

ГАОУ СПО РТ «Набережночелнинский медицинский колледж»

**УЧЕБНО – МЕТОДИЧЕСКОЕ
ПОСОБИЕ**



ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ



Автор методического пособия – преподаватель
клинических дисциплин ГАОУ СПО РТ
«Набережночелнинский медицинский колледж» Ушакова А.П.

Рецензент: главная медицинская сестра ГАУЗ «Набережно-
Челнинская инфекционная больница» Хамдеева А.Р.

**Методическое пособие «Детские инфекции»
предназначено для студентов и слушателей отдела
дополнительного профессионального образования.**

Содержание

Введение	3
Коклюш	4
Полиомиелит	9
Скарлатина	16
Ветряная оспа	24
Корь	29
Краснуха	37
Эпидемический паротит	42
Инфекционный экзантемы	48
Мероприятия в эпидемическом очаге	50
Ведение эпидемического очага	51
Сестринский процесс при ветряной оспе	53
Тестовый контроль	56
Ситуационные задачи	62
Национальный календарь профилактических прививок РФ и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям	70
Список использованной литературы	76

Введение

Для того, что бы распознать инфекционную болезнь, установить источники инфекции и провести противоэпидемические мероприятия в очаге, необходимо знать свойства возбудителей, клиническую картину заболевания, сроки наложения карантина, а так же профилактические мероприятия.

Многие дети с детскими инфекционными заболеваниями лечатся в домашних условиях, поэтому не всегда за время обучения студенты имеют возможность наблюдать инфекционную патологию. Для максимальной наглядности в пособии представлены цветные иллюстрации по детским капельным инфекциям. Поскольку, практически все детские инфекции протекают с экзантемой, в пособии можно найти материал по методике обследования больных с сыпью. Так же описаны мероприятия в эпидемическом очаге и примерный образец его ведения.

Осуществление сестринского ухода, как основы организации медицинских сестер, обуславливает необходимость определения основных проблем пациента с инфекционной патологией, разработку методов их решения. Для примера в пособие описан сестринский уход при ветряной оспе.

В качестве контроля предусмотрены ситуационные задачи, тестовые задания.

КОКЛЮШ

Коклюш - острое инфекционное заболевание, вызываемое коклюшной палочкой, характеризующееся циклическим течением и наличием своеобразного судорожного приступообразного кашля.

Этиология: возбудитель – мелкая грамотрицательная неподвижная палочка – *Bordetella pertussis* (палочка Борде - Жангу). Высокочувствительна к внешним воздействиям: быстро погибает при высокой температуре. Солнечном свете, высушивании и под воздействием дезинфицирующих средств.

Эпидемиология: в естественных условиях *Bordetella pertussis* патогенна только для человека. Передача возбудителя происходит воздушно-капельным путем. Источник инфекции – больной человек (особенно в катаральной стадии) и бактерионоситель. После перенесенной инфекции развивается стойкая невосприимчивость к повторным заражениям. Характерна осенне-зимняя сезонность.

Классификация

По типу:

- Типичный коклюш характеризуется периодичностью развития заболевания и наличием типичного симптома - приступообразного спазматического кашля.
- Атипичный коклюш - нет смены периодов болезни, кашель сухой, иногда появляются типичные редкие приступы кашля.

По тяжести: легкие, среднетяжелые, тяжелые формы

Критерии тяжести

- Частота и длительность приступов кашля, количество репризов, частота рвоты, апноэ.
- Степень поражения сердечно - сосудистой системы (тахикардия, повышение АД, геморрагический синдром)
- Дыхательные расстройства (коклюшное легкое, бронхит)
- Энцефалические расстройства (беспокойство, гиподинамия, судороги)

По течению: гладкое и с осложнениями (пневмония, энцефалопатия, внутричерепные кровоизлияния)

Основные клинические симптомы

Инкубационный период длится 3-15 дней (в среднем 5-7 дней).

- Периодичность развития заболевания (период катарального кашля-7-10 дней, период спазматического кашля 4-6 недель, период разрешения).

- Отсутствие первичного токсикоза в период катарального кашля и спазматический период (температура и другие симптомы интоксикации).

- В катаральный период кашель обычный, но упорный, отсутствует эффект от проводимой терапии.

- В спазматический период кашель состоит из серии кашлевых толчков, затем происходит свистящий вдох - реприз, после чего вновь продолжается серия кашлевых толчков. В течение приступа кашля может быть несколько репризов.

- Иногда у детей может наблюдаться язвочка на уздечке языка.

- Характерен внешний вид больного во время приступа: лицо краснеет, становится одутловатым, из носа выделяется слизь, из глаз - слезы, в конце приступа появляется цианоз лица, слизистых. Во время приступа

кашля могут возникнуть кровоизлияния в склеру, петехиальная сыпь на лице, носовые кровотечения

- Приступ кашля заканчивается выделением вязкой мокроты или рвотой

- У детей первого года жизни вместо реприз возникают апноэ: апноэ различают спазматические во время приступа и синкопальные вне приступа.

- Вне приступа сохраняется одутловатость лица, бледность кожи.

- В периоде разрешения кашель теряет типичный характер, становится реже, затем купируется.



Разгар спазматического кашля



Язвочка на уздечке языка



кровоизлияние под конъюнктиву глаза

Диагностика

1. Клиническая диагностика
2. Эпидемиологический анамнез и иммунологический анамнез
3. Лабораторная диагностика:
 - бактериологический метод (посев слизи с верхних дыхательных путей на питательные среды)
 - серологические методы (РПГА, диагностический титр 1:80, РА, РСК, ИФА)
 - анализ периферической крови (лейкоцитоз с лимфоцитозом).

Показания для госпитализации

- Тяжелые и средне тяжелые формы.
- Коклюш у детей первого года жизни
- Заболевание у детей из закрытых детских учреждений
- Дети, с отягощенным преморбидным фоном

Принципы лечения на дому

1. Длительное пребывание на свежем воздухе
2. Этиотропная терапия: ампициллин, левомицетин, эритромицин, курс лечения 7-10 дней.
3. Для угнетения кашлевого рефлекса (либексин, бромгексин, синекод)
4. Витамины

Принципы лечения больного в стационаре

1. Прогулки на свежем воздухе, оксигенотерапия.
2. Этиотропная терапия: ампициллин, левомицетина сукцинат, гентамицин, эритромицин. При тяжелых формах, развитии осложнений - 2 антибиотика.
3. Препараты, угнетающие кашлевой рефлекс: седуксен 0,3 мг/кг массы или реланиум, детям старшего возраста - аминазин 1-2 мг/кг массы.

4. Для улучшения бронхиальной проходимости эуфиллии внутрь, в/в.
5. Муколитические средства: бронхолитин, бромгексин, в тяжелых случаях ферменты (хемопсин, хемотрипсин), лидаза.
6. При тяжелых формах глюкокортикостероиды, курс- 5-7 дней
7. Витамины С, гр В
8. Антигистаминные препараты.

Профилактика

- Изоляция больных на 14 дней
- Изоляция бактерионосителей до получения двух отрицательных результатов бактериологического исследования
- Специфическая профилактика проводится АКДС - вакциной с 3 мес. 3 вакцинации с интервалом 1,5 мес и первичной ревакцинации в 18 мес.
- Карантин на контактных 7 дней, 2-хкратное бактериологическое обследование и клиническое наблюдение.
- Дети, не болевшие коклюшем, контактные с больными коклюшем при наличии кашля, независимо от прививочного анамнеза, изолируются из коллектива до получения 2-х отрицательных результатов бактериологического обследования.
- Прививки против коклюша в очагах коклюшной инфекции не проводят.
- Контактным не привитым, ослабленным детям целесообразно вводить антитоксический противокклюшный иммуноглобулин независимо от сроков контакта.

ПОЛИОМИЕЛИТ

Полиомиелит - острая вирусная болезнь человека, характеризующаяся поражением серого вещества спинного мозга и мозгового ствола с развитием вялых парезов и параличей.

Этиология: возбудитель - Poliovirus hominis, который принадлежит к семейству Picornaviridae. Среди патогенных для людей вирусов - это один из самых маленьких (17-30 нм). Существует три типа вируса полиомиелита, обладающих антигенной стойкостью и не обуславливают образование перекрестных антител. Возбудитель полиомиелита - один из самых устойчивых вирусов, патогенных для человека - устойчив к эфиру, детергентов, очень кислой среды (рН 3,0). В фекалиях при температуре 0 С сохраняет активность в течение месяца. Выдерживает прогревание в воде при температуре до 50 С в течение 30 мин. При температуре 20 С сохраняет активность годами. Очень чувствителен к прямому воздействию УФ-излучения, дезинфицирующих средств, содержащих хлор.

Эпидемиология: Источник инфекции - больные и вирусоносители, выделяющие вирус с фекалиями. Наиболее эпидемиологически опасными являются больные abortивные, стертые формы полиомиелита. Основной механизм передачи - фекально-оральный (грязные руки, предметы, игрушки, инфицированные продукты). Воздушно-капельный путь инфицирования не отрицается, но нет особого значения и реализуется преимущественно во время эпидемических вспышек. На возможность капельного инфицирования указывает мощный механизм скрытой иммунизации, не очень характерный для кишечных инфекций. Вспышки полиомиелита в странах с умеренным климатом имеют летне-осеннюю сезонность. Иммунитет

после перенесенной болезни стойкий, практически пожизненный.

Классификация

Формы полиомиелита, протекающие без поражения нервной системы:

- Инаппарантная
- Abortивная (висцеральная) формы

С поражением ЦНС:

Непаралитическая (менингеальная)

Паралитические формы полиомиелита. В зависимости от уровня поражения нервной системы паралитическая форма полиомиелита может выражаться в следующих вариантах:

- **спинальном**, для которого характерны вялые параличи конечностей, шеи, диафрагмы, туловища;
- **бульбарном**, сопровождающимся нарушениями речи, глотания, сердечной деятельности, дыхания;
- **понтинном**, протекающим с полной или частичной утратой мимики, свисанием угла рта на одной половине лица;
- **энцефалитическом** с общемозговыми и очаговыми симптомами;
- **смешанном**.

Отдельно рассматривается такое поствакцинальное осложнение, как вакциноассоциированный паралитический полиомиелит.

По тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая формы.

Основные клинические симптомы:

Инкубационный период длится 3-35 дней (в среднем 12-14 дней).

Абортивная форма характеризуется повышением температуры, головной болью, незначительной болью в горле, легким кашлем, слабостью, вялостью, снижением аппетита, иногда катаральными явлениями, тошнотой, рвотой. Эти признаки могут дополняться потливостью, гиперестезией, диареей, болями в животе. Возможно развитие выраженного колитического синдрома, напоминающего дизентерию. Через 5-7 дней все явления исчезают, происходит полное выздоровление.

Менингеальная форма в начальной фазе напоминает абортивную форму, но с 2-3-го дня болезни развиваются признаки менингита: резкая головная боль, повторная рвота, повышение температуры тела до 39-40 С, ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского, гиперестезия. В цереброспинальной жидкости изменения характерны для серозного менингита: умеренный лимфоцитоз, незначительное повышение содержания белка. Больные жалуются на болезненность позвоночника, мышц спины, усиливающаяся при движениях, иногда подергивания в различных группах мышц. К 7-10-го дню болезни состояние значительно улучшается. Через 2-3 недели наступает полное выздоровление, однако еще некоторое время наблюдается астенический синдром.

