

Детские инфекции

Ветряная оспа.

Эпидемический паротит.

Коклюш.

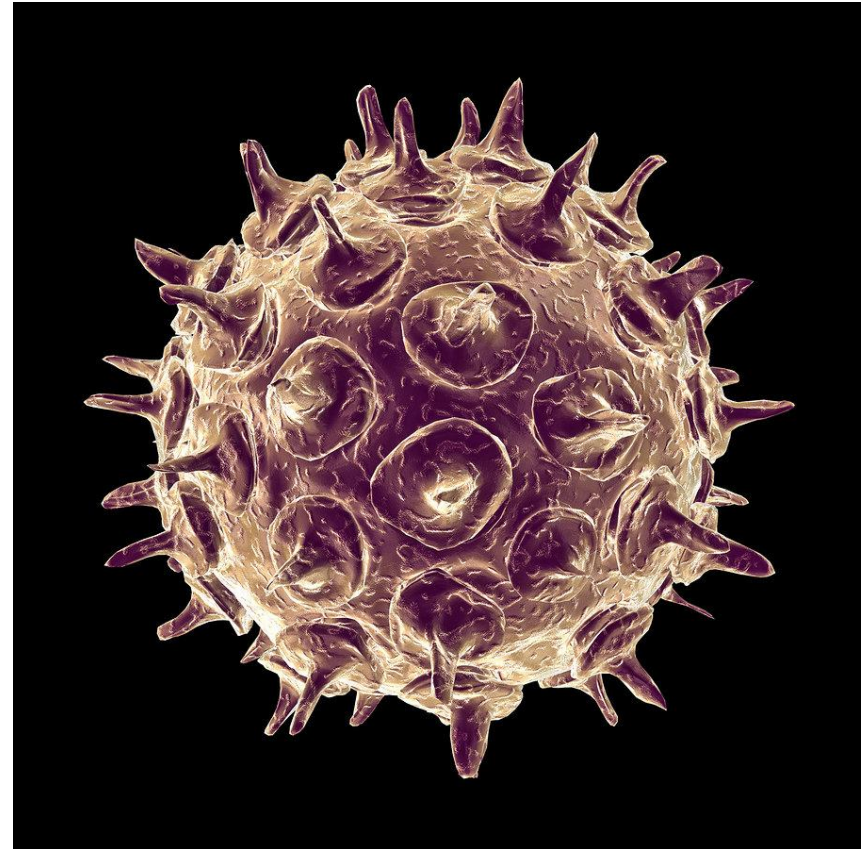


Ветряная оспа – высококонтагиозное инфекционное заболевание, характеризующееся появлением на коже и слизистых оболочках сыпи в виде пузырьков с прозрачным содержимым (везикул).



Возбудитель – вирус ветряной оспы, из семейства герпес-вирусов (H.zoster)

- Обладает выраженной **летучестью** – распространяется с током воздуха на значительные расстояния
- Путь передачи инфекции – **воздушно-капельный**
- Близок к вирусу **герпеса** и неотличим от возбудителя опоясывающего лишая
- **Неустойчив** в окружающей среде



Источник инфекции – больной человек!

- больной ветряной оспой - с конца инкубационного периода (за 1-2 дня до начала высыпаний) до 5 дня с момента появления последних свежих элементов сыпи
- больной опоясывающим герпесом
- Передача инфекции через третьих лиц невозможна (родители и симбсы ребенка, ухаживающий медперсонал)!

Механизм передачи – воздушно - капельный

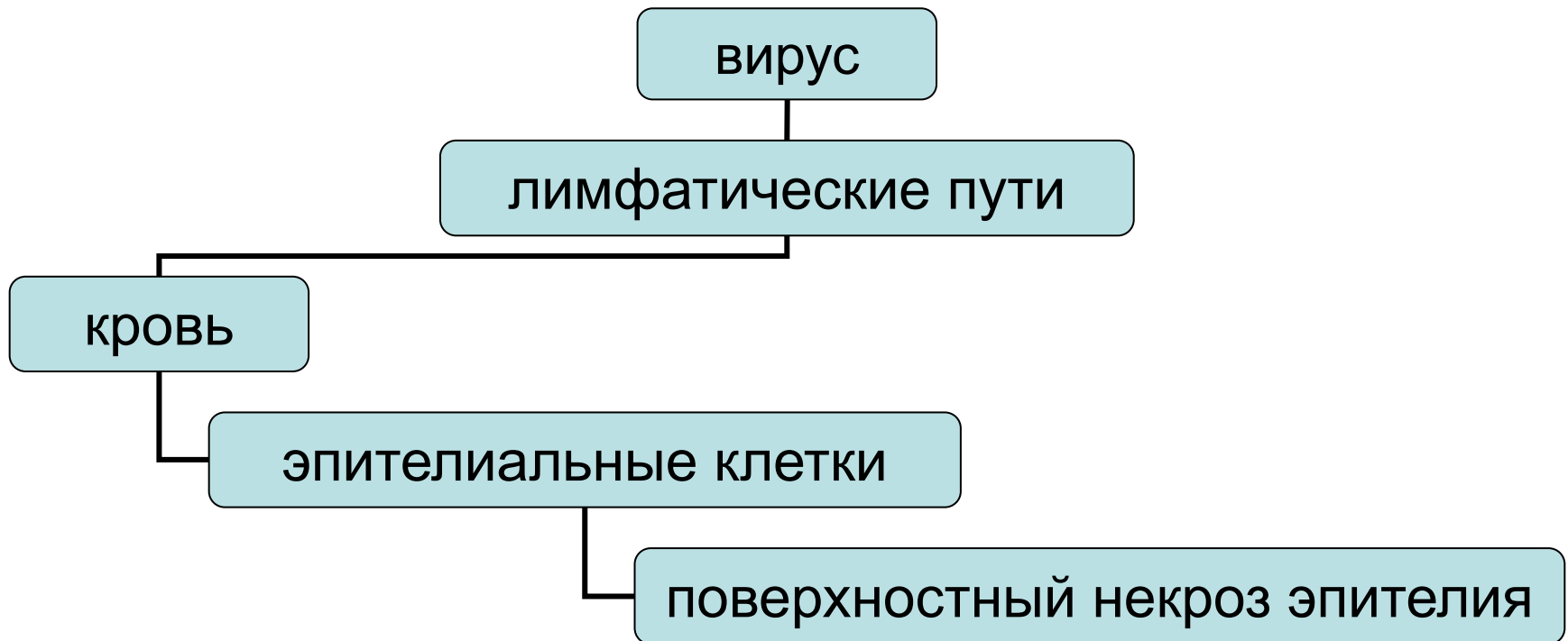
- **Восприимчивость** – высокая, *наиболее часто болеют дети в возрасте от 2 до 7 лет*
- При возникновении заболевания у женщины в последние дни беременности – **врожденная ветряная оспа** (до 11 дней жизни)



