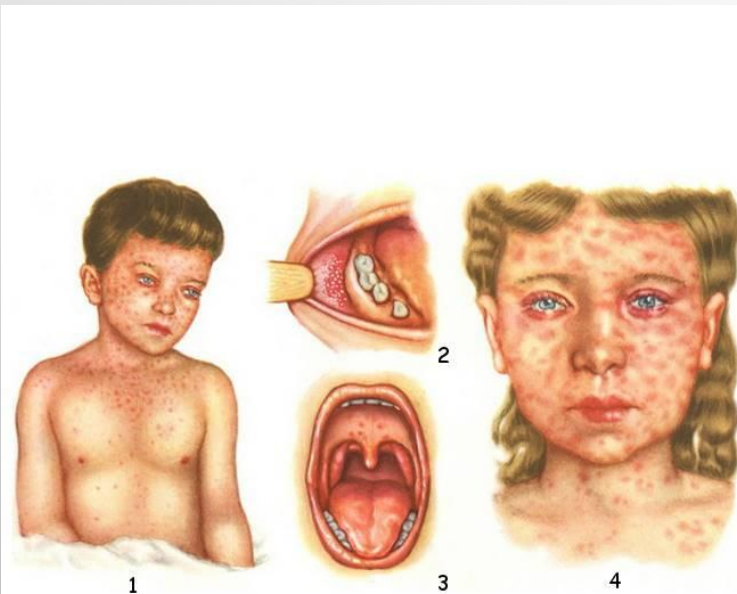
3 ден -
левкоцитоза
с лимфоцитоза

2 ден - плака с накашляно. Пертусусните
бактерии са грам негативни изглеждат като на
групи по 2

5 ден -
конюнктивални
хеморагии от
съдова увреда от
кашлищата

4 ден - лицето на
страдаеца
сълзене от очите

6 ден - рана на френулума - от
триене на долните резци при
кашлищата



1

2

3

4

КОКЛЮШ

ВОЗБУДИТЕЛЬ — палочка Борде–Жангу.

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД — от 3 до 15 дней (в среднем 5–8 дней).

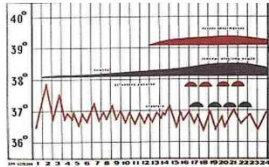
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ — больной представляет опасность для окружающих в течение 30 дней от начала заболевания. Врожденного иммунитета нет.

ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ — больной типичными и атипичными (стертыми и субклиническими) формами коклюша.

ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ — воздушно-капельный.

ВХОДНЫЕ ВОРОТА — слизистые верхних дыхательных путей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ. Различают три периода в течении коклюша: катаральный; спазматического кашля; реконвалесценции.

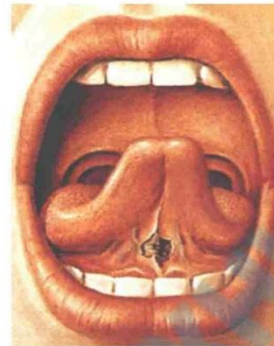


ТЕМПЕРАТУРНАЯ КРИВАЯ



СПАЗМАТИЧЕСКИЙ КАШЕЛЬ

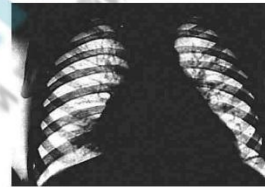
При спазматическом кашле возникает серия кашлевых толчков на выдохе, после чего следует судорожный свистящий вдох — реприз. У детей 1-го года жизни может возникать апноэ.