Паралитическая форма по течению подразделяется на четыре стадии: препаралитическую, паралитическую, восстановление (реконвалесценции) и резидуальную.

Препаралитическая стадия клинически напоминает абортивную форму полиомиелита. Кроме признаков, характерных для абортивной формы, наблюдаются вегетативные расстройства в виде повышенной потливости (особенно головы) и красного дермографизма, а также общая

гиперестезия, фибриллярные подергивания отдельных групп мышц, снижение и асимметрия рефлексов. Артериальное давление снижается, пульс учащается. Типичны боли в различных участках тела, особенно в позвоночнике, который усиливается во время сгибания головы и спины. Болевой синдром не сопровождается расстройствами чувствительности, а локализация боли указывает на локализацию параличей.

Паралитическая стадия. С 3-7-го дня от начала болезни температура тела обычно снижается, состояние улучшается, но после второго повышения температуры, что совпадает с инвазией вируса в нервную ткань, состояние больного значительно ухудшается. Резкая боль в мышцах ног, реже спины, поясницы, рук, шеи, делает больного возбужденным, капризным. В течение нескольких часов развиваются вялые парезы-параличи. Чаще поражаются мышцы ног, плеч. Характерна мозаичность парезов, их анатомически несвязанные комбинации, большую степень проксимального поражения конечностей. С появлением парезов (параличей) возникает атония мышц и сухожильная арефлексия, а начиная с 7-12-го дня болезни постепенно развивается атрофия мышц, которая отчетливо проявляется через 2-3 недели. К постоянным симптомам относятся вегетативные расстройства - похолодание и цианоз конечностей, изменение влажности и мраморность кожи. Боль в мышцах постепенно стихает, иногда быстро исчезает.

Стадия восстановления (реконвалесценции). В конце первой - начале второй недели болезни паралитическая стадия медленно переходит в стадию восстановления. Общее состояние больного практически не меняется, мозаичность и асимметрия поражения проявляются особенно четко, восстановление функции пораженных мышц происходит постепенно, длится недели и даже месяцы.

Понтинная форма - поражается ядро лицевого нерва и развивается паралич (парез) мимических мышц (по периферическому типу), что клинически характеризуется сглаженностью носогубной складки, расширением глазной щели, смещением угла рта в здоровую сторону, неполным закрывание глаза (лагофтальм). Больной не может свистнуть, надуть щеки, наморщить лоб. Вследствие слабости круговой мышцы рта угол рта не смыкается полностью, из него течет слюна, еда выпадает изо рта, застревает между щекой и десной. У больных тяжелой формой обращают на себя внимание асимметрия лица, амимия на стороне поражения, смещение губ, морщины на здоровом боку. Примерно у половины больных в цереброспинальной жидкости выявляется лимфоцитарный плеоцитоз. Восстановление функции мимических мышц обычно начинается с 10-14-го дня и заканчивается в большинстве случаев полным выздоровлением.

Бульбарная форма отмечается острым началом и тяжелым течением. На фоне повышения температуры наблюдаются резкая головная боль, тошнота, рвота, незначительные менингеальные симптомы. Уже на 2-3-й день появляется нистагм (чаще горизонтальный), нарушение глотания, кашель во время еды и питья, невозможность проглотить слюну и слизь, которые накапливаются в большом количестве. До пареза мышц глотки может присоединиться поражение мышц гортани - глухой, хриплый голос, иногда афония, инспираторная одышка. В случае паралича мышц гортани очень опасна возможность асфиксии. Необратимое прогрессирование болезни приводит к летальному исходу.

Особенно опасными, прогностически неблагоприятными являются **смешанные бульбопонтинная и бульбоспинальная формы**, когда нарушение функции жизненно важных центров усиливается спинальными

расстройствами, параличом дыхательных мышц. В этих случаях состояние больного очень тяжелое, у него появляются все признаки церебральной комы, причем общемозговые проявления могут скрывать характерную симптоматику полиомиелита.

Резидуальная стадия (стадия стойких нарушений) - это длительный процесс, восстановительные изменения иногда затягиваются на годы. Глубокие параличи приводят к атрофии мышц, деформации суставов, сухожилий, связок, что приводит к отставанию в росте, остеопороз, вывихи, трофические изменения. Особенно тяжелые последствия наблюдаются при поражении мышц груди, спины и диафрагмы - деформация туловища, нарушения вентиляции



легких, пневмония, ателектазы.

Деформации туловища после перенесенного полиомиелита

Диагностика

1. Клиническая диагностика
2. Эпидемиологический анамнез и иммунологический анамнез

3. Лабораторная диагностика:

- вирусологический метод (исследуют слизь из носоглотки, кал, ликвор)
- серологические методы: РН, РСК, ИФА (нарастание титра антител не менее чем в 4 раза в сыворотке крови, забор материала проводят дважды с интервалом в 10 дней).

Показания к госпитализации: все дети с подозрением на полиомиелит подлежат обязательной госпитализации.

Лечение

1. В препаралитической и паралитической стадиях - полный покой, строгий постельный режим, анальгетики и седативные средства, детоксикация в виде внутривенных вливаний. Гипосенсибилизирующие, противовоспалительные, антигистаминные препараты, в тяжелых случаях - глюкокортикостероиды. Эффективны горячие влажные и парафиновые обертывания пораженных мышц. Необходимо следить, чтобы положение тела и пораженных конечностей больного было правильным.
2. Для уменьшения отек мозга и менингеальных явлений, применяют диуретические препараты.
3. При расстройствах дыхания проведение реанимационных мероприятий с применением специальной аппаратуры для искусственной вентиляции легких, отсасывания слизи из дыхательных путей.
4. В стадии восстановления применяют различные тепловые процедуры, сначала легкий массаж, затем активную лечебную гимнастику. Широко применяется физиотерапия (УВЧ, гальванизация).
5. В резидуальной стадии болезни иногда возникает необходимость в ортопедическом или хирургическом вмешательстве, протезировании.

Система этапного лечения предполагает длительное санаторно-курортное лечение в специализированных учреждениях.

Профилактика

1. Изоляция больных не менее чем на 21 день от начала болезни.
2. Медицинское наблюдение за контактными на 21 день.
3. В очаге проводится заключительная дезинфекция.
4. Специфическая профилактика: иммунизацию проводят живой ослабленной вакциной Сейбина, начиная с 3 мес. жизни, трехкратно через 45 дней. Ревакцинация в 18 мес., 20 мес., и в 14 лет.

Для вакцинации детей с иммунодефицитными состояниями, а так же членов семей используются инактивированные вакцины, которые вводят парентерально в те же сроки (вакцины «Имовакс-полио», «Тетракок»).

СКАРЛАТИНА

Скарлатина – острое инфекционное заболевание, вызываемое β -гемолитическим стрептококком группы А и характеризующееся симптомами общей интоксикации, ангиной, сыпью на коже.

Этиология: возбудитель инфекции β -гемолитический стрептококк группы А. Достаточно устойчив во внешней среде, резистентен к физическим воздействиям (замораживанию, высушиванию). Сохраняет высокую чувствительность к пенициллинам.

Эпидемиология: источник инфекции – человек, больной скарлатиной или стрептококковой ангиной, а так же здоровый носитель стрептококка. Основной путь передачи

инфекции – воздушно-капельный (реже пылевой), имеет значение так же передача контактным путем (преимущественно через игрушки). Характерна осенне-зимняя сезонность.

Классификация

По типу:

- Типичная (наличие симптомов интоксикации, ангины, характерной сыпи)
- Атипичная: стертая (слабая выраженность клинических проявлений), экстрабуккальная (локализация первичного очага вне ротоглотки), скарлатина без сыпи, аггравированная: геморрагическая, гипертоксическая.

По тяжести:

- легкая
- среднетяжелая
- тяжелая (А - токсическая, Б – септическая, В – токсико-септическая)

Тяжесть оценивают по симптомам интоксикации и местным воспалительным изменениям, т.е. по характеру ангины, лимфадениту.

По течению:

- гладкое
- негладкое

Основные клинические симптомы

- Инкубационный период 2-7 дней
- Начало острое с резкого повышения температуры до 38-39 С сопровождающаяся рвотой.
- Симптомы интоксикации: повышение температуры тела, головная боль, недомогание, отказ от еды, повторная рвота, нарушение сна, беспокойство, могут быть судороги, менингеальные знаки.

- Сыпь появляется в первые сутки от начала заболевания
- Основной элемент – мелкоточечная сыпь, может быть милиарная
- Локализация – лицо (за исключением носогубного треугольника – симптом Филатова), туловище, конечности (сгибательная поверхность), характерно сгущение сыпи в подмышечных областях, боковой поверхности грудной клетки, внизу живота и подчеркнутость естественных складок – симптом Пастиа
- Цвет сыпи – ярко-розовый или красный
- Фон кожи – гиперемированный, кожа сухая, могут быть зуд и расчесы
- Сыпь подсыпает 2-3 дня, исчезает к 5-6 дню.
- Со 2-й недели – шелушение отрубевидное на туловище и пластинчатое на ладонях и подошвах.
- Изменения в ротоглотке появляются в первые часы заболевания
- Яркая отграниченная гиперемия слизистой миндалин, дужек, малого язычка, может быть энантема на слизистой мягкого неба.
- Ангина (катаральная, лакунарная, фолликулярная, некротическая: в виде островков или сплошь покрывающая миндалину, может быть также распространенной)
- Регионарный лимфаденит (увеличение и болезненность тонзиллярных лимфатических узлов).
- Изменения языка:
 - В начале болезни – сухой, обложен серовато-бурым налетом
 - К 3-5 дню болезни – очищается, ярко-красный, выраженные сосочки, «малиновый».
- Изменения сердечно-сосудистой системы:
 - Симпатическая фаза – тахикардия, повышение АД,
 - К концу первой недели парасимпатическая фаза – брадикардия, снижение АД, приглушенность сердечных тонов

- Может быть «инфекционное сердце» - небольшое расширение относительной сердечной тупости, систолический шум, ЭКГ – синусовая брадикардия, аритмия на срок 2-4 недели.

- У преобладающего большинства больных выздоровление наступает на 8-10 день болезни.



Скарлатинозная сыпь



«Малиновый язык»



Спастический треугольник Филатова



Пластинчатое шелушение

Признаки тяжелой формы скарлатины

Токсическая форма скарлатины характеризуется выраженными симптомами интоксикации: гипертермия, нарушение сознания, неукротимая рвота, может быть

менингоэнцефалит или менингоэнцефалический синдром, сосудистая, надпочечниковая недостаточность. Фон кожи синюшный, сыпь необильная, багрово-синего цвета. Слизистые цианотичные. Сосуды склер инъецированы, узкий зрачок.

Септическая скарлатина протекает с обширным некротическим процессом в ротоглотке и носоглотке, воспалением лимфатических узлов и окружающей клетчатки (аденофлегмона) или гнойным лимфаденитом, увеличением печени и селезенки. Температура септическая (с размахами в 1,5-2 градуса). Сыпь обильная (мелкоточечная, милиарная, геморрагическая). Характерно раннее появление бактериальных осложнений: отита, пневмонии, синусита.