- В первые 2 – 3 месяца жизни заболевание *встречается редко в связи с полученным иммунитетом от матери (трансплацентарно)*
- Наиболее тяжелые формы заболевания – у подростков и взрослых, а также у иммунологически ослабленных больных (онкология, гемобластозы, аутоиммунные заболевания)



Входные ворота – слизистая верхних дыхательных путей



Клиническая картина

- Инкубационный период – 11 – 21 день
- Продромальный период – наблюдается редко и проявляется общим недомоганием и субфебрильной температурой в течение 1-2 дней (больной заразен!)
- Острый период характеризуется высыпаниями на коже и слизистых, длится до 5 дней, в типичных случаях протекает легко, с умеренной интоксикацией

острое начало:

повышение температуры и появление сыпи

- **везикулёзная сыпь**
 - появляется «толчкообразно», сопровождается повышением температуры тела
 - характеризуется зудом
 - локализуется на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых (отсутствует на ладонях и подошвах!)
 - в своем развитии проходит стадии: пятно-папула-пузырек-корочка(ложный полиморфизм)



Везикулёзная сыпь:

- пузырьки однокамерные
- округлой или овальной формы
- наполнены прозрачным содержимым
- располагаются поверхностно
- при проколе спадаются
- подсыхая, образуют буроватые корочки
- отпадая, рубцов не оставляют
- возможно вторичное инфицирование



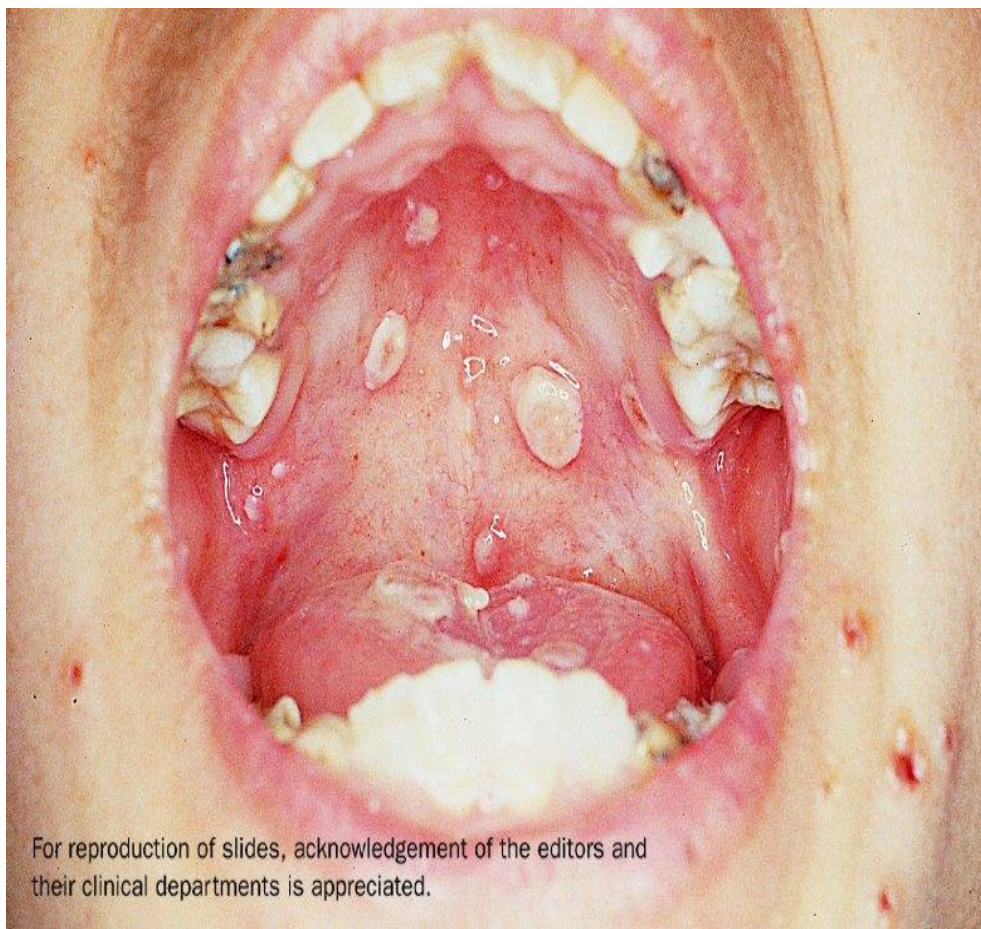
Экзантема



Вторичное инфицирование элементов - ПИОДЕРМИИ



Высыпания на слизистой полости рта



осложнения

- Возникают при вторичном инфицировании сыпи – пиодермия, абсцесс, стоматит, конъюнктивит (гигиена!)
- После перенесенной ветряной оспы остается стойкий длительный **иммунитет**
- При вторичном инфицировании *H.zoster* – заболевание: Опоясывающий герпес
- Специфическая профилактика – вакцина Варилрикс (п/к), только по желанию!

лечение

- Элементы смазывают 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого, фукорцином, 2% метиленовой синью или 1-2% раствором перманганата калия, лосьоном Каламин
- В период подсыхания корочек – гигиенические ванны со слабым раствором калия перманганата
- Противовирусные препараты – ацикловир, виролекс, интерферон, лизоцим
- При гнойных осложнениях - антибиотики



Новое в наружном лечении



ПоксКлин

Медицинский охлаждающий гидрогель для детей, больных ветряной оспой.

- Быстрое облегчение зуда
- Ускоряет заживление
- Препятствует образованию рубцов