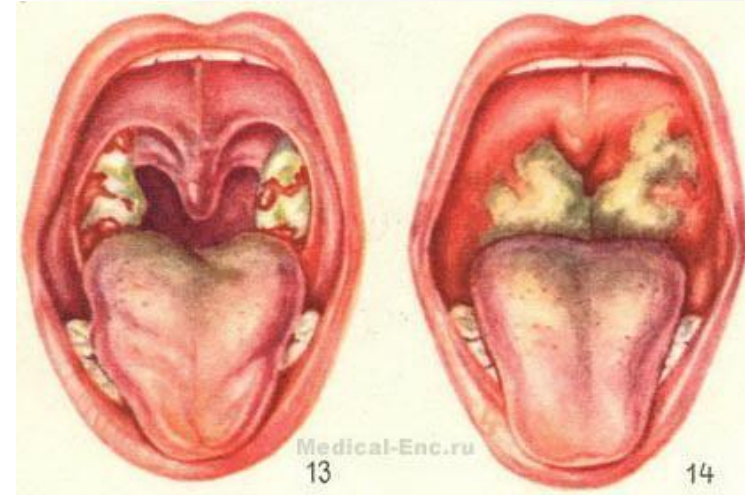
ЯЗВОЧКА НА УЗДЕЧКЕ ЯЗЫКА



КРОВОИЗЛИЯНИЕ
В КОНЬЮНКТИВУ



АТЕЛЕКТАЗ СРЕДНЕЙ ДОЛИ
ПРАВОГО ЛЕГКОГО



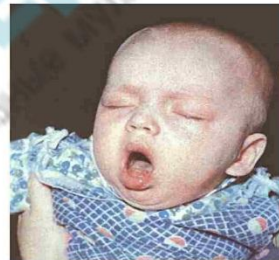
Medical-Enc.ru

13

14



НАЧАЛО ПРИСТУПА



РЕПРИЗ



РАЗГАР ПРИСТУПА

При травматизации уздечки языка о зубы появляется язвочка.



ЯЗВОЧКА НА УЗДЕЧКЕ
ЯЗЫКА

ПРОФИЛАКТИКА:

1. Изоляция больного на 30 дней с момента заболевания.
2. Экстренное извещение в ЦГСЭН.
3. Карантин на 14 дней (дети до 7 лет).
4. Активная иммунизация АКДС – вакциной (см. календарь прививок).

