



Государственное образовательное учреждение
среднего профессионального образования
Медицинский колледж № 7
Департамента здравоохранения города Москвы

«Дифтерия. Скарлатина»

Дисциплина: «Сестринское дело в педиатрии»

Специальность: 060109 «Сестринское дело» 51

Автор: Мирина И.П.



Дифтерия





Дифтерия – острое инфекционное заболевание, характеризующееся фибринозным воспалением в месте внедрения возбудителя и выраженными симптомами интоксикации.

Возбудитель – токсигенная коринебактерия дифтерии (бактерия Леффлера – VL)

- вырабатывает экзотоксин
- устойчива во внешней среде - длительно сохраняется на предметах, в высохшей слизи
- хорошо переносит низкую температуру
- гибнет при кипячении и воздействии дезсредств

Механизмы передачи

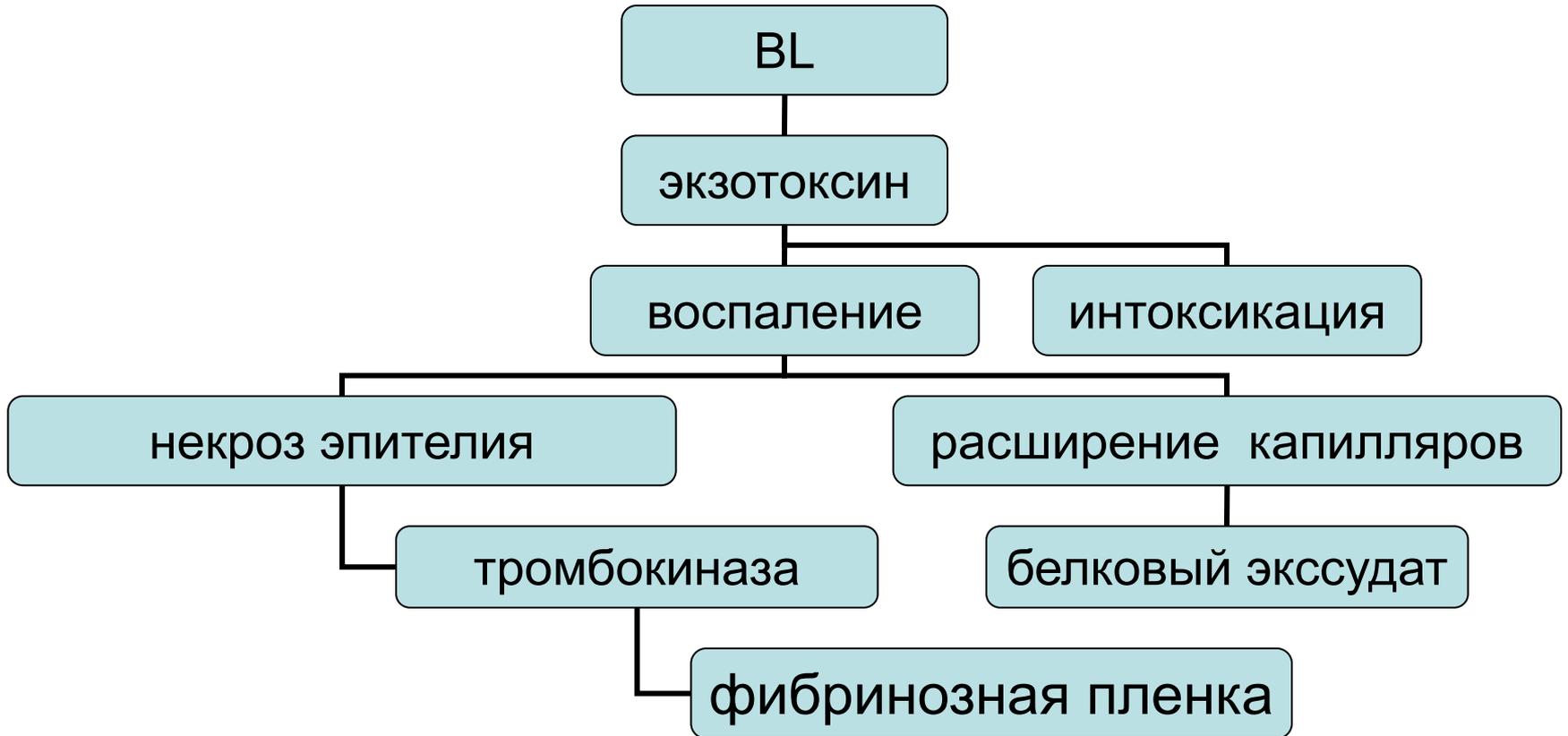
- Воздушно-капельный (реализуется аэрозольным, пылевым путем)
- Контактный (через предметы, «третьи лица»)
- Пищевой (инфицированные молочные продукты)