Уход при ветряной оспе

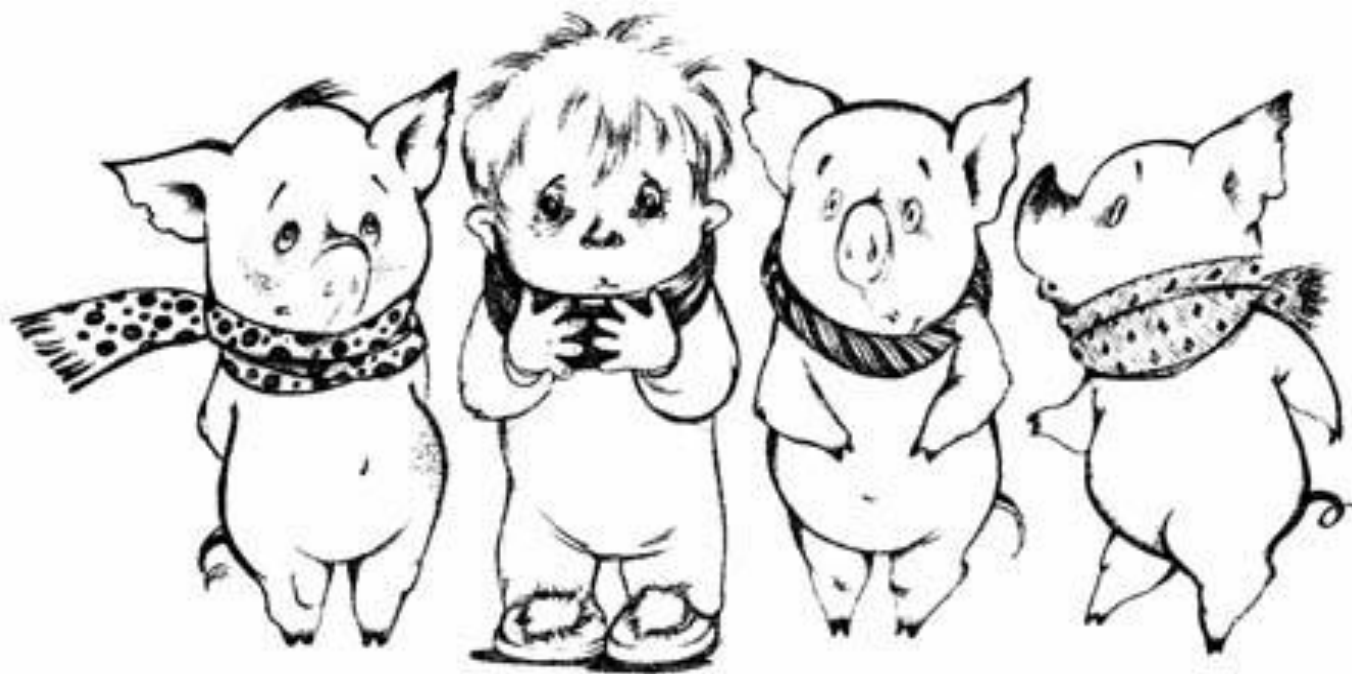
- Организовать щадящее питание ребенку
- Регулярное проветривание помещения, влажная уборка помещения не менее 2 раз в день
- Следить за чистотой постельного и нательного белья (частая смена)
- Коротко остричь ногти ребенка
- При сильном зуде, во избежание расчесов, надеть маленькому ребенку матерчатые рукавички
- Уход за слизистыми оболочками полости рта, глаз и половых органов (полоскание полости рта антисептиками, закапывание капель, подмывание)

Мероприятия в очаге

Мероприятия с больным	Мероприятия с контактными	Специфическая профилактика
1. Госпитализация не обязательна 2. Изоляция больного до 5 дня после последнего высыпания 3. Масочный режим, регулярное проветривание, влажная уборка помещения	1. Выявить всех контактных 2. Установить карантин на 21 день 3. Наблюдение за контактными (термометрия, осмотр кожи и слизистых) 4. «Контактным» ослабленным детям ввести в\м иммуноглобулин	Применяется по желанию родителей, рекомендуется детям с ослабленным иммунитетом (иммунодефициты, гемобластозы). Вакцинация в Национальном календаре не принята.

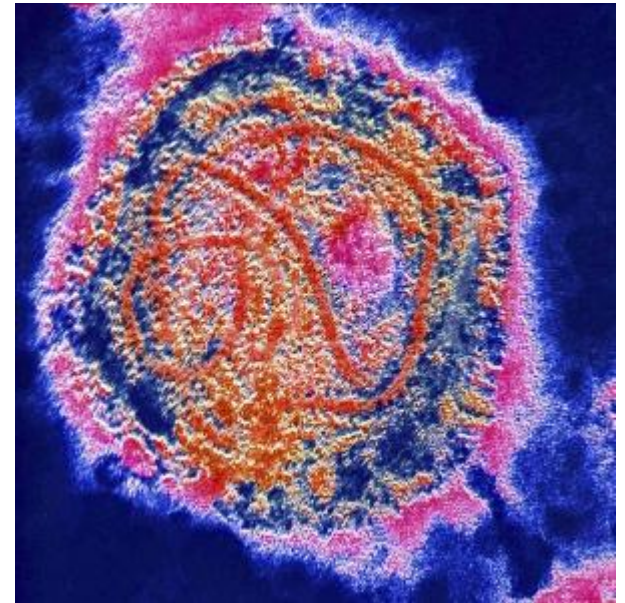
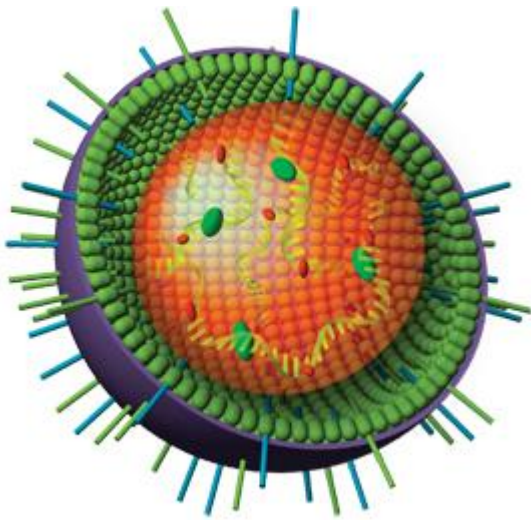
Эпидемический паротит

(свинка, заушница) – инфекционное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением железистых органов (околоушных слюнных желез, поджелудочной железы, яичек), а также ЦНС



Возбудитель – вирус эпидемического паротита (парамиксовирус)

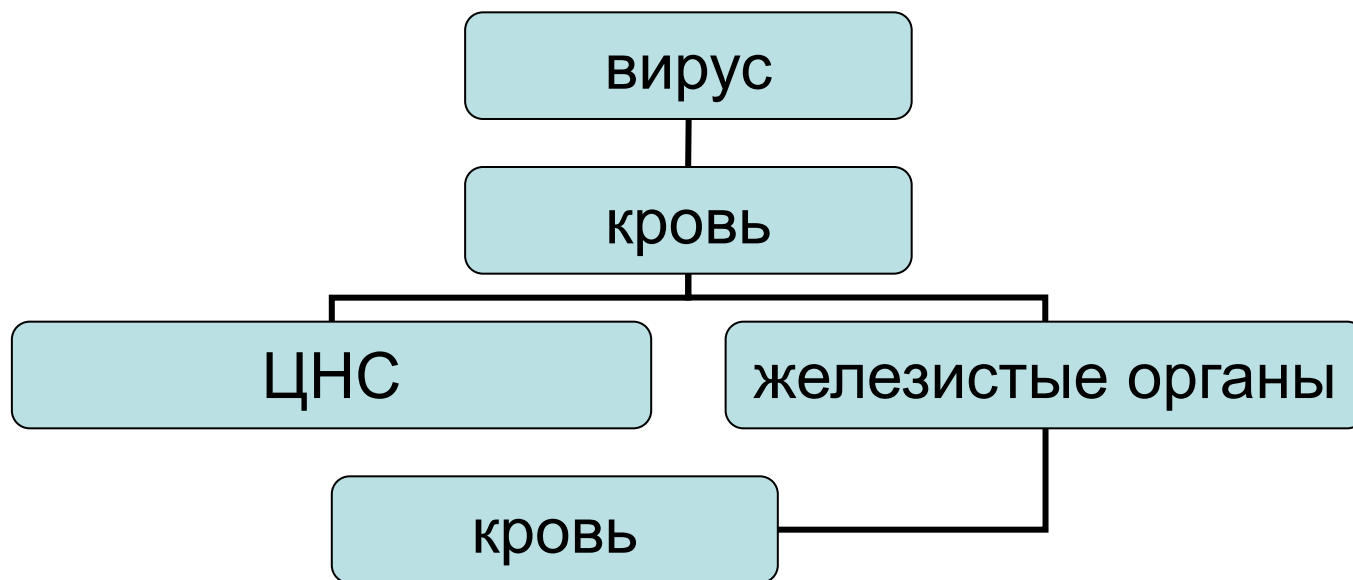
- малоустойчив во внешней среде
- обладает незначительной летучестью
- контагиозность умеренная
- тропен к железистой ткани