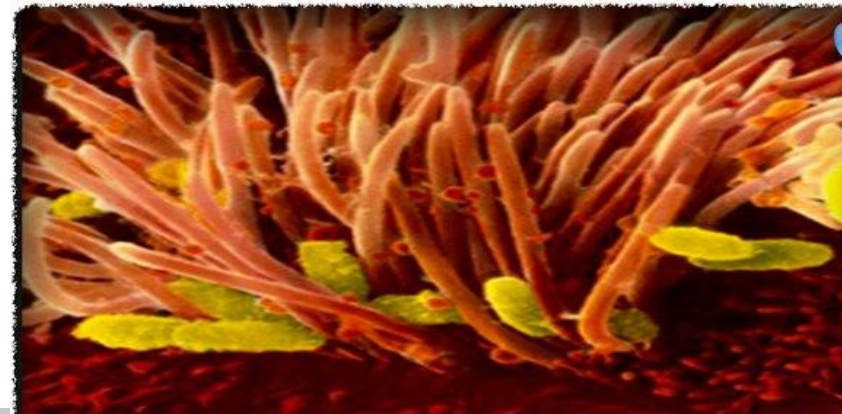


Схема патогенеза коклюша

Носитель *B. pertussis*

Восприимчивый организм

13 дней

Размножение возбудителя в эпителии верхн. дых. путях

Секреция слизи

Слизивание и метаплазия эпителия

воспаление

бронхообструкция

7-14 дней

рвота

кашель

Вторичная Бактериальная пневмония

Повышение грудного давления

Воспалительная эмфизема

пневмоторакс

Венозный застой

энцефалопатия

гипоксия

выздоровление

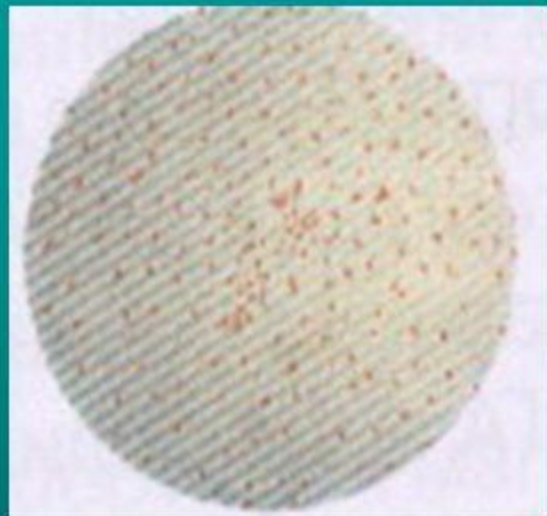
40-60 дней



Shared

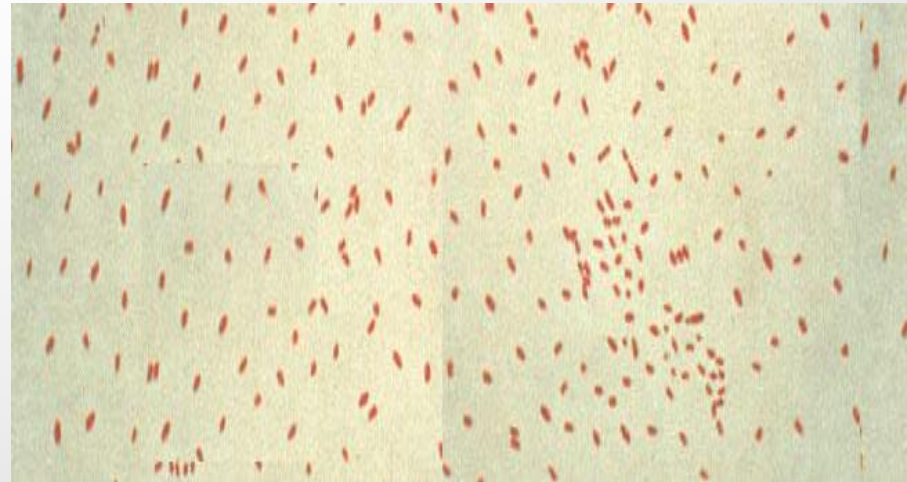
Коклюш

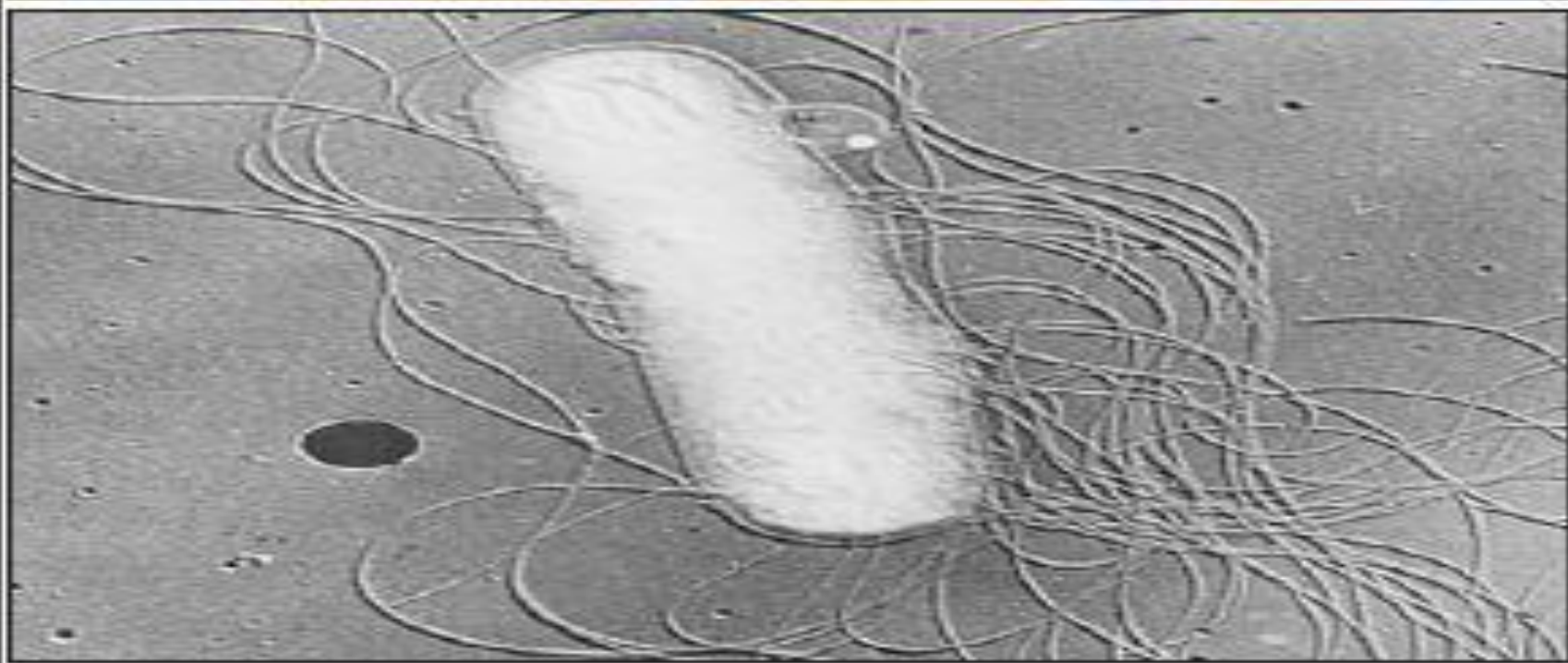
- Возбудитель-грамотрицательная неподвижная палочка, содержит антиген-агглютинин, определяется в сыворотке крови реакцией РПГА.
- Погибает при высушивании, под действием уф-лучей, дезсредств.
- Оптимальная температура доставки нативного материала для бакисследования +4 – 25 град С.