Для **токсико-септической скарлатины** характерны симптомы токсической и септической скарлатины.

Осложнения

- аллергические (нефрит, лимфаденит)
- септические (распространенная некротическая ангина, аденофлегмона, гнойный лимфаденит, отит, мастоидит, синуситы)

Диагностика

1. Клинический метод
2. Эпидемиологический метод
3. Лабораторный метод:
 - общий анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоформулы влево, ускорение СОЭ), общий анализ мочи
 - бактериологический – посев мазка из ротоглотки на микрофлору и на токсигенную коринебактерию дифтерии.
4. Иммунофлюоресцентный метод (исследование мазка из зева).
5. Инструментальной метод: ЭКГ

6. Консультации: оториноларинголог, кардиолог

Дифференциальная диагностика

1. Иерсиниозная инфекция
2. Стафилококковая инфекция
3. Аллергические реакции
4. Корь
5. Краснуха

Показания для госпитализации

- Клинические – тяжелые и среднетяжелые формы скарлатины, скарлатина у детей раннего возраста, наличие осложнений скарлатины, отягощенный преморбидный фон.
- Эпидемиологические – случаи скарлатины из закрытых детских учреждений, с круглосуточным пребыванием детей, из многодетных семей, из общежитий, из семей, где имеются дети до 10 лет, ранее не болевшие скарлатиной, где имеются лица, работающие в ДДУ, детских больницах, хирургических и родильных отделениях.
- Социальные – невозможность обеспечить лечение на дому

Лечение на дому

1. Режим – постельный на период лихорадки
2. Диета – витаминизированная, механически щадящая, обильное питье
3. Антибактериальная терапия: пероральные формы пенициллина (феноксиметилпенициллин, амоксициллин), макролиды (эритромицин, сумамед, клацид). Длительность курса 10 дней или 1-кратное введение бициллина -5.
4. Противовоспалительная терапия (ацетилсалициловая кислота)
5. Десенсибилизирующая терапия (антигистаминные препараты)
6. Витаминотерапия (витамины А и С)

7. Обработка ротоглотки растворами антисептиков, отварами (настоями) трав.
8. В первые три дня осмотр врача ежедневно, обязательное обследование на стрептококк и токсигенную коринебактерию дифтерии.
9. Затем осмотр на 8-10 день болезни и на 18-20 день для назначения контрольных анализов крови, мочи, ЭКГ и осмотра кардиологом.

Лечение тяжелых форм в стационаре

1. Режим строго постельный
2. Диета
3. Антибактериальная терапия (в/ве и в/м) – пенициллин, цефалоспорины
4. Дезинтоксикационная терапия (в/в-кап. введение инфузатов из расчета 50 мл/кг массы, глюкозо-солевые растворы, коллоиды)
5. Ингибиторы протеолитических ферментов (контрикал 500-1000 ед./кг, гордокс, в/венное капельное введение)
6. Глюкокортикостероиды (3-5 мг/кг/сутки по преднизолону, в/венное введение)
7. Иммунокорректирующая терапия (пентоксил, иммуноглобулин)
8. Метаболическая терапия (витамины группы В, С, препараты калия, рибоксин)
9. Посиндромная терапия (противосудорожная, борьба с гипертермией)
10. Лечение осложнений
11. Выписка из стационара осуществляется после клинического выздоровления, не ранее 10 дня от начала заболевания

Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции

- Изоляция больного на 22 дня (при наличии осложнений период изоляции удлиняется)

- Экстренное извещение в ЦГСЭН (форма №0/58-у)
- Текущая дезинфекция
- Работа с контактными, не болевшими скарлатиной:
 - За детьми до 8 лет, не посещающими ДДУ или школу проводится медицинское наблюдение в течение 7 дней после изоляции больного и 17 дней при оставлении больного дома (термометрия, осмотр кожи и слизистых оболочек).
 - Дети до 8 лет, посещающие ДДУ или школу разобщаются с коллективом, медицинское наблюдение в течение 7 дней от момента изоляции больного и 17 дней при оставлении больного дома (проведение термометрии, осмотр кожи и слизистых оболочек).
 - Дети старше 8 лет: с коллективом не разобщаются, но осуществляется медицинское наблюдение в течение 7 или 17 дней (проведение термометрии, осмотр кожи и слизистых оболочек).
 - Контактные, переболевшие скарлатиной: с коллективом не разобщаются.
 - Больные другими формами стрептококковой инфекции в очаге скарлатины изолируются на 22 дня
- Санитарно-просветительская работа с родителями и детьми по раннему выявлению скарлатины

Профилактика

Специфическая профилактика не разработана

Диспансеризация

За лицами, переболевшими скарлатиной, устанавливается диспансерное наблюдение в течение месяца. Через 7-8 дней проводится клиническое обследование анализа крови, мочи, ЭКГ по показаниям. Через 3 недели обследование повторить. При отсутствии патологии - снимают с учета, при наличии - переводят под наблюдение соответствующего специалиста (кардиолога, нефролога).

ВЕТРЯНАЯ ОСПА

Ветряная оспа - острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом из семейства Herpesviridae, характеризующееся умеренной лихорадкой и появлением на коже и слизистых оболочках мелких пузырьков с прозрачным содержимым.

Этиология: возбудитель болезни - вирус Varicella Zoster, способный вызывать так же опоясывающий герпес у взрослых. Относится к группе вирусов 3 типа. Содержит ДНК. Не стоек, во внешней среде погибает через несколько минут. Однако при температуре 70 градусов может сохраняться в течение 5 лет. У детей ветрянки возникает при первичном контакте с вирусом.

Эпидемиология: источник инфекции – больной человек, представляющий опасность в последние 2 дня инкубационного периода и в течение всего острого периода болезни вплоть до отпадения корочек. Иногда источником инфекции могут быть больные опоясывающим герпесом. Путь передачи – воздушно-капельный, заражение возможно на расстоянии 20 метров. Возможен вертикальный путь передачи возбудителя от матери к плоду.

Восприимчивость к заболеванию всеобщая. Максимальные уровни заболеваемости регистрируются в возрасте 3-6 лет. Сезонность осенне-зимняя. После перенесенной инфекции формируется стойкий иммунитет.

Классификация

По типу:

- типичная (при наличии симптомов интоксикации, характерной везикулезной сыпи);
- атипичная:

- рудиментарная (розеолезно-папулезная сыпь с единичными везикулами) - возникает в случае наличия специфического иммунитета или у детей, получавших в инкубационный период препараты крови, иммуноглобулин;
- генерализованная (висцеральная – поражение внутренних органов) - чаще возникает у новорожденных или у детей, ослабленных сопутствующей патологией, получающих иммуносупрессивную терапию
- геморрагическая (сыпь принимает геморрагический характер) – возникает у ослабленных, истощенных детей с геморрагическими диатезами, получавших иммуносупрессивную терапию
- гангренозная форма (наличие некрозов и язв) – возникает у истощенных детей, при плохом уходе, присоединении вторичной микробной флоры.
- пустулезная – происходит нагнаивание везикул.
- буллезная – элементы сыпи достигают диаметра 2-3 см и более.

По тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая.

По течению: гладкое (без осложнений) и негладкое (с осложнениями)

Основные клинические симптомы

Инкубационный период – 11-21 день

Продромальный период – субфебрильная температура, ухудшение общего состояния, может быть коре- или скарлатиноподобная сыпь.

Начало клинических проявлений может быть острое, с повышения температуры, недомогания, головной боли и появления сыпи

- Характеристика сыпи: элементы сыпи – пятно – папула – везикула – корочка. Наиболее типичный элемент – одиночные везикулы размером 3-5 мм сферической формы, наполненные прозрачным содержимым.
- Локализация – лицо, волосистая часть головы, туловище, конечности, слизистая оболочка полости рта, конъюнктивы, реже гортани, половых органов. Очень редко сыпь бывает на ладонях и подошвах. На слизистых оболочках везикулы быстро вскрываются и превращаются в эрозии или афтозные язвы.
- Количество элементов сыпи: чаще множественное
- Высыпания происходят толчкообразно, с интервалом 1-2 дня, одновременно на всех участках тела. Длительность высыпания 3-5 дней. Характерен «ложный» полиморфизм
- Течение – острое. Температура нормализуется чаще на 3-4 день от начала высыпаний, отпадение корочек происходит на 7-14 день болезни



Везикулярная сыпь

Афтозные язвы

Осложнения:

- Специфические (связаны с действием самого вируса): ветряночный энцефалит, менингоэнцефалит, миелиты, нефриты, миокардиты
- Неспецифические (наслоение бактериальной инфекции): флегмона, абсцесс, импетиго, буллезная стрептодермия, рожа, лимфаденит, стоматит, конъюнктивит, кератит, круп, пневмония

Диагностика

1. Клинический метод
2. Эпидемиологический метод
3. Лабораторный метод:

Общеклинический – общий анализ крови (небольшая лейкопения, относительный лимфоцитоз).

Серологический – ИФА, РСК.

Иммунологический – реакция иммунофлюоресценции.

Исследование ликвора – при появлении признаков менингоэнцефалита.

Дифференциальная диагностика

1. Герпетическая инфекция
2. Аллергические реакции
3. Импетиго
4. В случае появления скарлатиноподобной сыпи - со скарлатиной

Показания для госпитализации

- Клинические – тяжелые формы ветряной оспы, ветряная оспа у детей раннего возраста, наличие осложнений, отягощенный преморбидный фон.
- Эпидемиологические – случаи ветряной оспы из закрытых детских учреждений, с круглосуточным пребыванием детей, из многодетных семей, из общежития.
- Социальные – невозможность обеспечить лечение на дому.

Лечение на дому

1. Режим – постельный на период лихорадки
2. Гигиенический режим: гигиенический душ, чистая одежда и постельное белье, полоскание полости рта после приема пищи
3. Диета: витаминизированная, механически щадящая, обильное питье

4. Витаминотерапия (моновитамины)
5. Десенсибилизирующая терапия (антигистаминные препараты)
6. Обработка элементов сыпи (туширование) растворами антисептиков, анилиновых красителей. Обработка элементов на слизистых оболочках водными растворами анилиновых красителей.