Эпидемиология

- **Источник инфекции** – больной с последнего дня инкубации и в течение первых 9 дней от начала болезни
- **Механизм передачи** – воздушно-капельный
- **Вирус** поражает железистую ткань и ЦНС
- **Вирус** выделяется из слюны, крови, спинномозговой жидкости (ликвора)

Входные ворота – слизистые оболочки рта, глотки и носа



Клиническая картина

- Инкубационный период – 11 – 23 дня
- Типичные формы – изолированная (паротит) или комбинированная (сочетание поражения желез)
- Атипичные: серозный менингит, энцефалит, а также стертое или бессимптомное течение

Клиническая картина типичной формы паротита

- Начало острое: высокий подъем температуры, общее недомогание, припухлость и боль в околоушной области при жевании и глотании, может быть полиорганность поражения (сочетанное поражение нескольких желез)

Симптомы эпидпаротита

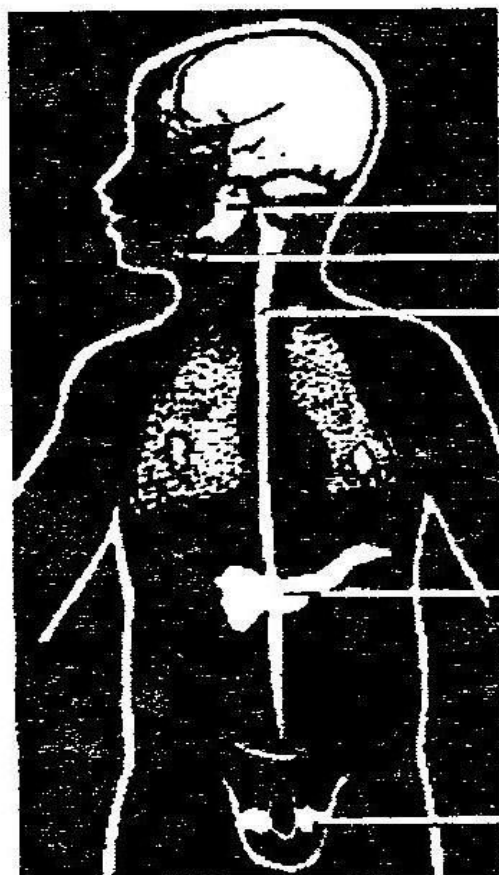
- **припухлость области околоушной слюнной железы**
 - тестоватой консистенции, болезненная
 - распространяется кпереди, вниз и кзади от мочки уха
 - кожа над припухлостью напряжена, цвет не изменен
- **боль при жевании и глотании**
- **отечность, гиперемия стенонаова протока (выводной проток околоушной слюнной железы) – симптом Мурсона**





Последовательно могут вовлекаться в процесс другие железистые органы или ЦНС

- через 1 – 2 дня часто вовлекается вторая околоушная железа (волнообразный характер t)
- подчелюстные слюнные железы
- подъязычные слюнные железы
- поджелудочная железа (боли в верхней половине живота, в левом подреберье, тошнота, рвота)
- половые железы – яички, яичники (локальная выраженная боль, при орхите – местные с-мы)
- ЦНС (при развитии менингита – резкий подъем t , сильная головная боль, повторная рвота, судороги, менингеальные знаки положительные)