МОРФОЛОГИЯ

- **МЕЛКАЯ, ОВОИДНАЯ, ГРАМ-ПАЛОЧКА С ЗАКРУГЛЕННЫМИ КОНЦАМИ**
- **НЕПОДВИЖНЫ. СПОР НЕТ. ЖГУТИКОВ НЕТ. ОБРАЗУЕТ КАПСУЛУ, ПИЛИ.**

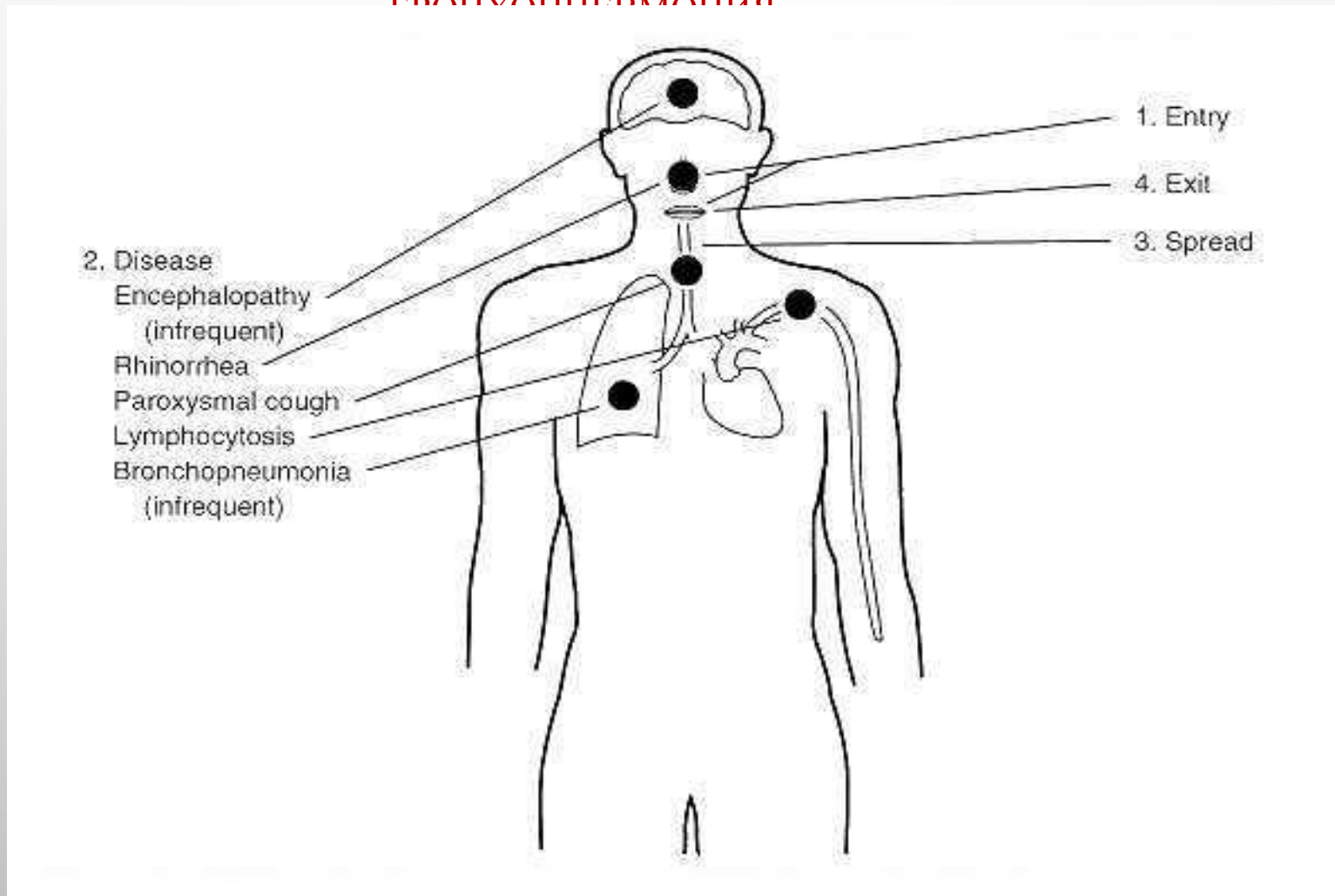




**Рис. 1. Бациллы *B. pertussis*
(электронная микроскопия)**

ПАТОГЕНЕЗ КОКЛЮША

КОНТАКТ, ВНЕДРЕНИЕ, РАСПРОСТРАНЕНИЕ. ЗАБОЛЕВАНИЯ -
ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ, РИНОРЕЯ, ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЙ КАШЕЛЬ, ЛИМФОЦИТОЗ,
БРОНХОПНЕУМОНИЯ



Осложнения: пневмония, ателектаз, эмфизема, кровоизлияние в мозг

- КОКЛЮШ - ВЫСОКОКОНТАГИОЗНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, К КОТОРОМУ ОЧЕНЬ ВОСПРИИМЧИВЫ ДЕТИ (У ВЗРОСЛЫХ ВЫЗЫВАЕТ ЗАТЯЖНОЙ БРОНХИТ)
- *ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ* – БОЛЬНОЙ (ЗАРАЗЕН ДО **25-30**ДН) ИЛИ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬ
- *ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ* - ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЙ
- *ПЕРИОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ:*
- ИНКУБАЦИОННЫЙ(**5-8**ДН, ДО**14**)
- КАТАРАЛЬНЫЙ (**5-14**ДНЕЙ)
- СУДОРОЖНЫЙ (ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЙ) (**2-8** НЕДЕЛЬ)
- ПЕРИОД РАЗРЕШЕНИЯ (**2-4** НЕДЕЛИ)
- ЛЕЧЕНИЕ: СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ; АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ДО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПЕРИОДА; IG

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КОКЛЮША



- ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ
