

Детские инфекции (воздушно-капельные)

Преподаватель
Тимиргалева Т.В.

УФА - 2018

◎ **Детские инфекции** –

- ◎ это группа инфекционных заболеваний, которые регистрируются в подавляющем большинстве в детской возрастной группе, передаются от больного к здоровому ребенку и способных приобретать эпидемическое распространение (то есть обретать вспышечный или массовый характер).

Какие инфекции называют детскими?

1. Традиционные детские болезни: полиомиелит, пневмококковая инфекция, гемофильная инфекция)
2. Инфекции, встречаемые как в детской возрастной группе с возможностью развития вспышек заболевания в коллективах, так и среди взрослых с различными механизмами заражения (менингококковая инфекция, инфекционный мононуклеоз, острые респираторные заболевания, острые кишечные инфекции, острый вирусный гепатит А, корь, краснуха, ветряная оспа, паротит)

Причины возникновения детских инфекций

- ⦿ Источник инфекции – человек. Это может быть больной клинически выраженной формой болезни, бессимптомной формой болезни, а также носитель инфекционного возбудителя.

Заразный период при детских инфекциях

Заболевание	Начала заразного периода	Заразен ли ребенок во время болезни	Заразен ли ребенок после исчезновения жалоб (выздоровления)
Краснуха	за 3-4 дня до появления симптомов	весь период сыпи + 4 дня	Краснуха
Корь	за 4 дня до появления симптомов	весь период сыпи + 4 дня	Корь
Ветрянка	с первых симптомов болезни	весь период сыпи + 5 дней	Ветрянка
Скарлатина	с первых симптомов болезни	первые дни болезни	Скарлатина
Коклюш	за день до появления симптомов болезни	1 неделя болезни = 90-100% «заразности», 2 нед.=65%, 3 нед. = 35%,	4 нед. = 10% более 4 недель
Дифтерия	с первых симптомов болезни	первые дни болезни	Скарлатина

Особенности течения детских инфекций

- Детские инфекционные заболевания имеют четкую цикличность. Выделяют несколько периодов болезни, перетекающих один из другого. **Выделяют:**
 - 1) инкубационный период;
 - 2) продромальный период;
 - 3) период разгара болезни;
 - 4) период реконвалесценции (ранней и поздней).

© ***Инкубационный период*** – это период с момента контакта ребенка с источником инфекции до появления симптома болезни. В этот период ребенок называется контактным и находится на карантине (под наблюдением медицинских работников). Карантин может быть минимальным и максимальным. Обычно период карантина устанавливается на срок максимального периода инкубации. В этот период следят за здоровьем контактного ребенка – измеряют температуру, следят за появлением симптомов интоксикации (слабость, головные боли и другие).