Паротит

Субмаксиллит

Серозный
менингит

Панкреатит

Орхит

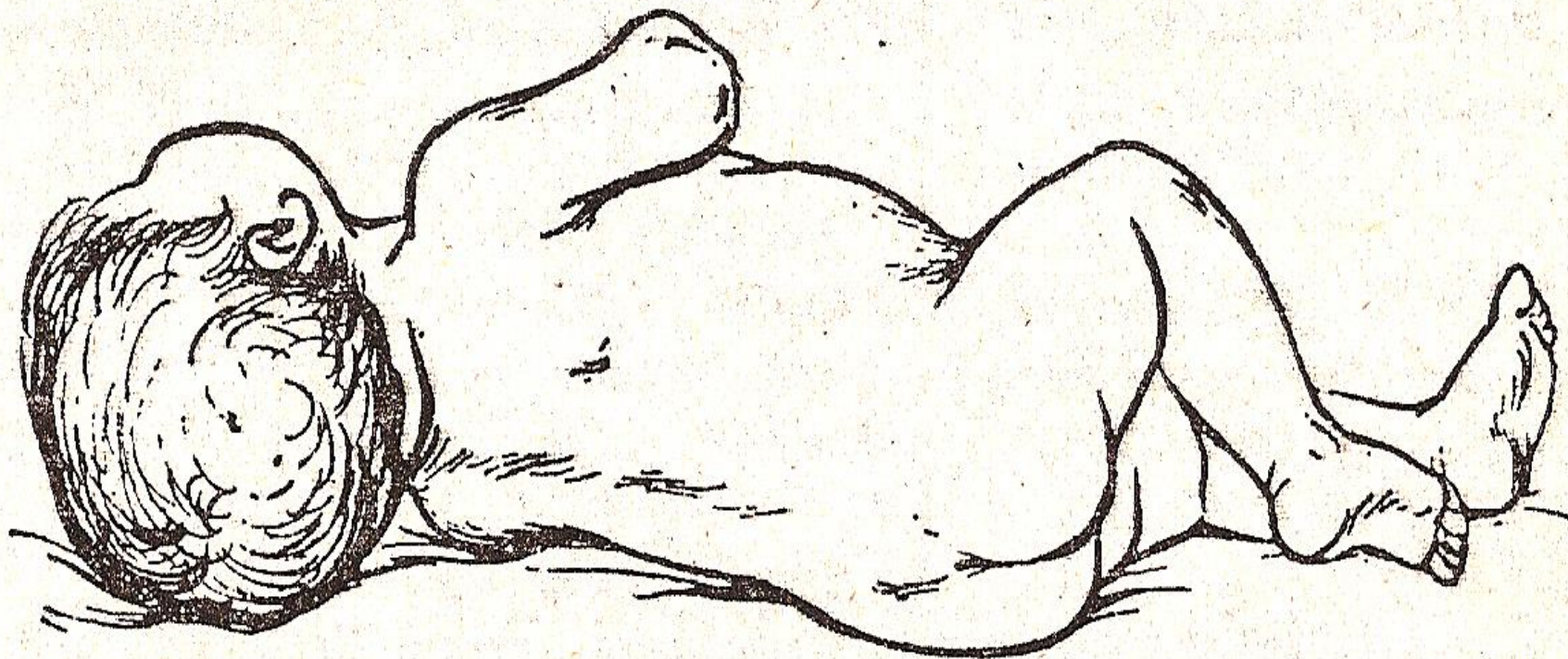
Течение
эпидемического
паротита

Симптомы серозного менингита при эпидпаротите

- повышение температуры
- головная боль
- многократная рвота
- Менингеальный синдром: ригидность затылочных мышц, выбухание большого родничка у грудных детей, положительные менингеальные симптомы (Кернига, Брудзинского, ригидность затыл. мышц)
- Спинномозговая пункция: ликвор прозрачный, вытекает частыми каплями или струей, лимфоцитарный цитоз



Менингеальная поза



больной лежит на боку, запрокинув
голову и поджав ноги к животу –
поза «легавой собаки»

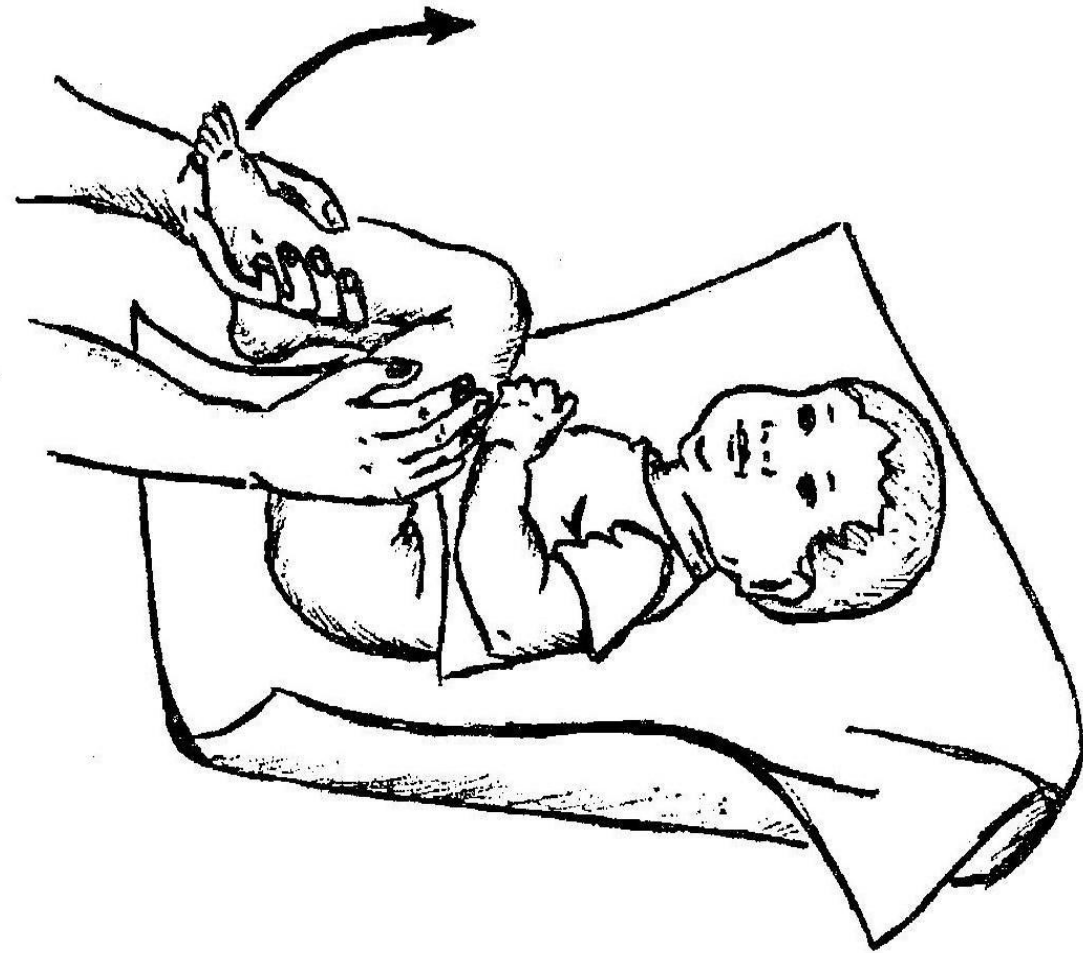
Ригидность затылочных мышц



При желании согнуть
голову больной не
может коснуться
грудной клетки
подбородком

Определение ригидности затылочных мышц

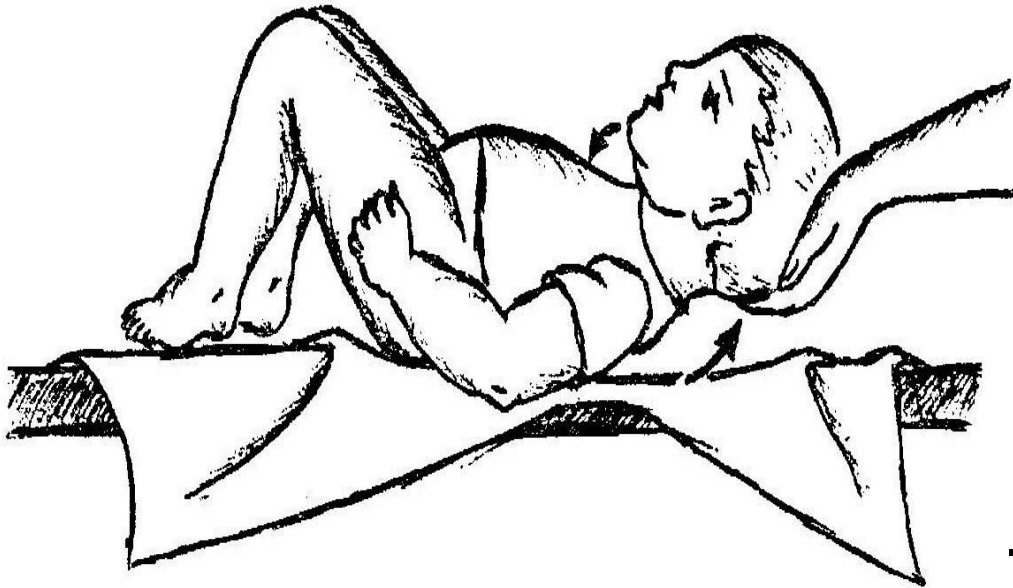
Симптом Кернига



согнутую под
прямым углом в
тазобедренном
суставе ногу не
удается разогнуть
в коленном