ЛАБОРАТОРНОЙ
ДИАГНОСТИКИ
КОКЛЮША

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ
И СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД


- **КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ СОБИРАЮТ**
 - СУХИМ ТАМПОНОМ С ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ГЛОТКИ И ДЕЛАЮТ ПОСЕВ НА ПИТАТЕЛЬНЫЕ СРЕДЫ
 - МЕТОДОМ КАШЛЕВЫХ ПЛАСТИНОК
- МАТЕРИАЛ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПОЛУЧАТЬ ДО НАЧАЛА АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ
- **НЕОБХОДИМО СОБЛЮДЕНИЕ АСЕПТИКИ,**
НЕ СЛЕДУЕТ ДОПУСКАТЬ КОНТАМИНАЦИИ ПОСТОРОННЕЙ МИКРОФЛОРОЙ

ОДИН ИЗ СПОСОБОВ ВЗЯТИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА


INVITRO®

Процедура взятия биоматериала

Взятие мазка из зева



Взятие мазка из носовой полости



ЛИДЕР С 1995 ГОДА

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД

ЦЕЛЬ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

- ВЫДЕЛЕНИЕ ЧИСТОЙ КУЛЬТУРЫ И ИДЕНТИФИКАЦИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ КОКЛЮША
- ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КУЛЬТУРАЛЬНЫХ СВОЙСТВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КОКЛЮША (**B.PERTUSSIS**) И ПАРАКОКЛЮША (**B.PARAPERTUSSIS**)

1 ЭТАП: ПОСЕВ НА СЛЕДУЮЩИЕ ПИТАТЕЛЬНЫЕ СРЕДЫ:

- КАРТОФЕЛЬНО-ГЛИЦЕРИНОВЫЙ АГАР БОРДЕ,
- КАЗЕИНОВЫЙ-УГОЛЬНЫЙ АГАР, КРОВЯНОЙ АГАР

2 ЭТАП:

- ПАЛОЧКИ КОКЛЮША ЧЕРЕЗ **48-72**Ч РОСТА ОБРАЗУЮТ МЕЛКИЕ БЛЕСТЯЩИЕ КОЛОНИИ СЕРОГО ЦВЕТА
- ПАРАКОКЛЮШНЫЕ ПАЛОЧКИ ЧЕРЕЗ **24-48**Ч РОСТА ОБРАЗУЮТ КОЛОНИИ НЕСКОЛЬКО КРУПНЕЕ