Лечение тяжелых форм в стационаре

1. Постельный режим
2. Диета
3. Противовирусная терапия: показана при тяжелых формах ветряной оспы, хронических заболеваниях кожи, хронической патологии органов дыхания. Ацикловир: дети в возрасте 2-12 лет – 20 мг/кг/сутки per os в течение 5 дней (наиболее эффективен при начале лечения в первые 24 часа от момента появления сыпи); подростки – 800 мг/сутки per os в 5 приемов в течение 5-7 дней или валацикловир 1000 мг/сутки per os в 3 приема в течение 5 дней. При ветряной оспе у пациентов с иммуносупрессией рекомендовано в/венное применение ацикловира 10-12 мг/кг через 3 часа (длительность инфузии – 1 час) в течение 7 дней
4. Антибактериальная терапия по показаниям, при лечении осложнений
5. Дезинтоксикационная терапия
6. Метаболическая терапия
7. Десенсибилизирующая терапия
8. Лечение осложнений
9. Синдромальная терапия
10. Симптоматическая терапия

Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции

- Изоляция больного до 5-го дня с момента появления последних высыпаний

- Экстренное извещение в ЦГСЭН (форма №0/58-у)
- Текущая дезинфекция
- Работа в очаге только с не болевшими ветряной оспой:
Дети до 7 лет разобщаются с коллективом на 21 день. При точно установленной дате контакта разобщение возможно с 11 по 21 день с момента контакта. Дети старше 7 лет разобщению не подлежат.
Ежедневное медицинское наблюдение, с термометрией, осмотром кожи и слизистых оболочек

Профилактика

- Активная – существует живая ослабленная вакцина против ветряной оспы.
- Пассивная:
 - Нормальный человеческий иммуноглобулин 0,2-0,5 мл/кг массы.
 - Специфический Варицелла - Зостер иммуноглобулин. Рекомендован лицам, у которых возможно прогнозировать тяжелую форму заболевания или осложненное течение (пациенты с иммуносупрессией, например, с ВИЧ-инфекцией, онкологической патологией или получающие стероидную терапию). 1 ампула (1,25 мл) – 125 ЕД, что составляет минимальную дозу на каждые 10 кг массы тела. Максимальная доза – 625 ЕД. Эффективен для профилактики заболевания при введении не позже 96 часов от момента контакта (лучше в первые 48 часов)

КОРЬ

Корь – это вирусная инфекция, передающаяся воздушно – капельным путем, характеризующаяся цикличностью течения, синдромами интоксикации, катарального воспаления и экзантемой.

Этиология: возбудитель кори - вирус, относящийся к семейству парамиксовирусов. Содержит РНК. Быстро инактивируется при нагревании, УФО, под влиянием дезинфицирующих средств. Выделяется из крови и носоглоточной слизи заболевшего в продромальном периоде и период высыпания.

Отличительной особенностью вируса кори является его способность к пожизненной персистенции в организме человека, перенесшего заболевание и способность вызывать особую форму инфекционного процесса – медленную инфекцию.

Эпидемиология: источник инфекции – больной человек, наиболее заразный при максимальном выделении вируса в катаральном периоде и гораздо менее заразный в период высыпаний.

Путь передачи инфекции – воздушно-капельный. Вирус выделяется при кашле, чихании. Восприимчивость высока. Заболеваемость регистрируется круглый год, но наибольшее число случаев приходится на осенне - зимний и весенний периоды. После перенесенного заболевания формируется пожизненный иммунитет.

Классификация

По типу:

- **типичная** (симптомы интоксикации, катаральные явления, пятна Бельского - Филатова - Коплика, периодичность заболевания, этапность появления пятнисто-папулезной сыпи);
- **атипичная** (абортивная, митигированная, стертая, бессимптомная).

По тяжести:

- **легкая** (слабо выражены симптомы интоксикации, повышение температуры тела не выше 38,5 С, сыпь со слабой тенденцией к слиянию и бледной пигментацией);
- **среднетяжелая** (выражены симптомы интоксикации, вялость, адинамия, снижение аппетита, повышение температуры тела до 39 С, может быть рвота, сыпь обильная пятнисто – папулезная, яркая, сливается);
- **тяжелая** (резко выражены симптомы интоксикации в виде судорог, потери сознания, повторной рвоты, повышения температуры до 40 С и выше, развивается острая сосудистая надпочечниковая недостаточность, сыпь обильная с геморрагическим синдромом).

По течению: гладкое, с осложнениями.

Основные клинические симптомы кори:

В течении кори выделяют четыре периода:

1. Инкубационный – длится 9 – 17 дней, у получивших гаммаглобулинопрофилактику – до 21 дня.

2. Катаральный или продромальный период – 3 – 4 дня.

Для него характерно:

- Повышение температуры от субфебрильных до высоких цифр
- Нарастающие симптомы интоксикации: головная боль, вялость, адинамия, раздражительность, нарушение сна, рвота, анорексия.
- Выраженные катаральные симптомы
- Кашель сухой навязчивый, затем частый влажный.
- Заложенность носа, сменяющаяся обильными серозно-слизистыми выделениями
- Чихание
- Отечность век, светобоязнь, конъюнктивит, склерит

- Изменения слизистой щек, ротоглотки: гиперемия, энантема, слизистая щек гиперемирована, отечна, разрыхлена, белесоватые пятна типа манной крупы – симптом Бельского - Филатова - Коплика. Пятна обычно располагаются напротив малых коренных зубов.

3. Период высыпания начинается на 3-4 день болезни, продолжается 3 дня и характеризуется:

- появлением сыпи на фоне высокой температуры, максимально выраженных симптомах интоксикации и катаральных явлений.
- Сыпь пятнисто – папулезная, ярко – розовая или красная с тенденцией к слиянию, может быть с геморрагическим компонентом, на неизменном фоне кожи.
- Четко выражена этапность высыпания: 1 день – лицо, шея, плечевой пояс, 2 день – туловище, 3 день – конечности.

4. Период пигментации длится 5-7 дней после периода высыпания:

- происходит этапное угасание сыпи в таком же порядке, как и появлялась.
- может быть мелкоотрубевидное шелушение.
- состояние больного улучшается, восстанавливается сон и аппетит, исчезают катаральные явления, нормализуется температура.



Пятна Бельского-Филатова-Коплика



Коревая сыпь

У инфицированных лиц, которым в течение инкубационного периода профилактически вводили иммуноглобулин, корь протекает с меньшей выраженностью всех симптомов (**митигированная корь**). Она отличается более длительным инкубационным периодом, сокращенным по времени катаральный период, маловыраженной или совсем не выраженной интоксикацией. Пятна Бельского-Филатова-Коплика чаще всего отсутствуют. Сыпь может быть одномоментная.

Осложнения

По срокам развития: ранние (в острый период кори); поздние (в период пигментации).

По этиологии: собственно коревые; вторичные (бактериальные).

В соответствии с поражаемыми органами и системами развиваются следующие осложнения:

- со стороны дыхательной системы (ларингиты, ларинготрахеиты, бронхиты, пневмонии, бронхиолиты, плевриты);
- пищеварительной системы (стоматиты, энтериты, колиты);
- нервной (энцефалиты, менингоэнцефалиты, менингиты);
- органов зрения (блефариты, кератиты, кератоконъюнктивиты);
- органов слуха (отиты, мастоидиты);
- кожи (пиодермия, флегмоны);
- выделительной системы (циститы, пиелиты, пиелонефриты).

Диагностика

1. Клинический метод.
2. Эпидемиологический метод.
3. Гематологический метод (лейкопения, лимфоцитоз, умеренно ускоренная СОЭ).

4. Цитологический метод (обнаружение многоядерных гигантских клеток в отделяемом из носа).
5. Вирусологический метод (РИФ).
6. ИФА (обнаружение антител к вирусу кори класса Ig M и G). Кровь берется из вены на 4-5 день с момента появления сыпи (можно до 28 дня). При отрицательном результате исследование повторить через 7-10 дней.

Дифференциальный диагноз

1. ОРВИ
2. Краснуха.
3. Псевдотуберкулез
4. Скарлатина.
5. Менингококкцемия.
6. Аллергические экзантемы.

Принципы лечения больного корью на дому

1. Постельный режим на весь лихорадочный период и 2 - 3 дня нормальной температуры.
2. Механически и химически щадящая диета, лучше молочная и растительная.
3. Обильное теплое питье.
4. Витаминотерапия (витамины А и С).
5. Симптоматическое лечение:
 - при гнойном конъюнктивите рекомендуется промывание глаз дезинфицирующими растворами, закапывание 15 – 20 % раствора сульфацил – натрия; витамин А.
 - при заложенности носа или выделениях серозного или слизистого характера применяют сосудосуживающие капли (раствор мезатона 0,25%,0,5%; нафтизина 0,05%) и антисептические средства (2% раствор протаргола, сок каланхоэ, алоэ, пиносол по 1-2 капли 2- 3 раза в сутки в течение 3- 4 дней). При слизисто – гнойных выделениях из носа – закладывание мазей, физиотерапевтические процедуры.

- при кашле применяют настой алтея, мукалтин, пертуссин, отвары трав;
- при гипертермии рекомендуют парацетамол (до года – 10 мг/кг через 6 – 8 часов, старше года – 10 – 15 мг/кг через 4 – 6 часов), ибупрофен, влажное обтирание (полуспиртовый раствор, раствор уксуса с водой 1:1).

Показания для госпитализации

- Клинические – тяжелые и среднетяжелые формы кори, наличие осложнений, тяжелых сопутствующих заболеваний.
- Возрастные – дети первых двух лет жизни.
- Эпидемиологические – дети из закрытых детских учреждений и неблагоприятных жилищных и материальных условий.

Помощь на догоспитальном этапе при тяжелых формах кори

1. Антипиретические средства (парацетамол).
2. Противосудорожная терапия (седуксен 0,05 – 0,1 мл/кг 0,5% раствора в/м или в/в на 10 мл 10% глюкозы, магния сульфат 0,2 мл/кг 25% раствора в/м).
3. Оксигенотерапия.
4. При энцефалической реакции, острой сосудистой недостаточности – глюкокортикостероиды.

Противоэпидемические мероприятия в очаге

- Очагом считается семья или коллектив, где выявлен хотя бы 1 больной.
- Границами очага считается весь коллектив ДДУ, школа, ПТУ, ВУЗ, общежитие, подъезд.
- Раннее выявление и изоляция источника инфекции на срок до 5 дней от начала появления сыпи, а при наличии осложнений – на 10 дней с момента появления сыпи.
- Подача экстренного извещения (ф-058/у).

- Бывшие в контакте с корью дети, перенесшие в прошлом корь или получившие прививку живой коревой вакциной, а также школьники старше 2 класса, подростки, взрослые карантинизации не подлежат.
- Дети, контактировавшие с больным, не привитые и не болевшие корью изолируются сроком на 17 дней, а получившие гаммаглобулинопрофилактику – на 21 день.
- За общавшимися с больным корью устанавливается ежедневное медицинское наблюдение (температура, осмотр кожи, слизистых) в течение 21 дня с момента изоляции больного из коллектива.
- Лица, с признаками кори, или подозрительные на эту инфекцию изолируются и подлежат лабораторному обследованию (ИФА).
- Для профилактики кори детям, бывшим в контакте (в возрасте 12 мес. и до 35 лет), не привитым против кори, не болевшим корью и не имеющим медицинских противопоказаний, проводится срочная иммунизация живой коревой вакциной, но не позднее 5 –го дня от момента контакта.
- При заносах кори в детские лечебные учреждения и при контакте с корью детей от 3-х до 12 мес, а также у детей, имеющих противопоказания к проведению вакцинопрофилактики, осуществляется гаммаглобулинопрофилактика. Лучшие сроки введения гаммаглобулина - не позднее 3 - 5 дня после контакта с больным.
- В очаге проводится влажная уборка, проветривание помещения, ультрафиолетовое облучение.

Профилактика

- Для специфической профилактики кори применяют живую коревую вакцину из ослабленного штамма Ленинград – 16. Вакцинации подлежат дети с 12 мес., ревакцинацию проводят в 6 лет.