Симптом Кернига

Симптом Брудзинского



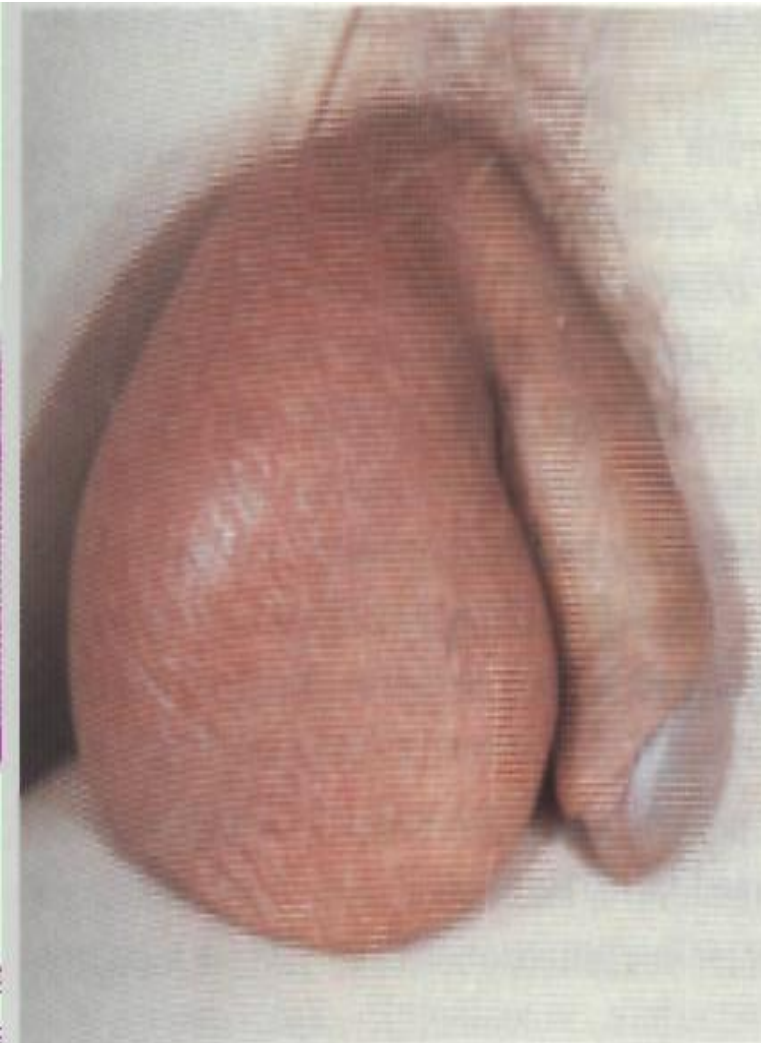
Симптом Брудзинского

- **верхний:** при попытке согнуть голову к груди ноги больного сгибаются в коленных суставах
- **средний:** при надавливании на лонное сочленение ноги сгибаются в коленных суставах
- **нижний:** при сгибании в коленном суставе одной ноги сгибается вторая нога

Симптомы панкреатита

- тошнота
- многократная рвота
- резкие боли в области эпигастрия и левого подреберья или опоясывающая боль в верхней половине живота
- лабораторный критерий - повышение диастазы в моче
- Осложнением может явиться развитие сахарного диабета!

Симптомы орхита



- припухлость яичка
- гиперемия, отечность мошонки
- резкая боль с иррадиацией в паховую область
- обычно поражается одно яичко, но не исключен двусторонний процесс
- грозным осложнением является мужское бесплодие!

Осложнения

- Отит
- Стоматит
- Сахарный диабет
- Бесплодие
- Тугоухость



Уход и лечение

- Постельный режим (амбулаторно только при изолированном паротите!) В тяжелых случаях – госпитализация в инфекционный стационар!
- Пища жидкая и полужидкая в теплом виде
- Уход за полостью рта (полоскание)
- Сухое тепло на область пораженной железы – полуспиртовые компрессы противопоказаны!
- При орхите постельный режим на 10-14 дней, ношение суспензория, сухое тепло
- Симптоматическая терапия панкреатита
- Дезинтоксикационная дегидратация при менингите

Мероприятия в очаге

Мероприятия с больным	Мероприятия с контактными	Специфическая профилактика
1. Госпитализация не обязательна 2. Срок изоляции больного 9 дней 3. Текущая дезинфекция, масочный и хлорный режим 4. После изоляции или выписки – проветрить помещение, влажная уборка с дезсредствами	1. Выявить всех контактных 2. Установить карантин на 21 день 3. Установить наблюдение за контактными (термометрия, осмотр области околоушных слюнных желез, слизистых оболочек щек)	1. Вакцинация проводится поливалентной вакциной «Тримовакс» (против кори, краснухи, паротита) подкожно вакцинация в 12 мес. ревакцинация в 6 лет

Коклюш – острое инфекционное респираторное заболевание,

- характеризуется затяжным течением, до 2 – 4 месяцев
- ведущим клиническим симптомом является приступообразный судорожный спазматический кашель
- Инкубационный период от 3 до 15 дней

Возбудитель – палочка Борде-Жангу

- Бактерия *Bordetella pertussis*
- не устойчива во внешней среде
- не летуча
- образует экзотоксин, раздражающий рецепторы дыхательных путей с развитием приступов кашля
- длительный кашель формирует стойкий очаг возбуждения в дыхательном центре ЦНС

Механизм передачи

- воздушно – капельный
- Входные ворота - слизистая оболочка верхних дыхательных путей
- Источник инфекции - больной в течение 25 – 30 дней от начала заболевания
- опасность представляют лица со стертыми и атипичными формами заболевания
- Контагиозность – высокая
- Иммунитет – стойкий, пожизненный