3 ЭТАП: СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ БОРДЕТЕЛЛ

- ИСПОЛЬЗУЮТ ОБРАЗЦЫ АНТИГЕНОВ - С **1** ПО **14**
- АНТИГЕН **7** ОПРЕДЕЛЯЕТ РОД **BORDETELLA**,
- АНТИГЕН **1** ОПРЕДЕЛЯЕТ **BORDETELLA
PERTUSSIS**,
- АНТИГЕН **14** – **B.PARAPERTUSSIS**

В РЕАКЦИИ АГГЛЮТИНАЦИИ В ПРОБИРКАХ

СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ КОКЛЮША

- ИФА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ **SIGA** В НОСОГЛОТОЧНОЙ СЛИЗИ, НАЧИНАЯ С **2-3** НЕДЕЛИ ЗАБОЛЕВАНИЯ
- РНГА ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ АНАЛИЗЕ СЫВОРОТОК ЧЕРЕЗ **10-14** ДНЕЙ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ТИТР **1:80**, У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ **1:20**
- РСК В ПАРНЫХ СЫВОРОТКАХ

ПЛАНОВАЯ ПРОФИЛАКТИКА КОКЛЮША

- КОМБИНИРОВАННАЯ ВАКЦИНА АКДС (АДСОРБИРОВАННАЯ КОКЛЮШНО – ДИФТЕРИЙНО – СТОЛБНЯЧНАЯ ВАКЦИНА) ВКЛЮЧАЕТ

ДИФТЕРИЙНЫЙ И СТОЛБНЯЧНЫЙ АНАТОКСИНЫ, А ТАКЖЕ УБИТЫЕ ЦЕЛЬНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ - ВОЗБУДИТЕЛИ КОКЛЮША



ЗАО "БИОЛЕК"

Украина, 61070, г. Харьков, Померки,
www.biolik.com.ua



*VACCINUM PERTUSSICO-DIPHThERICO-TETANICUM
ALUMINIO HYDROXYDATO ADSORPTUM FLUIDUM*

**ВАКЦИНА КОКЛЮШНО-ДИФТЕРИЙНО-СТОЛБНЯЧНАЯ
АДСОРБИРОВАННАЯ ЖИДКАЯ** (АКДС-вакцина)
суспензия для инъекций

1 доза (0,5 мл) содержит: 10 МОЕ коклюшных бактерий,
15 Lf дифтерийного и 5 ЕС столбнячного анатоксинов.

вспомогательные вещества:
гель гидроксида алюминия - 0,5 мг, мертиолят - 0,05 мг,
натрия хлорид - 4,5 мг,
вода для инъекций - до 0,5 мл.

В пачке 10 ампул
В ампуле 1 мл - 2 дозы

ВНУТРИМЫШЕЧНО • СТЕРИЛЬНО

sovdok.ru

Мальчик 3 лет посещает детский сад. Заболел остро: с подъема температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым.

В последующие два дня температура тела 38°C , сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой оболочке полости рта.

На четвертый день болезни состояние ребенка тяжелое: температура тела - 40°C , беспокойный, отказывается от еды, количество сыпи на коже увеличилось. В области спины появилась значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкая болезненность. Пульс 140 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены. Менингеальных симптомов нет. По органам без патологии.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$, Ц.п. - 0,95, Лейк - $17,5 \times 10^9/\text{л}$; п/я - 3%, с/я - 82%, э - 1%, л - 12%, м - 2%; СОЭ - 25 мм/час.

Задание к задаче по педиатрии

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие типичные симптомы характеризуют данное заболевание?

Ребенок в возрасте 3 месяца, поступил в боксированное отделение на 14-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония? Две недели назад на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния появился кашель, который не поддавался лечению и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Наблюдался врачом с диагнозом ОРВИ. Через неделю кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой. После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица.

При поступлении: вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Зев спокойный. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка - край у реберной дуги. Стул, диурез - в норме.

В отделении у ребенка отмечалось до 25 приступов кашля в сутки, при этом периодически во время приступа наблюдалась рвота.

Мокрота была вязкой и ребенок ее с трудом откашливал.

Известно, что в семье у его бабушки в течение 3 недель отмечался кашель.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

На рентгенограмме; усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого.

При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки - обнаружена палочка Haemophilus pertussis.

Общий анализ крови: Нь - 140 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $30,0 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с/я - 20%, л - 70%, м - 7%; СОЭ - 3 мм/час.