- Если ребенок не вакцинирован в декретированный срок из – за наличия противопоказаний - прививка проводится сразу же после их снятия.
- Если данные анамнеза о проведенной вакцинации или перенесенной кори не имеют документального подтверждения, то ребенка следует привить против кори при отсутствии коревых антител в сыворотке крови, т.е. при отрицательных результатах ИФА.
- Вакцинацию против кори лицам, которым введен иммуноглобулин, препараты крови, проведено переливание крови, можно реализовать не ранее, чем через 3 месяца. Введение гамма-глобулина (иммуноглобулина) допускается не ранее, чем через 2 недели после иммунизации.
- Гамма-глобулинопрофилактика проводится не болевшим корью и непривитым детям в возрасте до 12 мес, а также, независимо от возраста, ослабленным и больным (реконвалесцентам после различных заболеваний, больным с хирургической, соматической и инфекционной патологией и др.). Лучшие сроки введения гамма-глобулина – 3 – 5 день от момента контакта с больным.

КРАСНУХА

Краснуха - это острое антропонозное вирусное заболевание, характеризующееся умеренно выраженной лихорадкой, мелкопятнистой экзантемой, генерализованной лимфаденопатией и поражением плода у беременных.

Этиология: возбудитель краснухи – вирус, относящийся к семейству тогавирусов. Содержит РНК. Во внешней среде нестойк, быстро погибает при нагревании до 56 С, высушивании и Уф облучении. В замороженном состоянии сохраняет инфекционную активность годами.

Эпидемиология: источник инфекции – человек, больной манифестной или бессимптомной формой инфекции, а так же новорожденные с врожденной краснухой. Больной человек заразен за 5 дней до высыпания в течение 5-7 дней после исчезновения сыпи.

Путь передачи инфекции – воздушно-капельный. Риск заражения повышается при скученности, в неблагоприятных санитарных условиях. Чаще болеют дети, в возрасте 3-6 лет, посещающие организованные коллективы. Восприимчивость к краснухе всеобщая. Максимальная заболеваемость наблюдается в холодное время года.

Опасен вертикальный путь передачи заболевания. Причем вирус оказывает беспорное тератогенное действие. При врожденной краснухе вирус может до 1,5 лет сохраняться в организме ребенка, который все это время является источником инфекции. Иммуитет стойкий.

Классификация

По типу:

- типичная

- атипичная (стертая, бессимптомная). 60-70% случаев.

По тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая

По течению: гладкое, негладкое

Основные клинические симптомы приобретенной краснухи

1. Инкубационный период составляет 18 –23 дня.

2. Продромальный период продолжается от нескольких часов до 1 – 2 дней. Для него характерны:

- умеренно выраженные симптомы интоксикации (повышение температуры тела до субфебрильных цифр, недомогание, головная боль);
- незначительные катаральные явления (насморк, заложенность носа, сухой кашель, умеренная гиперемия

слизистой ротоглотки, энантема, катаральный конъюнктивит);

- патогномоничный симптом заболевания – увеличение заднешейных и затылочных лимфоузлов. Также могут быть увеличены и другие группы лимфоузлов.

3. Период высыпания продолжается 3 – 4 дня, характеризуется появлением мелкой пятнисто – папулезной сыпи розового цвета на бледном фоне кожи. Сыпь не имеет склонности к слиянию, распространяется одномоментно на всех участках тела. Излюбленная локализация – разгибательная поверхность рук, лицо, ягодицы.

4. Период реконвалесценции протекает гладко. Однако возможно развитие осложнений в виде энцефалита или серозного менингита.



Краснушная сыпь

Врожденная краснуха



Основные клинические симптомы врожденной краснухи

- У 50 – 70% новорожденных малая масса тела при рождении.
- Гепатоспленомегалия.
- Желтуха.
- Тромбоцитопеническая пурпура.
- Поражение глаз (катаракта, микрофтальмия, ретинопатия, помутнение роговицы, глаукома).
- Менингоэнцефалит, микроцефалия, в позднем периоде – отставание в умственном развитии.
- Врожденные пороки сердца, транспозиция сосудов.
- Врожденная пневмония.
- Глухота.

Диагностика

1. Клинико – эпидемиологический метод.
2. Гематологические данные (лейкопения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ).
3. Вирусологический метод (применяется редко).
4. Серологический метод (РТГА, ИФА) обязательно используются для диагностики приобретенной и врожденной краснухи и краснушного энцефалита.

Дифференциальный диагноз

1. Корь.
2. Скарлатина.
3. Псевдотуберкулез.
4. Аденовирусная инфекция.
5. Инфекционный мононуклеоз.
6. Аллергическая сыпь

Принципы лечения больного краснухой на дому

1. Изоляция больного на 7 дней с момента высыпания.
2. Постельный режим на время лихорадки.
3. Витаминотерапия.

4. Десенбилизирующие средства.
5. Симптоматическое лечение по показаниям.

Показания для госпитализации в стационар

- Клинические (тяжелые формы, микст – инфекция, осложнения).
- Эпидемиологические (плохие материально – бытовые условия, многодетная семья, наличие в семье беременной женщины, дети из лечебных и закрытых учреждений).

Помощь на догоспитальном этапе при тяжелых формах краснухи

1. Жаропонижающие средства.
2. Противосудорожные средства (реланиум, седуксен в/м или в/в).
3. Оксигенотерапия.
4. Кортикостероиды (преднизолон, дексаметазон).

Противоэпидемические мероприятия в очаге

- Изоляция больного на 7 дней с момента высыпания.
- Карантин на контактных не накладывается, за ними устанавливается наблюдение.
- В очаге краснухи в первые 3 дня постановки диагноза привить всех не иммунных (кроме беременных женщин). При невозможности проведения иммунизации для предупреждения или ослабления инфекции сразу же после контакта в очаге рекомендуется введение иммуноглобулина.

Профилактика

Активная иммунизация детей против краснухи проводится вакциной "Рудивакс" в 12 месяцев, ревакцинация - в 6 лет. В 14 лет проводится ревакцинация девочек, не болевших краснухой.

При заболевании женщины краснухой в первом триместре беременности показан медицинский аборт. Если

заражение произошло во 2-3 триместрах, вопрос о прерывании беременности решается с женщиной.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ

Эпидемический паротит - острое вирусное заболевание, характеризуется преимущественным поражением слюнных желез, реже других железистых органов (поджелудочной железы, яички, яичники и др.), а также нервной системы

Этиология: возбудитель – вирус, относящийся к семейству парамиксовирусов. Содержит РНК. Чувствителен к нагреванию, высушиванию, действию низкой температуры. Инактивируется при УФО, контакте с жирорастворителями. Вирус паротита обнаруживается в слюне за 3-4 дня до начала заболевания и продолжает выделяться в окружающую среду на протяжении 8-10 дней. Обладает выраженной адено- и нейротропностью.

Эпидемиология: источник инфекции – больной человек, выделяющий вирус со слюной. Заражение возможно, начиная с последних 2 дней инкубационного периода и до 5-го дня заболевания. Длительность заразного периода не превышает 9 дней от начала заболевания. Путь передачи воздушно-капельный. Восприимчивость к вирусу высокая, после перенесенной инфекции вырабатывается стойкий иммунитет.

Классификация

По типу: типичная и атипичная

По тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая

По течению: острое, гладкое

Типичные формы:

- железистая форма- изолированное поражение только железистых органов

- нервная - изолированное поражение ЦНС - серозный менингит, менингоэнцефалит
- комбинированная - поражение ЦНС и железистых органов

Атипичные формы: стертая, бессимптомная

Тяжесть типичных форм паротитной инфекции определяется симптомами интоксикации (температура, рвота, головная боль), степенью поражения железистых органов, степенью поражения ЦНС.

Основные клинические симптомы

Инкубационный период длится 11-21 день (чаще 15-19 дней), редко может удлиняться до 26 дней. К наиболее часто встречающимся клиническим вариантам паротитной инфекции относится железистая форма с поражением слюнных желез.

- Острое начало с повышения температуры до 38-38,5 С
- Боли при жевании
- Припухлость в области сначала одной околоушной слюнной железы, через 1-2 дня – другой.
- Околоушные слюнные железы увеличены, кожа над ними не изменена, при пальпации железа болезненная, имеет тестоватую консистенцию. Кожа в области припухлости лоснится.
- Лицо больного приобретает характерный вид (свинка)
- В области выводных протоков околоушных слюнных желез на слизистой щек наблюдается гиперемия и отечность
- Одновременно с увеличением околоушных слюнных желез или на 3-5 день - присоединяется субмаксиллит-воспаление подчелюстных слюнных желез. В этом случае - под нижней челюстью пальпируются слюнные железы, там же наблюдается отечность п/к клетчатки
- Больные отмечают сухость во рту

- На 3-5-7 день болезни могут присоединиться поражения следующих органов: орхит, эпидидимит, панкреатит, менингит серозный, менингоэнцефалит, полирадикулоневрит, неврит слухового нерва.



Характерный внешний вид больного эпидпаротитом



покраснение сосочка протока околоушной железы

Другие клинические формы эпидемического паротита.

Орхит и эпидидимит наиболее часто встречаются у подростков и взрослых. Орхит наблюдается на 5-8 день болезни и характеризуется новым подъемом температуры тела, появлением сильных болей в мошонке. Пораженное яичко значительно увеличено, становится плотным, кожа над ним отекает и краснеет. Увеличение яичка сохраняется 5-8 дней, затем явления регрессируют.

Оофорит проявляется резкой болезненностью в подвздошной области, высокой лихорадкой, явлениями интоксикации.

Панкреатит чаще возникает на 4-6 день болезни.

Проявляется болью в верхней половине живота, тошнотой, анорексией, запором, иногда рвотой.

Серозный менингит, как правило возникает на 2-6 день болезни. Острое начало, повышение температуры тела, рвота, головная боль. Умеренно выражены менингеальные симптомы.

