

**ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЛОВЫХ
ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК И ИХ
ПРОФИЛАКТИКА
ДИФТЕРИЯ**

ПРОФИЛАКТИКА ДИФТЕРИИ У ДЕТЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЁМ АКТИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ:

Проведения прививок. Прививки начинают проводить детям с 3 месяцев. В виде вакцины используется ослабленный (чтобы снизить побочные эффекты) дифтерийный анатоксин в комплексе с другими анатоксинами (коклюш, столбняк). Ослабленным детям и перенесшим коклюш, прививка проводится вакциной АДС-М (малыш).



Несмотря на то, что есть противопоказания к проведению прививок, и могут быть побочные действия, всё же, вакцинация – лучшее, что может уберечь детей от этой тяжёлой, иногда смертельной инфекции.

В очаге инфекции обязательным является проведение дезинфекции.

После выздоровления остаётся нестойкий иммунитет, поэтому ребенок может повторно заболеть. При повторном инфицировании заболевание протекает легче: и местные проявления, и интоксикация менее выражены.

ДИФТЕРИЯ

Острое тяжёлое заболевание инфекционного характера с наличием воспаления и образованием фибринозной плёнки, и общей интоксикацией за счёт поступления экзотоксина в кровь. Последнее вызывает осложнения дифтерии у детей в виде миокардита, инфекционно-токсического шока (ИТШ), полиневрита и нефроза.



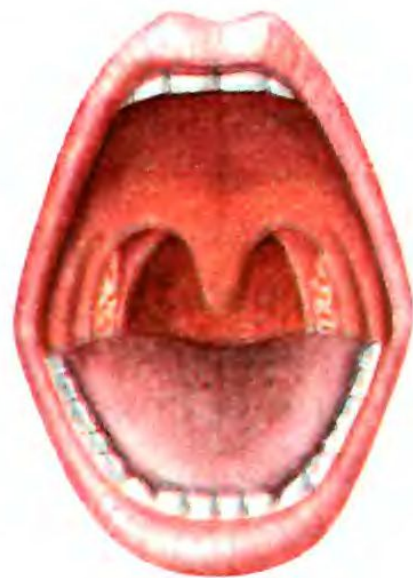
ВОЗБУДИТЕЛЬ

Возбудителем дифтерии является коринебактерия (дифтерийная палочка), которая устойчива во внешней среде: хорошо себя чувствует при низких температурах, высушивании и долго сохраняется на предметах. К счастью, быстро погибает при кипячении (1 мин), при действии дезинфицирующих веществ (1–10 мин).

Возбудитель дифтерии распространяется в основном, воздушно-капельным путём.

Наибольшая восприимчивость к дифтерии у детей от 3 до 7 лет.

Патогенность дифтерийной палочки связана с выделением экзотоксина и ферментов (гиалуронидаза, нейроминидаза, гемолизин и факторы, вызывающие некроз и разжижение ткани). Токсин при проникновении в клетку вызывает общее (интоксикация) и местное действие. Местно у ребенка развивается (схематично): некроз эпителия – затем расширение сосудов с повышением проницаемости – кровоток замедляется – пропотевание экссудата, богатого фибрином, через стенку сосуда – превращение экссудата в фибрин (фибринозную плёнку).



А



Б

Рис. 64. Миндалины:
А — здорового ребенка; Б — больного дифтерией

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиника дифтерии зависит от выраженности интоксикации и местных симптомов, а тяжесть течения и исход – от уровня иммунитета у ребенка во время заражения. Дифтерия у детей локализуется (по убывающей):

в дыхательных путях, а именно – ротоглотке (зеве), носу, трахее, гортани;

на глазах, ушах, половых органах, коже.