патогенез

палочка Борде-Жангу

ЭКЗОТОКСИН

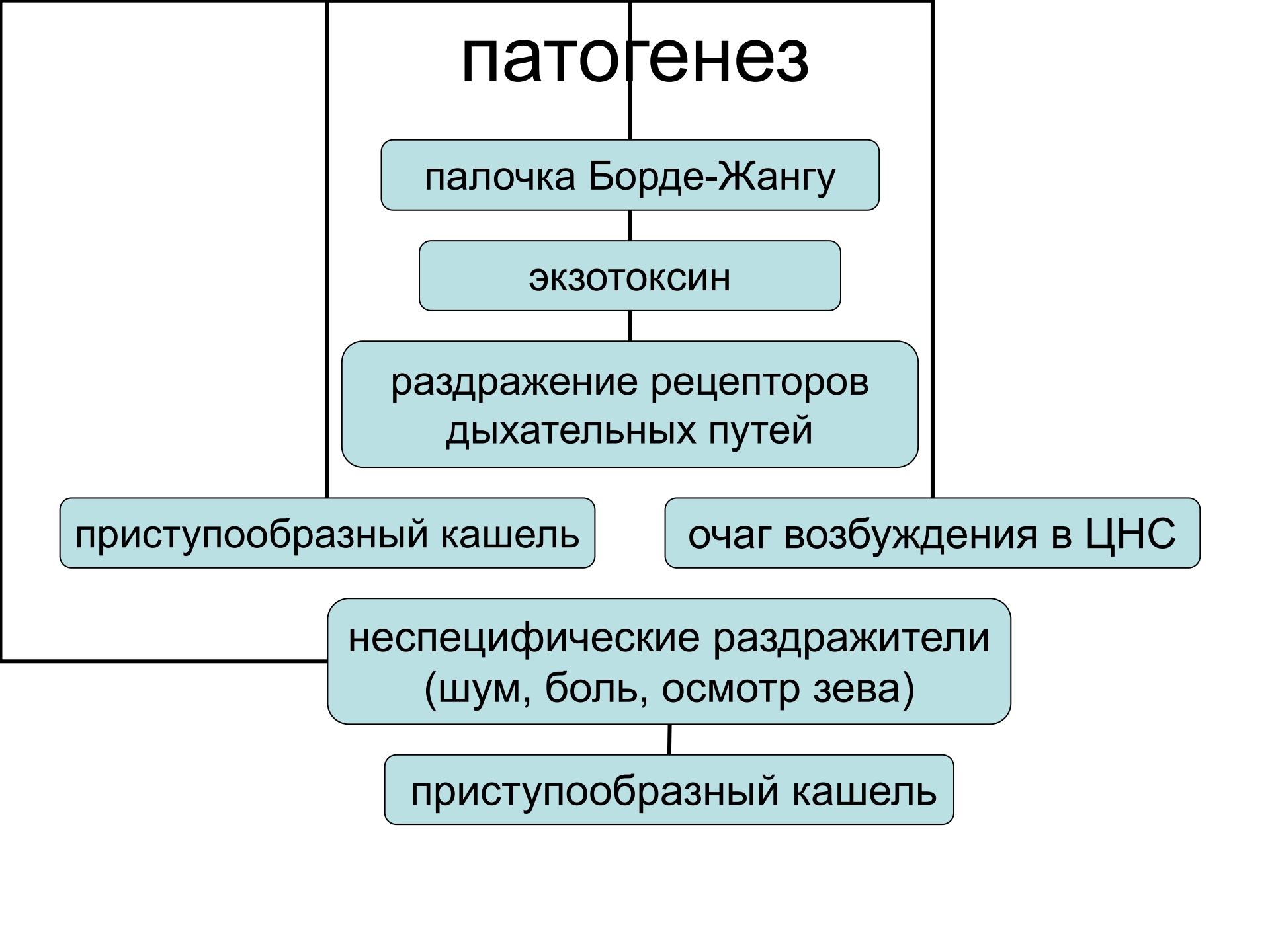
раздражение рецепторов
дыхательных путей

приступообразный кашель

очаг возбуждения в ЦНС

неспецифические раздражители
(шум, боль, осмотр зева)

приступообразный кашель



Клиническая картина

Характерна смена периодов заболевания:

- Инкубационный период – от 3 до 15 дней
- Катаральный период – 1 – 2 недели
- Период спазматического кашля – 2 – 4 недели
- Период разрешения болезни

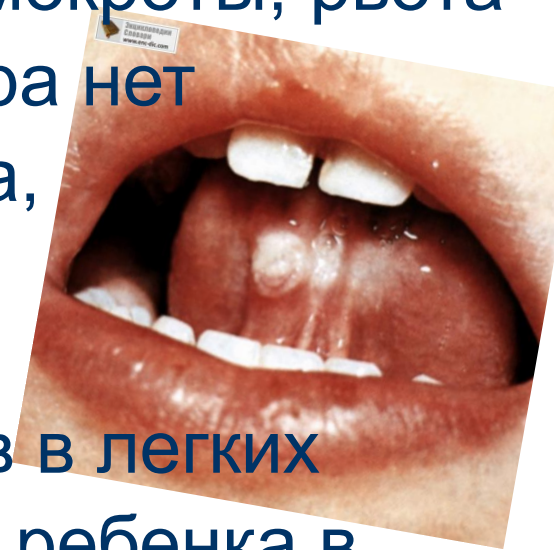
**Общая продолжительность болезни
от 1,5 до 2 – 3 месяцев**

Катаральный период (5-14 дней)

- Постепенное начало заболевания
- общее состояние удовлетворительное, самочувствие ребенка не нарушено
- незначительное повышение температуры
- недомогание
- сухой, навязчивый, постепенно усиливающийся кашель (даже при лечении)
- легкий насморк

Спазматический период (до 28 дней) – период судорожного кашля

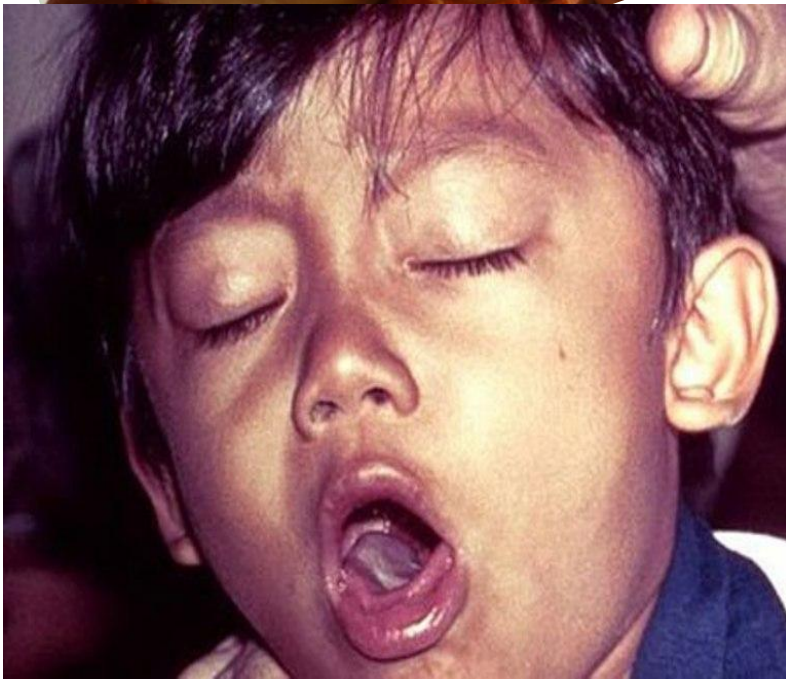
- приступы спазматического кашля с репризами, в конце приступа выделяется небольшое количество вязкой мокроты, рвота
- температура нормальная, катара нет
- характерны одутловатость лица, кровоизлияния в склеры
- язвочка на уздечке языка (!)
- обилие сухих и влажных хрипов в легких
- удовлетворительное состояние ребенка в межприступный период