Диагностика

1. Эпиданамнез: контакт с больным эпид.паротитом, отсутствие прививок.
2. Типичная клиника с увеличением в первую очередь околоушных слюнных желез
3. Вирусологический метод - выделение вируса паротита из слюны, крови, спинномозговой жидкости в первые дни болезни - метод иммунной флюоресценции
4. Серологический метод: РСК, РТГА в парных сыворотках, с интервалом 2-3 недели
5. Имуноферментный анализ (обнаружение специфических антител класса IgM)

Дифференциальная диагностика

1. Опухоли слюнных желез
2. Токсическая дифтерия ротоглотки
3. Инфекционный мононуклеоз
4. Туберкулез

Принципы лечения, больного паротитной инфекцией на дому

1. Режим постельный на 5-7 дней

2. Диета механически щадящая
3. Обильное питье (морсы, щелочные минеральные воды, чай)
4. Уход за полостью рта - полоскание после еды 2% раствором бикарбоната натрия
5. Сухое тепло на область пораженных слюнных желез
6. Симптоматическая терапия (жаропонижающие при температуре выше 38,5 С)
7. Аскорбиновая кислота

Показания для госпитализации

- Панкреатит
- Серозный менингит, менингоэнцефалит
- Орхит
- Тяжелые формы болезни

Основные принципы лечения в стационаре

1. Серозный менингит: с диагностической и лечебной целью - люмбальная пункция, строгий постельный режим на 2 недели, дегидратационная терапия - в/в 20% раствор глюкозы, в/в или в/м 25%раствор сернокислой магнезици или фуросемид внутрь, лазикс в/м или в/в, витамины гр. В, С, десенсибилизирующие средства, препараты калия. При энцефалите - гормоны из расчета на преднизолон 3-5 мг/кг веса
2. Орхит - постельный режим, суспензорий или тугие плавки на острый период болезни кортикостероидные гормоны из расчета 2-3 мг/кг в сутки (по преднизолону) в 3-4 приема в течение 3-4 дней с последующим быстрым уменьшением дозы. Курс 7-10 дней. Антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, фуросемид, десенсибилизирующие средства
3. Панкреатит - постельный режим, диета с ограничением жиров и углеводов, свежего хлеба

4. Дезинтоксикационная терапия - обильное питье щелочных минеральных вод, в тяжелых случаях в/в введение жидкости с ингибиторами протеолиза (гордокс, контрикал, трасилол).
5. Для устранения болевого синдрома - спазмолитики и анальгетики (анальгин, папаверин, но-шпа). Ферменты внутрь (панкреатин, панзинорм, креон)
6. Антибиотики в/в, в/м или внутрь - в зависимости от тяжести панкреатита

Противоэпидемические мероприятия в очаге

- Изоляция больного с поражением слюнных желез - 9 дней; с другими формами - 21 день.
 - Карантин на контактных на 21 день.
 - Контактным в возрасте до 25 лет проводится вакцинация (ревакцинация) не позднее 7 дня с момента выявления первого больного, если: не болевшим данной инфекцией и не привитой против нее; не болевшим и привитым однократно против не (если с момента прививки прошло не менее 6 месяцев); с неизвестным инфекционным и прививочным анамнезом
- Контактным, имеющим медицинские отводы от профилактических прививок, не позднее 5 дня с момента контакта вводится иммуноглобулин.

Профилактика

Специфическая профилактика- иммунизация живой ослабленной вакциной в 12 мес. и в 6 лет.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЭКЗАНТЕМЫ

Так как все детские инфекции протекают с сыпью, для постановки диагноза необходимо уметь точно давать характеристику экзантемы.

Характеристика сыпи:

1. Характер (т.е. вид сыпи), на фоне какой кожи, температура
2. Время появления сыпи от начала заболевания
3. Количество элементов сыпи (необильная, единичные элементы, обильная, полиморфизм сыпи).
4. Локализация
5. Этапность высыпания (по часам, по дням)
6. Симптом подсыпания (или одномоментно)
7. Обратная динамика сыпи (т.е. какая? когда? где?)

Элементы сыпи.

Инfiltrативные первичные элементы:

Пятно (макула): $d= 6-20$ мм. Возникает в результате временного расширения сосудов поверхностного слоя кожи. Цвет розово-красный, не возвышается над поверхностью кожи.

А) **Розеола:** $d= 1-5$ мм. Пятна величиной с чечевицу и больше, более 20 мм называются эритемой.

Б) **Геморрагическое пятно (кровоизлияния),** появляется в результате проницаемости сосуда или его разрыва.

В) **Петехии:** $d= 1$ мм, геморрагические пятна величиной с точку.

Г) **Пурпура:** $d= 2-5$ мм, геморрагические пятна величиной с ноготь, более 5 мм – экхимозы.

Узелок (папула): $d= 0,1-2,5$ мм, бесполостный элемент, возвышающийся над уровнем кожи. Цвет розовато-бурый, синюшно-красный. По величине:

А) **Милиарные папулы** – с булавочную головку

Б) **Лентикулярные папулы** – с чечевицу.

Большие папулы называются – **бляшками**.

Узел: такой же, как и узелок, но величина узла бывает разной – от вишни до грецкого ореха и больше. В дальнейшем узел изъязвляется, язва покрывается коркой и рубцуется.

Бугорок: бесполостной элемент, возвышающийся над уровнем кожи. Цвет желтовато-красный с синюшным оттенком. Величина не более чечевицы, форма полушаровидная. В дальнейшем бугорок некротизируется, затем появляется язва и рубец.

Первично-экссудативные элементы:

Пустула (гнойничок). Полостной элемент, возвышающийся над уровнем кожи с гнойным содержимым. Величина до вишни. Поверхностные элементы образуют эрозии. Глубокие язвочки, которые покрываются корочкой, затем образуют рубец (не всегда).

Пузырек (везикула). Полостной элемент с серозным содержимым, островоспалительного процесса. Величиной с булавочную головку. Ссыхается и образует эрозию.

Пузырь (булла). Полостной экссудативный элемент достигающий величины от грецкого ореха до куриного яйца. Содержимое пузыря различно – прозрачное, мутное, геморрагическое, ссыхается или образует эрозию.

Волдырь (уртика). Элемент всегда островоспалительного характера, бесполостной, возвышающийся над уровнем кожи. Развивается в результате серозного отека сосочкового слоя дермы. Величина от горошины до ладони взрослого человека. Возникает, например при крапивнице.

Вторичные элементы:

Чешуйки – отслаивающийся эпидермис

Корка – ссохшийся экссудат

Ссадина – образованная в результате расчесов кожи

Трещина – линейный разрыв кожи

Эрозия – поверхностный дефект слизистых, кожи

Язва – дефект глубоких слоев кожи, слизистых

Рубец – новообразованная ткань

Лихенификация – уплотнение кожи, гиперпигментация и т.д.

Виды сыпи (характер сыпи).

Розеолезная, папулезная, петехиальная, геморрагическая, везикулезная, буллезная, уртикарная, пустулезная и т.д.

МЕРОПРИЯТИЯ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ.

1. Изоляция больного (дома или в инфекционной больнице).
2. Выделение личных предметов обихода больному.
3. Соблюдение личной гигиены.
4. Медицинское наблюдение за очагом на срок инкубационного периода.
5. В детских садах устанавливается карантин на срок инкубационного периода и проводится наблюдение за контактными (температура, общее состояние, наличие и характер сыпи, а при острых кишечных инфекциях – цвет и характер стула).
6. Обследование контактных, входящих в декретированные группы населения. Выписываются направления на лабораторные исследования, объясняются правила забора исследуемого материала.
7. Дезинфекция в очаге. Медицинская сестра подробно рассказывает о том, как правильно проводить дезинфекцию и влажную уборку.

8. Санитарно-просветительная работа с населением, которая включает в себя:

- Общие сведения о заболевании;
- Характеристика первых симптомов болезни;
- Профилактика инфекционного заболевания.

В истории болезни пациента оформляется «Лист наблюдения за контактными» при острых кишечных заболеваниях, вирусных гепатитах, менингококковой инфекции, дифтерии.

№	Ф.И.О. контактных	Возраст	Место работы, должность, д/с	1 день	2 день	и т.д.

В историю болезни заболевшего инфекционным заболеванием в дальнейшем вклеиваются результаты обследования больного, контактных, фиксируются (подробно описываются) все акты медицинской сестры в эпидемический очаг.

В конце месяца результаты наблюдения за эпидемическим очагом, описание работы медицинской сестры, врача проверяются, история болезни передается в кабинет инфекционных заболеваний на проверку.

ВЕДЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ОЧАГА.

Ф.И.О.: Краснов Иван, 5 лет.

Домашний адрес: 25/10 – 3

Организованность: детский сад № 67, группа 4

10.11.2014г. Актив м/с.

Из ЦГСЭН 09.11. передан эпидемический очаг скарлатины, на Краснова Ивана.

Контактные: взрослые – 3, дети – 1.

1. *Краснова Тамара 30 лет – мать, домохозяйка.*

2. *Краснов Алексей 31 год – отец. Место работы: ООО «Антарес», инженер.*

3. *Краснова Татьяна 56 лет – бабушка, пенсионерка.*

4. *Краснов Вадим 9 лет, учащийся школы № 27, 3 «А» класс.*

Ребенок не госпитализирован, лечится дома. Заболел 09.11.14г., обратился 10.11.14г. семья живет в отдельной квартире, соответствующей санитарно-гигиеническим требованиям.

Мама выделила больному ребенку отдельную комнату. Посуду, игрушки, белье.

Я провела санитарно-просветительную работу, беседу «О профилактике скарлатины»

Контактный Вадим 9 лет, будет находиться дома, карантин до 02.12.14г.

У контактных жалоб нет, самочувствие хорошее, кожа чистая, аппетит хороший.

Больному ребенку выписано направление на общий анализ мочи (мама отнесет в поликлинику сама) с целью профилактики осложнения скарлатины.

20.11.2014г. Актив м/с.

Жалоб нет. Ребенок получает лечение, изолирован в отдельную комнату. ОАМ сдал. У контактных кожа и слизистые оболочки чистые, аппетит хороший. Текущая влажная уборка проводится. Больному ребенку выписано направление на ОАМ, ОАК.

02.12.2014г. Актив м/с.

Жалоб нет. Состояние ребенка удовлетворительное. У контактных жалоб нет, кожа и слизистые чистые. Мамой

проведена заключительная заключительная уборка помещений. Эпидемический очаг снимается с наблюдения. Мама с ребенком приглашены в поликлинику на сдачу ОАМ и прием к врачу. Контактный Вадим 9 лет, может посещать школу. Эпидемический очаг снят с наблюдения (22 дня наблюдения).

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС **ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ**

1 ЭТАП – СБОР ДАННЫХ

Мама ребенка предъявляет жалобы на недомогание, повышение температуры тела, появление сыпи в виде «пузырьков» на коже. В процессе сбора эпидемического анамнеза медсестра должна выяснить:

1. Посещает ли ребенок организованный детский коллектив, и какой?
2. Имел ли место контакт с инфекционными больными (в течение 21 дня)?
3. Чем болел ребенок до настоящего заболевания?
4. Как и когда начались высыпания?

Ребенок заболел остро, продромальный период отсутствует. Повысилась температура и одновременно по всему телу появились высыпания. При обследовании медицинская сестра обратила внимание на состояние кожи и слизистых, выяснила характер сыпи, отметила, что элементы сыпи полиморфны: пятна, папулы, везикулы, корочки расположены на неизменном фоне кожи по всему туловищу, волосистой части головы, на слизистых. А так же ей были отмечены изменения в состоянии ребенка: проявления симптомов интоксикации, вялость, недомогание, повышение температуры до 38-39 градусов.

Очень важно собрать информацию о социально-бытовых условиях, перенесенных заболеваниях, интересах ребенка, а так же сведения о его родителях.

II ЭТАП – ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ РЕБЕНКА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НАРУШЕНИЯ, УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ПРОБЛЕМ

Потребности	Проблемы
Есть, пить	Снижение аппетита
Спать, отдыхать	Нарушение сна
Быть чистым	Полиморфная сыпь
Поддерживать температуру тела	Лихорадка
Играть, учиться, общаться	Изоляция в связи с заболеванием

III ЭТАП – ПЛАНИРОВАНИЕ УХОДА

1. Изоляция больного (в большинстве случаев на дому) в течение 10 дней (до момента отпадения корочек).
2. Уход за больными: медицинская сестра обучает мать уходу за ребенком:
 - Обеспечение постельного режима при выраженной интоксикации;
 - Полноценное витаминизированное питание по возрасту, обильное питье;
 - Влажная уборка 2-3 раза в день, сквозное проветривание;
 - Уход за кожей и слизистыми: обработка элементов сыпи 1% раствором бриллиантовой зелени или 5% раствором перманганата калия до отпадения корочек. Полоскание полости рта растворами трав (ромашка, зверобой) или 2% раствором соды. Подмывание ребенка с использованием раствора перманганата калия, раствора трав.
 - Выполнение назначений врача (дача антигистаминных препаратов для уменьшения зуда: супрастин, тавегил, зиртек).