Задание к задаче по педиатрии

1. Поставьте клинический диагноз. Оцените тяжесть заболевания.
2. Назовите источник заражения.
3. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз?
4. Объясните патогенез приступа кашля.
5. Какие изменения могут быть выявлены при осмотре ЛОР-врачом, невропатологом?
6. Какие изменения со стороны легких характерны для данного заболевания?
7. Проведите дифференциальный диагноз с пневмонией.
8. Назначьте лечение.
9. Проведите противоэпидемические мероприятия.
10. Возможные исходы заболевания.
11. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?
12. Если да, то каким препаратом она проводится?

Ответ к задаче по педиатрии

1,2. Кл. Дз: коклюш, спазмат. п-д, ср. ст. тяж (лег-до 15, до 25 прист. в сут)

3. Ист-к: у деда в семье - кашель Знед.

4. Рез. лаб. обсл: кр: лей-з, абс. и отн. ув. лим. при N или сниж. СОЭ. б/л-осн. м-д. Слизь из ВДП 2мя тамп-сух. и в физ. р-ре + м-д кашл. толчков. С/л: РПГА, РА (ув. титра в 4и > раз. > Ретраспек).

Мальчик 8 лет, заболел ветряной оспой. На 8-й день от начала болезни потерял сознание, были кратковременные (1-2 минуты) судороги, температура тела 37,3°C.

При осмотре: состояние тяжелое, сознание спутанное, адинамичен, отмечались боли при пальпации органов брюшной полости. На коже лица, туловища, конечностей - единичные элементы высыпаний, покрытые корочками. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Адинамичен. Стоит неуверенно, речь дизартрична. Небольшая сглаженность носогубной складки слева. Менингеальных симптомов нет.

Положительные пальце-носовая и коленно-пяточная пробы.

Положительная проба Ромберга.

В детском саду - несколько случаев ветряной оспы.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Анализ мочи общий - без патологии.

Общий анализ крови: НЬ - 136 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,5 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с/я - 25%, э - 3%, л - 65%, м - 5%; СОЭ - 7 мм/час.

Спинномозговая жидкость: прозрачная, вытекает каплями, цитоз - 30/3, из них нейтрофилов - 2%, лимфоцитов - 21%, белок - 0,165 г/л, сахар - в норме, реакция Панда - слабо положительная (+).

Задание к задаче по педиатрии

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие вопросы зададите маме в отношении эпиданамнеза и анамнеза жизни?
3. Дайте характеристику возбудителя.
4. Объясните патогенез данного заболевания.
5. Какие симптомы следует выявить при клиническом осмотре больного?
6. Оцените результаты лабораторных исследования.
7. Какие лабораторные исследования назначите?
8. К какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
9. Назначьте медикаментозное лечение.
10. Противоэпидемические мероприятия.
11. Консультация каких специалистов необходима для динамичного контроля за состоянием ребенка?
12. Предполагаемый прогноз заболевания.

Ответ к задаче по педиатрии

1. Предв. дз: Ветр. оспа. Осл-е-ветр. энцефалит.

2. вопр. маме: был ли контакт с больн, были ли судор. в анамн, менингит

3. X-ка возб: ДНК-сод. 150-200 нм. Вир. ветр. оспы-зостер. Пораж. ядра клеток, формирует эозинофильн. внутрияд. вкл-я.

4. ПЗ-ядро, ВДП (ду. зер) 1-2 мкм, зернышки в/д в кр. фиол. в коже и слизн. тростн. и носов. д. д. с. менингеал. гранул. керн.

Девочка 5 лет, заболела остро: с подъема температуры тела до 38°C, кашля, насморка.

В последующие три дня температура держалась, катаральные явления усилились. Кашель грубый, частый, отечность век, появилась светобоязнь. На 4-й день болезни температура тела до 39,5°C, на лице за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие 2 дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, состояние улучшилось.

Однако, на 8-й день болезни ребенок пожаловался на головную боль, была 2 раза рвота, затем потеря сознания, возникли судороги. Срочно госпитализирована.

При поступлении: состояние очень тяжелое, без сознания, часто возникают приступы общих тонико-клонических судорог. На коже лица, туловища и конечностей пигментация. Зев умеренно гиперемирован, налетов нет. Слизистая оболочка полости рта шероховатая. Влажный кашель. В легких жесткое дыхание. ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было в течение суток.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление легочного рисунка.

Спинномозговая пункция: жидкость прозрачная, вытекает частыми каплями. Цитоз - 30/3, лимфоциты - 28%, нейтрофилы - 2%, белок - 0,165 г/л, сахара - нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$, Лейк - $8,4 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 42%, э - 5%, л - 43%, м - 7%; СОЭ - 22 мм/час.