Входные ворота

слизистые оболочки:

- зева
- верхних дыхательных путей
- глаз
- половых органов
- раневая поверхность кожи

Патогенез



Характеристика фибринозных пленок:

Вначале имеют вид густой паутинообразной сетки, легко снимаются, затем вновь появляются;

К концу первых суток приобретают характерный вид:

- *беловато-серого цвета с перламутровым блеском;*
- *плотно спаяна с подлежащей тканью, с трудом снимаются;*
- *симптом «плюс-ткань»(на поверхности образуются гребешки и складки);*
- *плотные, не растирается между предметными стеклами, не растворяются в воде;*

- **Дифтерия зева:**

- локализованная (легкая)
- распространенная (средней тяжести)
- токсическая (тяжелая)

- **Дифтерия гортани** (развивается дифтерийный круп)

- Реже развивается дифтерия:

- носа
- кожи
- глаз
- половых органов
- пупочной ранки у новорожденных

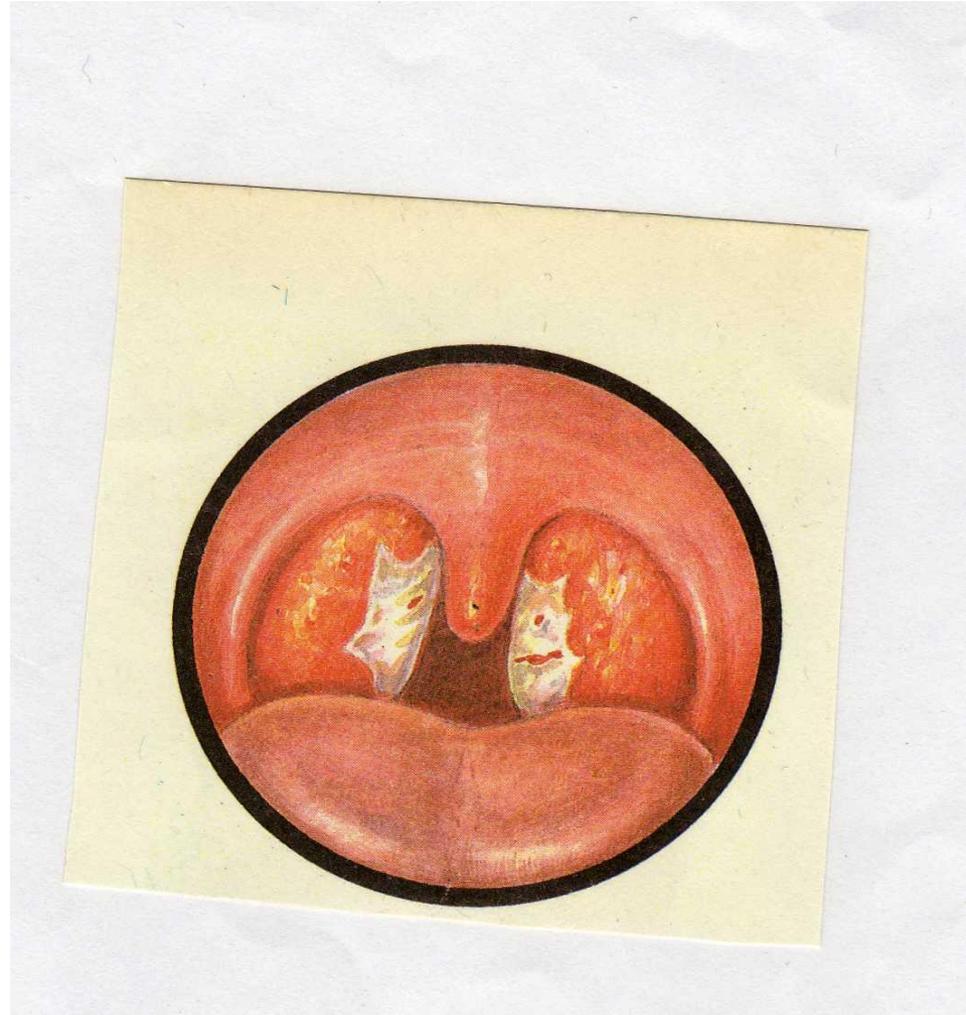
Клиническая картина

Инкубационный
период – 2 – 10 дней



Локализованная форма дифтерии зева

- Налеты на миндалинах
- Умеренно выраженная интоксикация:
температура, головная боль, бледность, снижение аппетита
- Незначительная местная гиперемия и боль в горле при глотании
- Умеренно увеличены и болезненны региональные лимфоузлы