Мероприятия в очаге:

1. Изоляция больного
2. Сигнализация в ЦГСЭН - подача экстренного извещения в течение 24 часов.
3. Наложение карантина на всех контактных детей в очаге или на группу в организованном детском коллективе на 21 день.
4. Ежедневное наблюдение за контактными: общее состояние, термометрия, осмотр кожи, слизистых.
5. Влажная уборка в группе, сквозное проветривание, кварцевание.
6. Санитарно-просветительная работа: беседа с родителями, выпуск санитарного бюллетеня по данной инфекции.

IV ЭТАП – РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА УХОДА

Медицинская сестра обеспечивает выполнение назначений врача, плана ухода и мероприятий в очаге (оказание ежедневной помощи, выполнение специальных манипуляций, оказание психологической помощи, профилактика осложнений, обучение и консультирование членов семьи пациента, создание условий, благоприятно влияющих на здоровье пациента).

V ЭТАП – ОЦЕНКА И КОРРЕКЦИЯ ПЛАНА УХОДА

Цель достигнута, если:

1. Большой ветряной оспой выздоровел в течение 10 дней без осложнений.
2. В коллективе нет повторных случаев заболевания.
3. Пациент и его родственники довольны качеством оказанной помощи.

Если цели достигнуты и проблема решена, медицинская сестра должна удостоверить это в документе (сестринской истории болезни). Поставив дату и подпись.

Если цели не достигнуты или частично достигнуты, необходимо:

1. Выявить причину – поиск допущенной ошибки.

2. Изменить саму цель, сделать ее реалистичнее.
3. Пересмотреть сроки.
4. ввести необходимые коррективы в план сестринских вмешательств.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. Возбудитель коклюша:

- А) Yersinia pestis
- Б) Bordetella pertussis
- В) Shigella Zone
- Г) Clebsiella

2. Инкубационный период при коклюше:

- А) 2-3 недели
- Б) 5-8 месяцев
- В) 3-15 дней
- Г) 6 месяцев

3. Особенностью катарального периода при коклюше является:

- А) упорство кашля
- Б) наличие репризов
- В) наличие пароксизмов
- Г) данному периоду предшествует аура

4. В какой из периодов в клинике коклюша на уздечке языка появляется язвочка:

- А) спазматический период
- Б) катаральный период
- В) период разрешения

5. Больной коклюшем считается заразным до:

- А) 15 дня
- Б) 30 дня
- В) 1 недели
- Г) 60 дня

6. Срок карантина при коклюше после изоляции больного:

- А) 1 месяц
- Б) 14 дней
- В) 1 неделя

7. Возбудитель скарлатины:

- А) стафилококк
- Б) в-гемолитический стрептококк
- В) бацилла

8. Механизм передачи инфекции при скарлатине:

- А) воздушно-капельный
- Б) фекально-оральный
- В) трансмиссивный
- Г) парентеральный

9. Характер сыпи при скарлатине:

- А) мелкоточечная
- Б) крупнопятнистая
- В) геморрагическая
- Г) везикулярная

10. На каком фоне кожи появляется сыпь при скарлатине:

- А) физиологическом
- Б) гиперемизированном
- В) цианотичном
- Г) желтушном

11. К атипичным формам скарлатины относятся:

- А) гипертоксическая
- Б) геморрагическая
- В) стертая
- Г) экстрабуккальная

12. Увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов характерно для:

- А) кори
- Б) краснухи
- В) гриппа
- Г) ветряной оспы

13. Симптомы, характеризующие поражение слюнных желез при паротитной инфекции, КРОМЕ:

- А) увеличение размеров железы
- Б) болезненность
- В) гиперемия кожи
- Г) отсутствие гиперемии кожи
- Д) тестовая консистенция

14. Для ранних проявлений кори характерно:

- А) диспептические явления
- Б) положительный симптом Пастернацкого
- В) менингеальные симптомы
- Г) пятна Филатова-Бельского-Коплика на слизистой полости рта
- Д) фолликулярная ангина

15. Для типичной ветряной оспы характерно:

- А) кашель
- Б) насморк
- В) боль в животе
- Г) везикулярная сыпь

16. К тяжелым формам ветряной оспы относятся все, КРОМЕ:

- А) буллезная
- Б) септическая
- В) гангренозная
- Г) геморрагическая

17. Карантин по ветряной оспе накладывают на:

- А) 21 день
- Б) 30 дней
- В) 42 дня

18. Больной эпидемическим паротитом заразен до:

- А) 9 дня
- Б) 14 дня
- В) 1 месяц

19. Иммуитет после перенесенной кори:

- А) пожизненный
- Б) временный
- В) не формируется

20. Для краснухи характерно все, КРОМЕ:

- А) мелкопятнистой сыпи
- Б) сыпь не сливается
- В) после сыпи пигментация и шелушение
- Г) сыпь появляется одномоментно

21. К какой группе вирусов относится вирус ветряной оспы:

- а) арбовирусам
- б) энтеровирусам
- в) герпетическим вирусам
- г) ретровирусам
- д) пиковирусам

22. Основными клиническими симптомами ветряной оспы являются все, КРОМЕ:

- а) острого начала
- б) лихорадки
- в) полиморфных пятнисто - везикулезных высыпаний на коже и слизистых
- г) увеличения печени и селезенки
- д) интоксикации

23. Осложнения эпидемического паротита:

- а) серозный менингит, менингоэнцефалит, энцефаломиелит
- б) орхит
- в) острый панкреатит
- г) все перечисленное

24. Для скарлатины характерно:

- а) острое начало, лихорадка, интоксикация
- б) озноб, головная боль, боль в горле, тонзиллит
- в) точечная сыпь на гиперемизованном фоне кожи со сгущением в естественных складках
- г) шелушение кожи после угасания сыпи
- д) все перечисленные

25. Какой симптом наиболее характерен для коклюша у ребенка первых месяцев жизни:

- а) кашель с репризами
- б) одышка
- в) апноэ
- г) высокая температура

26. Сыпь при краснухе:

- а) пятнистая, иногда папулезная, розового цвета на неизменённом фоне кожи
- б) уртикарная, неправильной формы, иногда сливная
- в) папулезно-везикулёзная

г) геморрагическая

27. Кашель с репризами характерен для:

- а) кори
- б) синдрома крупа
- в) коклюша
- г) пневмонии

28. Иммунопрофилактика паротитной инфекции проводится:

- а) γ -глобулином;
- б) живой вакциной;
- в) химической вакциной;
- г) АКДС;
- д) убитой вакциной

29. Врожденная краснуха проявляется:

- а) катарактой;
- б) пороками сердца;
- в) не заращением твердого неба;
- г) глухотой;
- д) все перечисленное;

30. Что не характерно для типичной экзантемы при скарлатине:

- а) гиперемированный фон;
- б) некроз элементов сыпи;
- в) концентрация в складках кожи;
- г) бледный носогубный треугольник;
- д) последующее пластинчатое шелушение.

31. Что из перечисленного не относится к мерам профилактики скарлатины:

- а) разобщение контактных;
- б) карантин на коллектив;

в) вакцинация.

32. Иммунопрофилактика коклюша проводится:

- а) γ -глобулином;
- б) живой вакциной;
- в) АКДС.

33. Больной корью заразен в следующие сроки:

- 1) в первые 5 дней инкубационного периода
- 2) в течение всего катарального периода
- 3) до конца клинических проявлений заболевания
- 4) до 5 дня высыпаний
- 5) только при появлении осложнений

34. На сколько дней накладывается карантин при скарлатине:

- 1) 21 день
- 2) 14 дней
- 3) 7 дней
- 4) 35 дней

35. При скарлатине необходимо взять мазки:

- 1) на микрофлору из ротоглотки
- 2) на дифтерию из носа и ротоглотки
- 3) все выше перечисленное

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Ребенок 4 лет посещает детский сад. Заболел остро, придя из садика стал капризничать, жалуется на боль в области правого уха. На следующий день боль усилилась, появилась припухлость в области правой щеки.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 38 градусов, правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы чистые, без сыпи. Отмечается асимметрия лица, припухлость в области правой щеки, тестообразной консистенции, слегка болезненная при пальпации. В зеве отмечается легкая гиперемия. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

Предварительный диагноз – эпидемический паротит.

1. Удовлетворение каких потребностей нарушено у ребенка?
2. Определите проблемы пациента и план ухода.

Задача № 2

Вы медицинская сестра детского сада. Выявили в группе ребенка больного эпидемическим паротитом.

1. Определите Вашу тактику и наметьте план мероприятий в очаге

Задача № 3

Медицинская сестра на приеме у ребенка. Настя ,3-х лет. Посещает детский сад «Теремок». Жалуется на подъем температуры до 38 градусов, сыпь. Заболела вчера, когда стала жаловаться на головную боль, отказалась от еды. Накануне вечером появилась сыпь.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура 38 градусов, на обычном фоне кожных покровов отмечается ложно полиморфная сыпь. Сыпь так же имеется на волосистой части головы и на слизистой полости рта. Со стороны внутренних органов без видимой патологии.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Удовлетворение каких потребностей нарушено у ребенка?
3. Определите проблемы ребенка.
4. Составить план ухода.

Задача № 4

Вы участковая медицинская сестра. Проводите патронаж к ребенку, больному эпидемическим паротитом на 6-й день заболевания. Мать предъявляет жалобы у ребенка на температуру до 38 градусов, сильные боли в области правого яичка.

Во время осмотра Вы определили: правое яичко увеличено в размерах, кожа мошонки гиперемирована, пальпация яичка резко болезненна.

1. О каком проявлении эпидемического паротита можно подумать?
2. Определите проблемы больного, Вашу тактику с точки зрения нарушения удовлетворения потребностей.

Задача № 5

Вы медицинская сестра детского сада. Ведете прием детей. Мама предъявила жалобы на незначительное повышение температуры тела у ребенка, недомогание. При осмотре Вы обнаружили единичные элементы сыпи на коже у ребенка в области волосистой части головы, туловища: папулы, везикулы.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Определите проблемы с точки зрения нарушения удовлетворения потребностей
3. Составьте план мероприятий в очаге.

Задача № 6

Медицинская сестра на патронаже у ребенка 5-ти лет, больного корью. Ребенок болен 6-ой день, 2-ой день высыпания.

При обследовании: температура 37,8 градусов, пульс 120, ЧДД 28 в минуту. На кожных покровах лица и туловища пятнисто-папулезная сыпь на обычном фоне. Сыпь местами сливается. У ребенка гнойный конъюнктивит, светобоязнь, сухой кашель, серозное отделяемое из носа. В легких

выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, физиологические отправления в норме.

1. Удовлетворение каких потребностей нарушено у ребенка?
2. Проведите планирование сестринской деятельности.
3. Какие мероприятия необходимо провести на участке?

Задача № 7

При сборе эпидемиологического анамнеза у матери ребенка больного корью, медицинская сестра выяснила, что в семье имеется ребенок 9 месяцев.

1. Какова тактика медицинской сестры в отношении этого ребенка?