Задание к задаче по педиатрии

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите симптомы заболевания, на основании которых поставлен диагноз.
3. Дайте характеристику возбудителя.
4. Объясните патогенез заболевания.
5. Укажите причину появления неврологических симптомов, г
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Специалистов каких профилей необходимо привлечь для консультации в процессе лечения больного?
8. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза и решения вопросов терапии?
9. Назначьте лечение.
10. Каков прогноз заболевания?
11. Противоэпидемические мероприятия в детском саду.
12. Какие профилактические мероприятия предусмотрены для предупреждения данного заболевания?

Ответ к задаче по педиатрии

1. Дз: корь типичн, тяж. форма, осл-ная энцефалитом.
2. Симпт: см. выше (продром-высып-пигмент). 2д кат. п-да-Фил-Копл.
3. Х-ка возб-ля: миксовирус, РНК-содерж. Св-ва: инфекционн, компли-ментсвяз, гемолизир, гемагглютинир. Не уст-в во внеш. ср.
4. ПЗ: возд-кап-слиз. ВДП (вх. вор)-фиксац-в луз-репрод-виремия-фикс. в РЭС-виремия-внут. орг, слиз+ГМ-очаги восп-некроз, отторж. Кожа-периваскул. восп-е->наруш. барьеров, с 3д. высып-начин. выздор.
5. Пор-е ЦНС: см. ПЗ=очагов. инфильтр, энц-миелит, менинг, васкулит

Мальчик 5 лет, доставлен в травмпункт с рваной раной левой щеки. Проведена обработка раны. Наложены швы. Через сутки у ребенка поднялась температура до 38°C, появилась гиперемия и отечность тканей вокруг раны. На следующий день температура 39°C. Гиперемия и отечность тканей увеличилась, из раны скудное отделяемое гнойного характера. На лице, туловище и конечностях - мелкоточечная, розового цвета сыпь, с преимущественной локализацией на лице, шее и верхней части груди. Язык «сосочковый». Зев спокоен. Пальпируются увеличенные до 1 см в диаметре переднешейные и околоушные лимфоузлы слева. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Дыхание везикулярное. ЧСС до 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка - на 1 см.

Стул, диурез в норме. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Взят посев отделяемого из раны, обнаружен патогенный золотистый стафилококк.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Лейк - $20,0 \times 10^9/л$; п/я - 10%, с/я - 60%, л - 27%, м - 3%; СОЭ - 30 мм/час.

Задание к задаче по педиатрии

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Характеристика возбудителя.
4. Перечислите заболевания, вызываемые данным микробом.
5. Патогенез заболевания.
6. Какие лабораторные исследования подтвердят диагноз?
7. Какие специалисты должны проводить общее и местное лечение?
8. С какими инфекционными заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
9. Назначьте общее и местное лечение.
10. В каком отделении должен лечиться ребенок?
11. Противоэпидемические мероприятия.

Ответ к задаче по педиатрии

1. Дз: Staph. инфекц со скарлатинопод. синдромом
2. Обосн: анамн, кл-о. нач. с пов. т, нет кат. явл-й, мелкоточ. сыпь менее ярк. и обильн. нет насыщ. склад. Держ. неск. дн. Изм-я языка = скарл-1е 2-3д-налет, затем очищ. с кончика, боков => сосочк. + ан. кр + посев
3. х-ка возб: Staph. aur et epidermidis-G+, выдел. экзотокс-а-иммуноген, b-гемолизин; d, g-лиз. разл. кл. кр + плазмокоагулаза, нуклеаза, гиал-даза.
4. Заб-я данн. м/о: лок = ринит, назофаринг, пиодермия, омфалит + генер- септицемия, м. б. Staph. КИ. + остеомиелит, холецистит, менингит.
5. ПЗ: рана => превыш. порога ч-ти орг-ма + abs спец. и неспец. защиты => местн. восп. процесс + токсич. комп => интокс. Эритрогенн. токс-ск/под. синдр. + алл. компан-ув. луз, разл. инф-алл. осл-я. Септич-гн. очаги.
6. Лаб: высев Staph, опр-е ч.к аб, фаготипир. РА, РПГА, ИФА, латекс-тест (за 20сек реш. вопр. о патогенн) + ан. кр (лей-з, ней-з, сдвиг, ув. СОЭ)