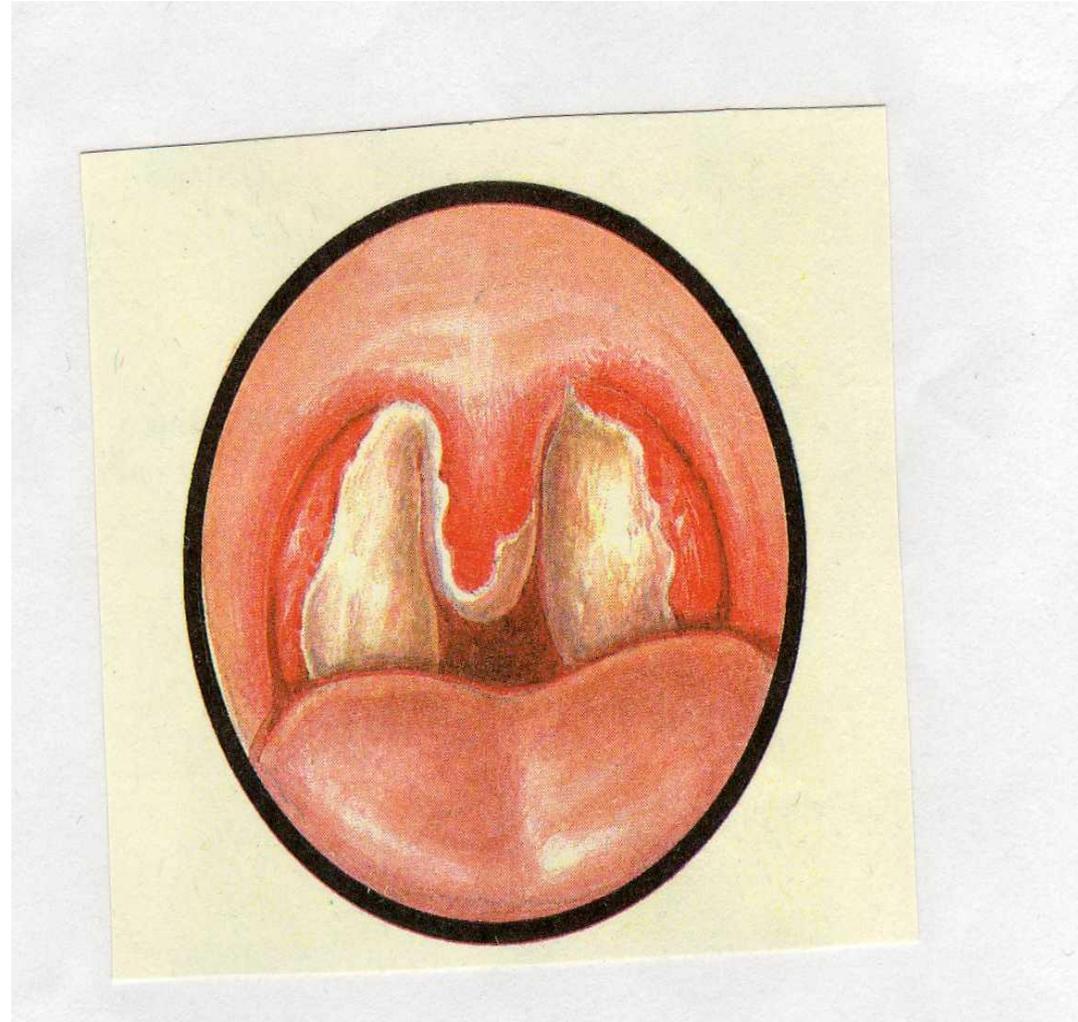


дифтерия зева



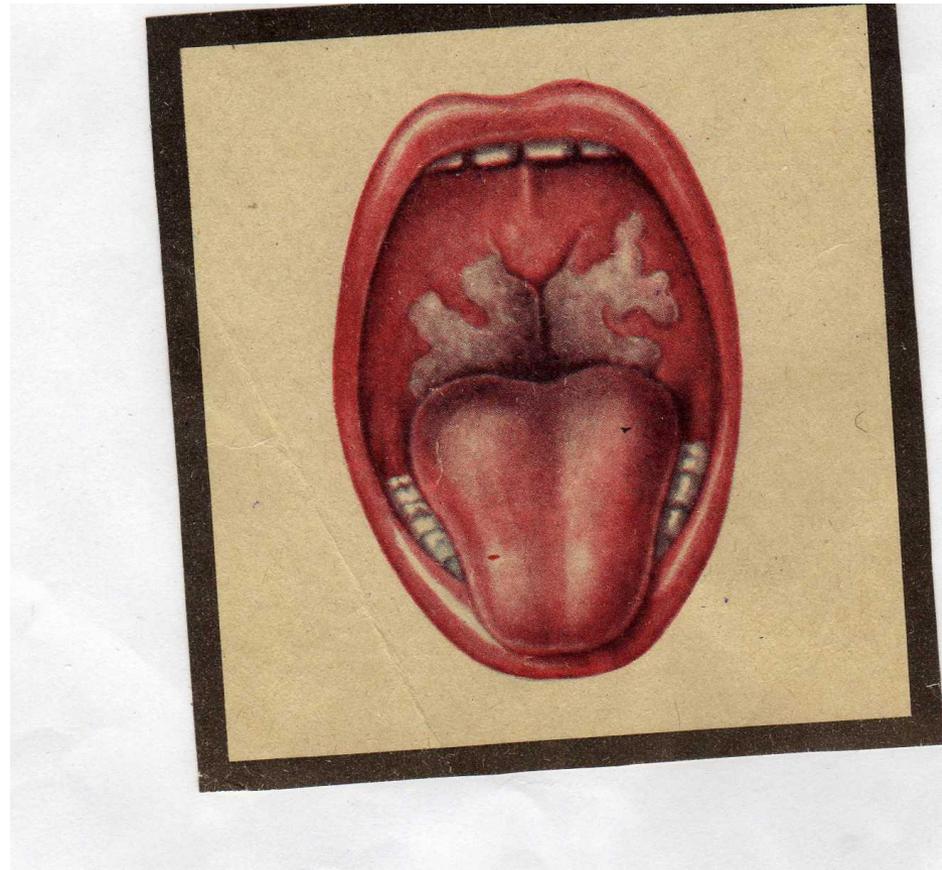
Распространенная форма дифтерии зева

- налеты на миндалинах, небных дужках, язычке, стенках глотки
- интоксикация более выражена
- отечность и гиперемия миндалин
- увеличение и болезненность тонзиллярных лимфоузлов