Инкубационный период при детских инфекциях

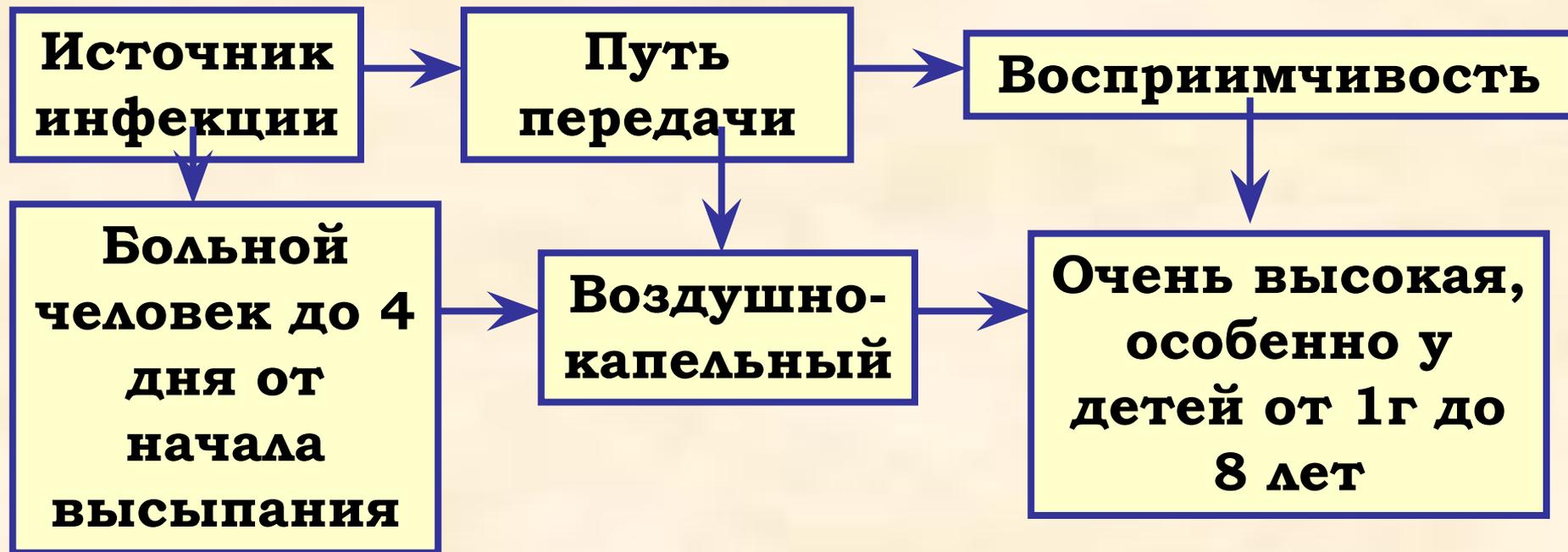
- **Краснуха** от 11 до 24 дней; **Корь** от 9 до 21 дня;
- **Ветрянка** от 10 до 23 дней; **Скарлатина** от нескольких часов до 12 суток; **Коклюш** от 3 до 20 дней; **Дифтерия** от 1 часа до 10 дней;
- **Эпидемический паротит (свинка)** от 11 до 26 дней;
- **Полиомиелит** от 3 до 35 дней; **Гепатит А** от 7 до 45 дней;
- **Дизентерия** от 1 до 7 дней; **Сальмонеллез** от 2 часов до 3 дней.

КОРЬ

Острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, характеризующееся:

- ◆ **Симптомами интоксикации**
- ◆ **Воспалением слизистых верхних дыхательных путей и глаз**
- ◆ **Пятнисто-папулезной сыпью**

Эпидемиология кори



Периоды кори

Инкубационный
от 9 дней до 17-21дня

Катаральный
3-4 дня

Высыпания
4 дня

Пигментация
1-2 недели

Катаральный период

1. Симптомы интоксикации (повышение температуры до 38-39°, головная боль, снижение аппетита и др.)
2. Катаральные явления (насморк, сухой кашель)
3. Поражения глаз (конъюнктивит, ирита Вельского-Филатова-Кбилика,
4. Изменения на слизистой рта:

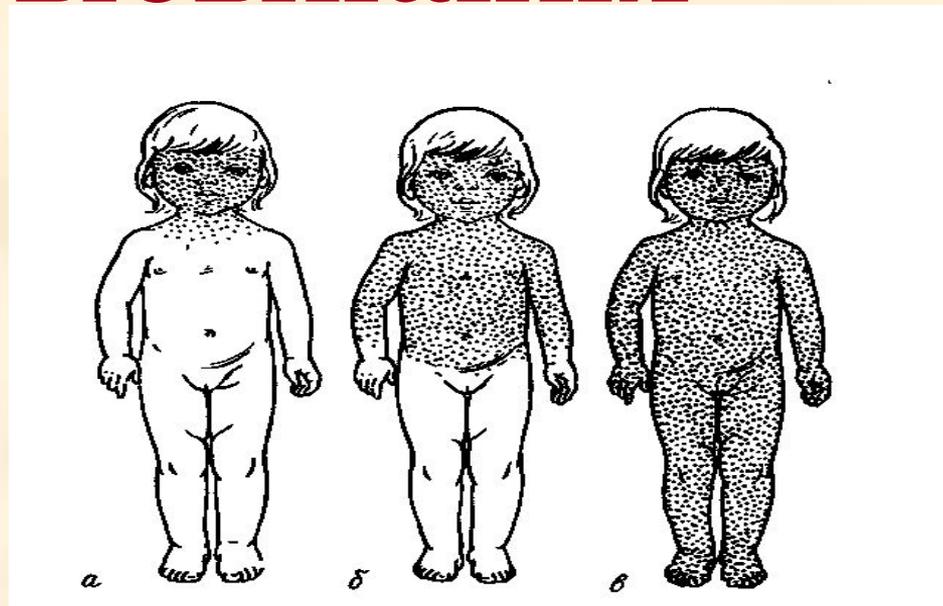


*Корь,
продромальный
период.*

*Пятна Бельского-
Филатова-Коплика
на слизистых
оболочках щек*

Период высыпания

1. Сыпь- пятнисто-папулёзная, крупная появляется на 4-5 день болезни,
2. Интоксикация, катаральные явления усиливаются



Корь. Динамика высыпания.

а – 1-й день высыпания;

б – 2-й день высыпания;

в – 3-й день высыпания



*Корь. 1-й день высыпания.
Пятнисто-папулезная сыпь
на лице, инъекция сосудов
склер и конъюнктив*



*Корь. Типичный вид
больного на 3-й день
высыпания*

Период пигментации



*Корь, период пигментации.
Мелкое отрубевидное
шелушение на лице и шее.*

- 1. На месте сыпи
пигментные пятна**
- 2. Отрубевидное
шелушение**
- 3. Исчезновение
катаральных
явлений**

КРАСНУХА

**Острое инфекционное заболевание
вирусной этиологии**

Приобретённое

характеризуется

◆ Мелкопятнистой
сыпью

◆ Увеличением

лимфоузлов

Врождённое

проявляется в виде

◆ Эмбриопатии
(глухота, пороки
сердца)

◆ Фетопатии

Эпидемиология краснухи

**Источник
инфекции**



1. Больные
2. Носители – дети с врожденной краснухой до

**Механизм
передачи**



1. Аэрозольный (воздушно-капельный)
2. Трансплацентарный

Восприимчивость



1. Высокая

Периоды приобретённой краснухи

Инкубационный
11-23 дня

Продромальный

От нескольких часов до 3-х суток

Разгара

Сыпь держится до 4-х дней

Реконвалесценции

Лимфоаденопатия сохраняется до 2-3-х нед.

При краснухе сыпь имеет мелкопятнистыи, а затем и пятнисто-папулезный характер, возникает преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей и туловище – спина, поясница, ягодицы, фон кожи не изменен. Сначала появляется на лице, затем в течение дня распространяется на туловище. Исчезает бесследно.



ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ

**(паротитная инфекция,
свинка)**

Острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, характеризующееся:

- ◆ **Симптомами интоксикации**
- ◆ **Поражением слюнных желез**
- ◆ **Реже поражением других железистых органов и нервной системы**

Эпидемиология паротитной инфекции

**Источник
инфекции**



**Больной человек до 9 дня
болезни**



**Механизм
передачи**



- 1. Аэрозольный**
- 2. Контактнo-бытовой
(через предметы
инфицированные
слюной)**
- 3. Трансплацентарный**