спазматический кашель с репризами



- серия кашлевых толчков, быстро следующих друг за другом на одном выдохе
- **реприз** – резкий судорожный вдох после спазматического кашля, сопровождающийся свистящим протяжным звуком



Период разрешения

- приступы становятся реже и постепенно бесследно исчезают
- кашель теряет типичный характер
- Редкие осложнения – пупочная или паховая грыжа, пневмония

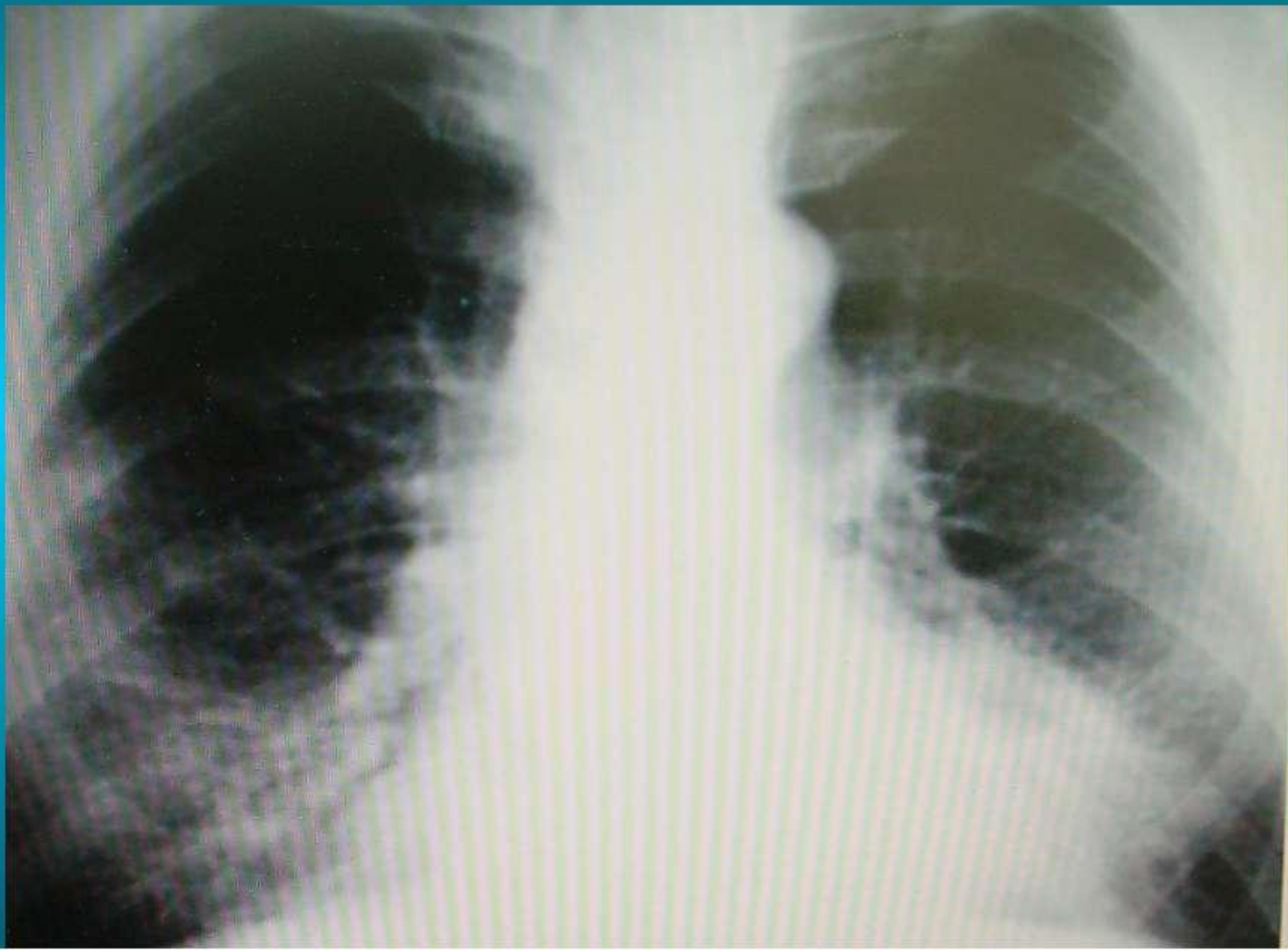
Длительно сохраняется кашлевая доминанта – приступы могут возвращаться при простуде и физической нагрузке

диагностика



- Бактериологический метод – выделение возбудителя (мазок из зева, метод «кашлевых пластинок»)
- Общий анализ крови – лейкоцитоз, выраженный лимфоцитоз, на фоне нормальной или замедленной СОЭ
- ИФА - метод для экспресс-диагностики, определение антител к *Bordetella pertussis* в сыворотке крови

Бронхо-сосудистый рисунок «коклюшного легкого»



осложнения

- Пневмония, бронхит
- Пупочная, паховая грыжа, выпадение прямой кишки
- Пневмоторакс, эмфизема подкожной клетчатки и средостения

Выделяют стертые и атипичные формы заболевания, встречается бессимптомное бактерионосительство (эпид.очаг!)

лечение

- антибиотики (эритромицин, ампициллин)
- оксигенотерапия
- при приступах кашля противокашлевые препараты (синекод, либексин, тусупрекс, глауцин, стоптуссин, Омнитус (бутамират))
- спазмолитические и антигистаминные средства, реже – седативные препараты
- при судорогах – седуксен в/м
- в тяжелых случаях – нейролептики, кортикостероиды

уход

- Режим щадящий (исключить внешние раздражители, психоэмоциональные нагрузки)
- Обязательны прогулки на свежем воздухе, частое проветривание помещения
- влажная уборка с дез. средствами
- кормить малыми порциями после приступа кашля, питание полноценное, витамины
- организовать спокойный досуг – чтение книг, лепка, просмотр телепрограмм, настольные игры

Специфическая профилактика



**ПРЕДУПРЕДИТЬ
ТЯЖЕЛЫЕ
ИНФЕКЦИИ
МОЖЕТ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ
ПРИВИВКА**



**Сделайте
прививку
и будьте
здоровы!**

<http://volgamci.t>

Мероприятия в очаге

- Выявляют всех контактных
- Карантин не болевшим детям накладывают на 14 дней (в коллективах до возраста 7 лет)
- Детям первого года жизни, бывшим в контакте с больным, а также иммунно ослабленным вводят в/м противококлюшный иммуноглобулин
- Выявляют бессимптомных носителей возбудителя