Токсическая дифтерия зева

- тяжелая интоксикация
- отек ротоглотки и подкожной клетчатки шеи
- на отечных, багрово-цианотичных миндалинах массивный налет, быстро распространяется на мягкое и твердое небо
- региональные лимфоузлы значительно увеличены



По степени выраженности отека различают:

- Субтоксическая форма дифтерии зева – *отек над региональными лимфоузлами;*
- Токсическая форма 1 степени – *отек до середины шеи;*
- Токсическая форма 2 степени – *отек распространяется до ключиц;*
- Токсическая форма 3 степени – *отек ниже ключиц распространяется на переднюю поверхность грудной клетки.*



Дифтерия гортани

(истинный дифтерийный круп)

Катаральная стадия длится 1 – 3 дня:

- умеренная интоксикация
- кашель вначале влажный, затем грубый «лающий»
- осиплость голоса, прогрессивно нарастающая

Стенотическая стадия - от нескольких часов до 2 –3суток:

- афония, кашель становится беззвучным
- нарастает стенотическое дыхание
- усиливается интоксикация и гипоксия

Стадия асфиксии:

- беспокойство, усиленное потоотделение, цианоз, тахикардия
- беспокойство сменяется адинамией, сонливостью, пульс нитевидный, дыхание редкое, АД падает, сознание затемняется, появляются судороги.

Лабораторная диагностика

- Бактериологическое исследование на VL
 - мазок берут на границе между здоровой и больной тканью;
 - независимо от локализации фибринозной пленки – берут мазок из зева и носа

Осложнения дифтерии

- Инфекционно-токсический шок
- Миокардит
- Токсический нефроз
- Полирадикулоневрит с развитием периферических парезов и параличей

Иммунитет антитоксический, нестойкий, возможны повторные заболевания

- У вакцинированных заболевание возникает на фоне сниженного антитоксического иммунитета и протекает в легкой форме