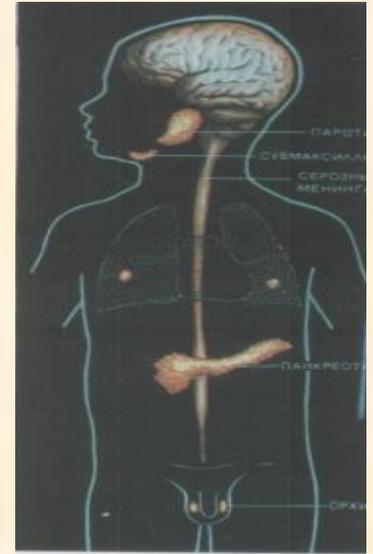
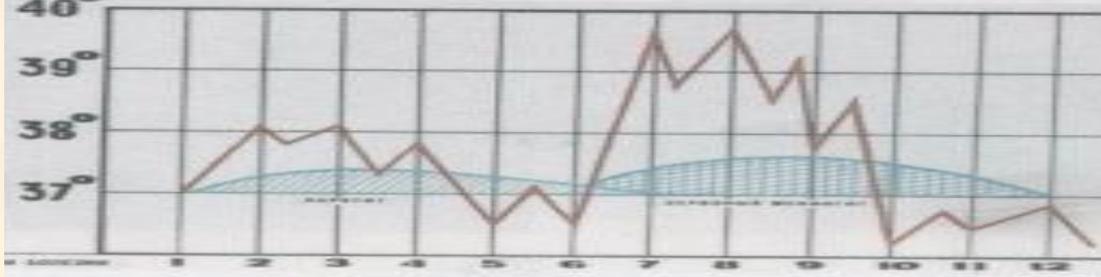
Восприимчивость



85 %

Основные клинические проявления

- 1. Воспаление слюнных желез:**
 - околоушных (паротит)
 - подчелюстных (субмаксиллит)
 - подъязычных (сублингвит)
- 2. Орхит**
- 3. Панкреатит**
- 4. Серозный менингит**



Паротитная инфекция.

Возможная локализация патологического процесса.

1 – паротит

2 – субмаксиллит

3 – наиболее частая локализация

4 – температурная кривая

ВЕТРЯНАЯ ОСПА

острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, характеризующееся:

- ◆ **умеренной лихорадкой**
- ◆ **появлением на коже и слизистых оболочках мелких пузырьков с прозрачным содержимым**

Эпидемиология ветряной оспы

**Источник
инфекции**



1. Больной ветряной оспой
2. Больной опоясывающим лишаем (herpes zoster)

**Механизм
передачи**



1. Аэрозольный
2. Трансплацентарный

Восприимчивость



Очень высокая

Характеристика ветряночной сыпи

1

Последовательное развитие

а) на коже

Макула
(пятнышко)

Папула
(узелок)

Везикула
(пузырек)

Корочка

б) на слизистых:

Везикула

Язвочка

2

Сыпь полиморфная,
т.к. высыпания в несколько приёмов



*Ветряная оспа.
Полиморфизм сыпи
(папулы, везикулы,
подсыхающие пузырьки)*



*Ветряная оспа. Высыпания
на слизистой оболочке неба
и десен*

Принципы лечения

- 1. Лечение на дому.
Госпитализация с осложненными формами и по эпидемическим показаниям.**
- 2. Постельный режим на лихорадочный период, при паротитной инфекции до 7 дней.**
- 3. Легкоусвояемая диета, при паротитной инфекции - жидкая, полужидкая.**
- 4. Препараты интерферонового ряда, противовирусные (ацикловир при ветряной оспе).**
- 5. Витаминотерапия.**
- 6. Симптоматическая терапия**

Противоэпидемические мероприятия в очаге

1. ИЗОЛЯЦИЯ заболевшего

Корь

На 5 дней от начала высыпания

Краснуха

*На 5 дней от начала заболевания,
при врожденной - на 1 год*

**Ветряная
оспа**

*До исчезновения корочек,
до 14 дня*

**Эпидемический
паротит**

*На 9 дней от начала
заболевания*

2. КАРАНТИН и НАБЛЮДЕНИЕ за КОНТАКТНЫМИ в течение 21 дня

Противоэпидемические мероприятия в очаге

- 3. ВЛАЖНАЯ УБОРКА и ПРОВЕТРИВАНИЕ.** При эпидемическом паротите – текущая **ДЕЗИНФЕКЦИЯ.**
- 4. ПОВЫШЕНИЕ ИММУНИТЕТА** у **контактных** по кори и эпидемическому паротиту :
 - Экстренная вакцинация в течение 3-х дней*
 - Гаммаглобулино - профилактика*