Задача № 8

Вы медицинская сестра детского сада. Из ЦГСЭН к Вам поступили сведения о заболевании корью ребенка, который посещает старшую группу детского сада.

1. Какие мероприятия Вы обязаны провести в группе?

Задача № 9

Участковая медицинская сестра поликлиники. Осуществляете патронаж к годовалому ребенку, которому неделю назад сделали прививку против кори. Мама предъявляет жалобы, что вчера вечером у сына поднялась температура тела до 37,2 градусов, появился небольшой насморк, покашливание.

При осмотре ребенка на коже Вы обнаружили не обильную пятнисто-папулезную сыпь. ЧДД 35 в минуту, ЧСС 120.

1. О чем можно подумать в данном случае?

Задача № 10

Ребенок, 3 лет, посещает детский сад, поступил в инфекционный стационар на второй день болезни. Заболевание началось с повышения температуры до 39,5

градусов, жаловался на головную боль и боль в горле. За сутки была 3 раза рвота.

При поступлении состояние тяжелое. На осмотре вялый, температура 39 градусов, на щеках румянец. Носогубный треугольник бледный. На коже туловища, конечностей (с преимущественной локализацией на внутренних поверхностях) отмечается обильная мелкоочечная сыпь, в естественных складках кроме этой сыпи есть еще петехиальная. Фон кожи гиперемирован. Дермографизм белый. В ротоглотке яркая отграниченная гиперемия, миндалины чистые. Язык густо обложен, очищается с кончика и с боков.

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Что нужно провести в качестве дополнительного обследования?
3. Составьте план проведения противоэпидемических мероприятий в детском саду.
4. Какие меры профилактики предусмотрены при данном заболевании.

Задача № 11

У ребенка 6 лет появилась сыпь на всех участках тела, температура 37.2 градуса. В детском саду, который посещает ребенок, из группы уже лечатся несколько детей с подобной симптоматикой.

При осмотре состояние мало нарушено, на неизменном фоне кожи лица, туловища, конечностей со сгущением на разгибательных поверхностях рук, на спине, ягодицах, пятнистая сыпь. Пальпируются шейные и затылочные увеличенные лимфатические узлы.

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Составьте план проведения противоэпидемических мероприятий в очаге
3. Какие меры профилактики предусмотрены при данном заболевании.

Задача № 12

После массового осмотра детей в средней группе детского сада была выявлена девочка 5 лет, у которой была обнаружена сыпь, локализованная на разгибательных поверхностях конечностей, спине, ягодицах, животе, груди. На лице высыпание скудное. Элементы сыпи бледно-красные, округлой формы в виде пятен, некоторые элементы слегка приподнимаются над уровнем кожи. Сыпь не сливная. Отмечено увеличение заднешейных, особенно затылочных лимфатических узлов, слегка болезненных. В зеве небольшая гиперемия слизистой оболочки. Температура 37 градусов. Общее состояние не нарушено.

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Составьте план проведения противоэпидемических мероприятий в очаге
3. Какие меры профилактики предусмотрены при данном заболевании.

Задача № 13

В стационар поступила девочка 3,5 лет. Общее состояние средней тяжести, температура тела 37,6° С. Девочка жалуется на боли в горле, головную боль. Почти ничего не ест и не пьёт, так как при глотании усиливается боль в горле. Мать пытается кормить ребенка насильно.

Объективно: на гиперемизированном фоне кожных покровов обильная, мелкоточечная сыпь. Пульс 130 ударов в 1 мин., тоны сердца приглушены. Кончик языка сосочковый. Язык обложен густым белым налетом. В зеве яркая ограниченная гиперемия, рыхлые миндалины, гнойные налеты на них. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации.

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Составьте план проведения противоэпидемических мероприятий в очаге
3. Какие меры профилактики необходимо провести.

Задача № 14

Мальчик, 3 лет, получил травму левой брови. Хирург обработал рану и наложил швы. Через сутки у ребенка поднялась температура тела до 38 градусов, появилась гиперемия и отечность тканей вокруг раны. Госпитализирован в хирургическое отделение.

На следующий день у ребенка – температура 39 градусов, гиперемия и отечность тканей в области левого глаза и щеки. 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 не гиперемирован. Пальпируются увеличенные до 1 см. в диаметре переднешейный и околоушный лимфоузлы слева. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Пульс до 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Составьте план проведения противоэпидемических мероприятий в очаге
3. Какие меры профилактики необходимо провести.

Задача № 15

У девочки 3 лет на фоне субфебрильной температуры возникли высыпания в виде папул и одиночных везикул на разных участках кожи, в том числе на голове, которые вызывают зуд. Болеет на протяжении 3 дней. Ребёнок до заболевания посещал детский садик.

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Нужно ли проводить противоэпидемические мероприятия в детском саду и какие?

Задача № 16

Мальчик 9 лет болеет 3 дня. Заболевание началось с повышения температуры тела до 39,2 градусов, в конце 1-ых суток появились высыпания. Известно, что младшая сестра несколько недель назад переболела ангиной.

Ребёнок жалуется на головную боль, боль в горле, общую слабость. При осмотре: на умеренно гиперемированной коже яркая мелкоточечная сыпь, носогубной треугольник бледный, миндалины, язычок ярко гиперемированны, отёчные, в лакунах гной. На мягком небе мелкоточечные геморрагические высыпания. Дермографизм белый. Умеренно увеличены подчелюстные лимфоузлы. Выраженная тахикардия.

1. О каком заболевании можно подумать?

Задача № 17

Ребёнку 6 лет. Жалобы на сухой кашель, который появился за 8 дней до поступления в стационар, повышение температуры тела до 37,8 градусов. В первые дни был проведен осмотр участковым врачом, диагностирован острый фарингит и назначено соответствующее лечение. Кашель с каждым днем усиливался. Профилактические прививки проводились не регулярно. Детский сад не посещает.

1. Какое заболевание нужно заподозрить?

2. Какие симптомы могут появиться в последующие дни?

3. Что нужно провести в качестве дополнительного обследования?

**Национальный календарь профилактических прививок
РФ и календарь профилактических прививок по
эпидемическим показаниям**

Категории и возраст граждан, подлежащих обязательной вакцинации	Наименование профилактической прививки
Новорожденные в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В <1>
Новорожденные на 3 - 7 день жизни	Вакцинация против туберкулеза <2>
Дети 1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В <1>
Дети 2 месяца	Третья вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска) <3>
	Первая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 3 месяца	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Первая вакцинация против полиомиелита <4>
	Первая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) <5>
Дети 4,5 месяцев	Вторая вакцинация против дифтерии,

	<p>коклюша, столбняка</p> <p>Вторая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) <5></p> <p>Вторая вакцинация против полиомиелита <4></p> <p>Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции</p>
Дети 6 месяцев	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Третья вакцинация против вирусного гепатита В <1>
	Третья вакцинация против полиомиелита <6>
	Третья вакцинация против гемофильной инфекции (группа риска) <5>
Дети 12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
	Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска) <3>
Дети 15 месяцев	Ревакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 18 месяцев	Первая ревакцинация против полиомиелита <6>

	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Ревакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)
Дети 20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита <6>
Дети 6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
Дети 6 - 7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка <7>
	Ревакцинация против туберкулеза <8>
Дети 14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка <7>
	Третья ревакцинация против полиомиелита <6>
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка - каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против вирусного гепатита В <9>
Дети от 1 года до 18 лет, женщины от 18 до 25 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно против краснухи, не имеющие сведений о прививках против краснухи	Вакцинация против краснухи

Дети от 1 года до 18 лет включительно и взрослые в возрасте до 35 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори	Вакцинация против кори <10>
Дети с 6 месяцев, учащиеся 1 - 11 классов; обучающиеся в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной сферы); беременные женщины; взрослые старше 60 лет; лица, подлежащие призыву на военную службу; лица с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями и ожирением	Вакцинация против гриппа

<1> Первая, вторая и третья вакцинации проводятся по схеме 0-1-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через месяц после 1 прививки, 3 доза - через 6 месяцев от начала вакцинации), за исключением детей, относящихся к группам риска, вакцинация против вирусного гепатита В которых проводится по схеме 0-1-2-12 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через месяц после 1 прививки, 2 доза - через 2 месяца от начала вакцинации, 3 доза - через 12 месяцев от начала вакцинации).

<2> Вакцинация проводится вакциной для профилактики туберкулеза для щадящей первичной вакцинации (БЦЖ-М); в субъектах Российской Федерации с показателями

заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом - вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).

<3> Вакцинация проводится детям, относящимся к группам риска (родившимся от матерей - носителей HBsAg, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности, не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В, употребляющих наркотические средства или психотропные вещества, из семей, в которых есть носитель HBsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами).

<4> Первая и вторая вакцинации проводятся вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной).

<5> Вакцинация проводится детям, относящимся к группам риска (с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией; с онкогематологическими заболеваниями и/или длительно получающим иммуносупрессивную терапию; детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией; детям с ВИЧ-инфекцией; детям, находящимся в домах ребенка).

<6> Третья вакцинация и последующие ревакцинации против полиомиелита проводятся детям вакциной для профилактики полиомиелита (живой); детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией, детям с ВИЧ-инфекцией, детям, находящимся в домах ребенка - вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной).

<7> Вторая ревакцинация проводится анатоксинами с уменьшенным содержанием антигенов.

<8> Ревакцинация проводится вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).

<9> Вакцинация проводится детям и взрослым, ранее не привитым против вирусного гепатита В, по схеме 0-1-6 (1

доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через месяц после 1 прививки, 3 доза - через 6 месяцев от начала вакцинации).

<10> Интервал между первой и второй прививками должен составлять не менее 3 месяцев.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богомолов Б.П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. / Б. П. Богомолов. - М.: ООО "Дизайн Пресс", 2000. - 232с.
2. Детские болезни под ред. А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012 – 1008 с.
3. Инфекционные болезни: Национальное руководство. – М, ГЭОТАР-Медиа, 2009.
4. Кузьменко Л.Г., Овсянников Д.Ю., Киселева Н.М. Детские инфекционные болезни. М.: Академия, 2009 – 528 с.
5. Лобзин Ю.В. Лечение инфекционных больных: Учеб.-метод.пособие для студ.мед.вузов / Ю. В. Лобзин, Ю.П. Финогеев, С.Н. Новицкий. Под общ.ред.Ю.В.Лобзина. - СПб.: Фолиант, 2003. - 124с.
6. Маски инфекционных болезней / Ю. В. Лобзин, Ю. П. Финогеев, Ю. А. Винакмен и др. - СПб.: Фолиант, 2003. - 200с.
7. Покровский В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология (учебник). М., 2005.
8. Полный справочник инфекциониста / Под ред.Ю.Ю.Елисеева. - М.: ЭКСМО, 2004. - 992с.
9. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни (учебник). М., Мед., 2005.
10. Эмонд Р. Инфекционные болезни: Цветной атлас:Пер.с англ. / Р. Эмонд, Х. Роуланд, Ф. Уэлсби. - М.: Практика, 1998. - 439с.: ил.
11. Ющук Н.Д. Лекции по инфекционным болезням. Т.1 / Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - 2-е изд., перераб.и доп. - М.: ВУНМЦ, 1999. - 454с.