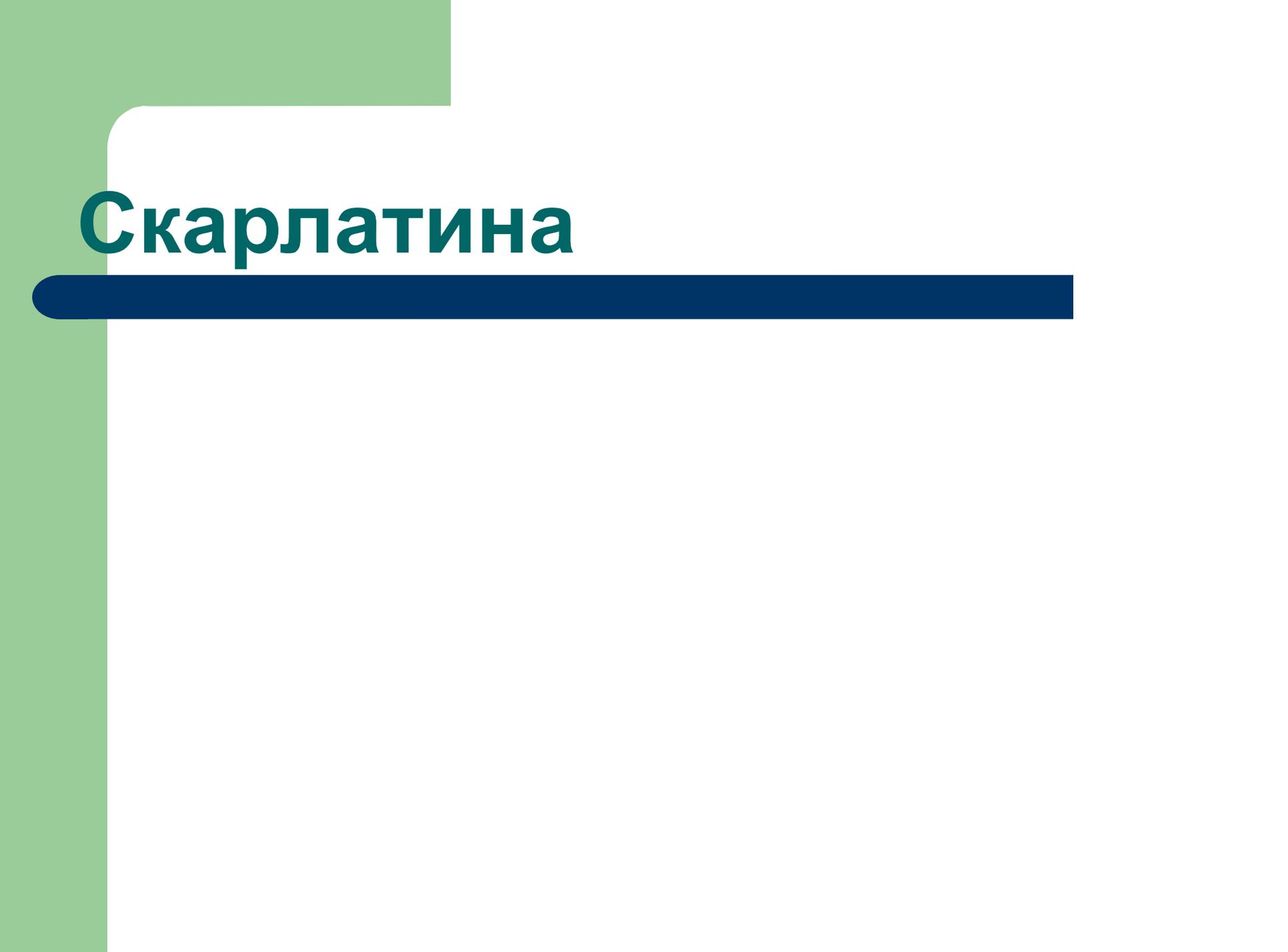
Лечение

- Обязательная госпитализация
- Своевременное введение противодифтерийной сыворотки (ПДС) - *сыворотка действует на токсин, циркулирующий в крови, на токсин фиксированный в тканях ПДС не действует.*
- *разовая доза, кратность введения и длительность зависят от формы дифтерии*
- *для предупреждения анафилактического шока сыворотка вводится по методу Безредко (поэтапно)*
- Дезинтоксикационная терапия
- Симптоматическая терапия

Мероприятия в очаге

Мероприятия с больным	Мероприятия с контактными	Специфическая профилактика
<p>1. Госпитализация</p> <p>2. Изоляция до клинического выздоровления+ отрицательного результата бакобследования</p> <p>3. Текущая дезинфекция, масочный и хлорный режим</p> <p>4. Заключительная дезинфекция после изоляции или выписки больного</p>	<p>1. Выявление всех контактных</p> <p>2. Карантин на 7 дней</p> <p>3. Мазок из зева и носа на ВЛ</p> <p>4. Установить наблюдение за контактными (термометрия, осмотр зева, кожных покровов и слизистых, учет симптомов интоксикации)</p>	<p>1. Вакцинация проводится трехкратно с интервалом 45 дней АКДС-вакциной (в 3мес. 4,5 мес. 6 мес.)</p> <p>2. Ревакцинация проводится в 18 мес. АКДС в 7 и 14 лет АДС-анатоксином</p>