Специфическая профилактика кори, паротита, краснухи

ВАКЦИНАЦИЯ в 12 месяцев

РЕВАКЦИНАЦИЯ в 6 лет

Осуществляется моновакцинами:

– ЖКВ

– ЖПВ

– против краснухи

или комплексными вакцинами :

– паротитно – коревой – краснушной,

– паротитно – коревой.

Доза – 0,5 мл, вводится *подкожно*.

при скарлатине на гиперемизированном фоне кожи (фоне покраснения) появляется обильная мелкоточечная сыпь. Сыпь интенсивнее в области кожных складок (локтевые сгибы, подмышечные впадины, паховые складки). Носогубный треугольник бледный и свободный от сыпи. После исчезновения сыпи шелушение, продолжающееся 2-3 недели.



Носогубный треугольник при скарлатине



Заболевание	Сроки появления сыпи	Длительность периода высыпаний (в среднем)
Краснуха	конец 1го-2й дни болезни	2-5 дней
Корь	3-4й дни болезни	5-7 дней
Ветряная оспа	2й день болезни	1-1,5 недели
Скарлатина	конец 1го дня	5-6 дней
Менингококковая инфекция	на 6-14 час болезни! (то есть первые сутки)	8-10 дней

Основные принципы лечения детских инфекций

- **Цель лечения** - выздоровление маленького пациента и восстановление нарушенных функций органов и систем, достигается решением следующих задач:
- 1) борьба с возбудителем и его токсинами;
- 2) поддержание функций жизненно-важных органов и систем;
- 3) повышение иммунологической реактивности (сопротивляемости) организма ребенка;
- 4) профилактика осложнений детской инфекции.

Как проводить профилактику инфекций в детском возрасте?

- 1) Укрепление организма ребенка и повышение его сопротивляемости к инфекциям (гигиена, закаливание, прогулки на свежем воздухе, полноценное питание)
- 2) Своевременное обращение к врачу при первых симптомах инфекции
- 3) Специфическая профилактика детских инфекций - вакцинация. При многих детских инфекциях вакцинация введена в Национальный календарь прививок – корь, краснуха, дифтерия, полиомиелит, эпидемический паротит, гепатит В). В настоящее время созданы вакцины и при других инфекциях (ветряная оспа, менингококковая инфекция, пневмококковая инфекция, гемофильная инфекция). Пренебрежение родителями плановой вакцинацией детей без особых на то медицинских оснований создает уязвимую прослойку неиммунных детей, в первую очередь подверженных к заражению инфекционными возбудителями.

Библиография:

- Педиатрия: неотложные состояния у детей / В. П. Молочный, М. Ф. Рзынкина, Н. Г. Жила. – Изд. 5-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2013. – 414 с. – (Справочник)
- Детские инфекционные болезни: Руководство. Часть II. Под ред. В. В. Фомина, Э. А. Кашубы, М. О. Гаспарян, А. И. Ольховикова, Ю. П. Чугаева, В. И. Шилко, Е. В. Чеснокова, – Екатеринбург – Тюмень, Уральская государственная медицинская академия, 2001. – 608 с.
- Севостьянова Н. Г. Сестринское дело в педиатрии. В 2 томах. Т. 2. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. – 320 с.: ил.
- Детские болезни: учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 832 с.: ил
- Лебедь В. А. Справочник по педиатрии с сестринским процессом / В. А. Лебедь; под ред. Б. В. Кабарухина. – Ростов н/Д: Феникс, 2011. – 587 с.: ил. – (Справочник).
- Педиатрия с детскими инфекциями / Н. Г. Соколова, В. Д. Тульчинская. – Изд. 10-е, испр. – Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 446 с. – (Медицина).