Скарлатина



Скарлатина – острое инфекционное заболевание, характеризующееся

лихорадкой, воспалением миндалин, ангиной и высыпаниями на коже

Возбудитель – гемолитический стрептококк группы А

- Способен вырабатывать экзотоксин
- Устойчив во внешней среде
- Обладает незначительной летучестью

Механизмы передачи

- Воздушно-капельный
- Контактный (*через предметы, «третьих лиц»*)
- Пищевой (*молоко, мороженое, кондитерские изделия с кремом*)

Входные ворота

- небные миндалины
- у детей раннего возраста: глоточная миндалина, слизистая оболочка верхних дыхательных путей
- раневая поверхность
- ожоговая поверхность

Патогенез

стрептококк

действие: токсигенное,
септическое,
аллергическое

поражение периферических
сосудов кожи, вегетативной
нервной системы, ССС

воспалительный очаг

региональные
лимфоузлы

кровь

ИНТОКСИКАЦИЯ



После перенесенного заболевания
формируется:

- стойкий антитоксический иммунитет

-  антимикробный иммунитет менее стоек
и типоспецифичен

Клиническая картина

Инкубационный
период – 2 – 7 дней



Внезапное начало в связи с выраженной интоксикацией -

- Повышение температуры до 38 – 40 С, головная боль, общая слабость, недомогание, нередко рвота.

мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне:



- Максимально локализуется по боковым поверхностям тела, внизу живота, на сгибательных поверхностях конечностей, в складках кожи



бледный носогубный треугольник – треугольник Филатова:



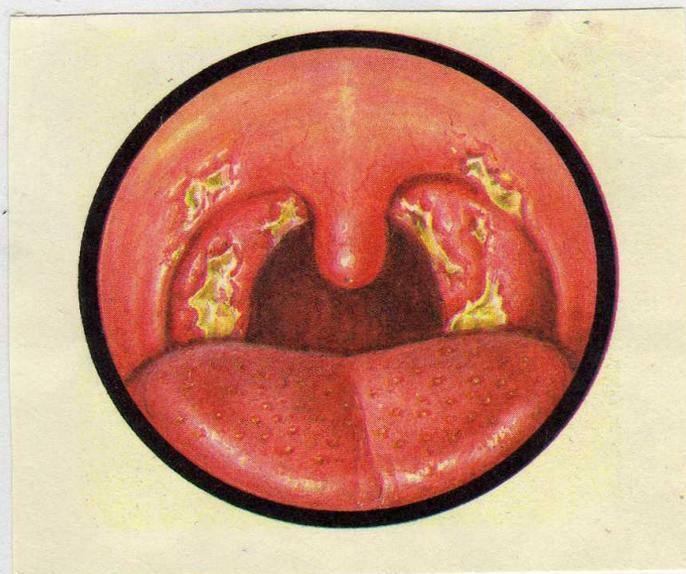
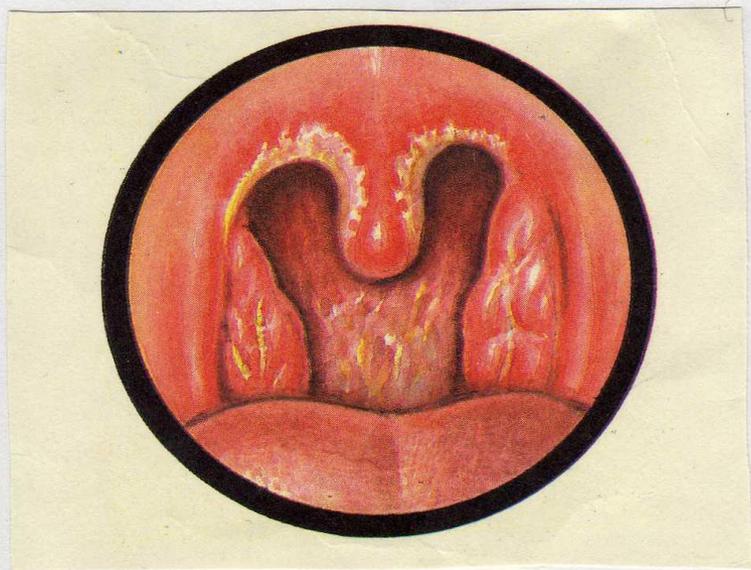
- сыпь отсутствует в области носогубного треугольника, что ярко выделяется на фоне гиперемии щек

ангина, «пылающий зев»



- типична яркая гиперемия миндалин, язычка, дужек, края мягкого неба
- ангина - катаральная, фолликулярная, лакунарная

ангина – фолликулярная, лакунарная

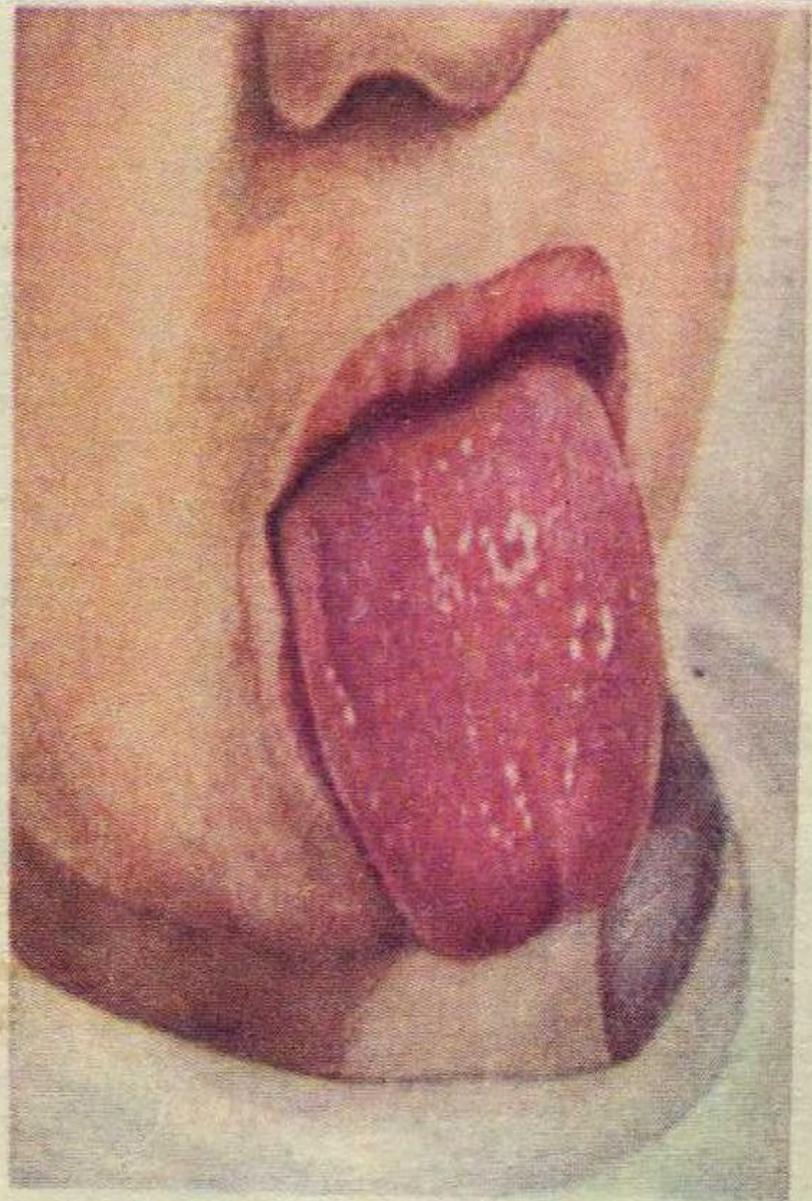
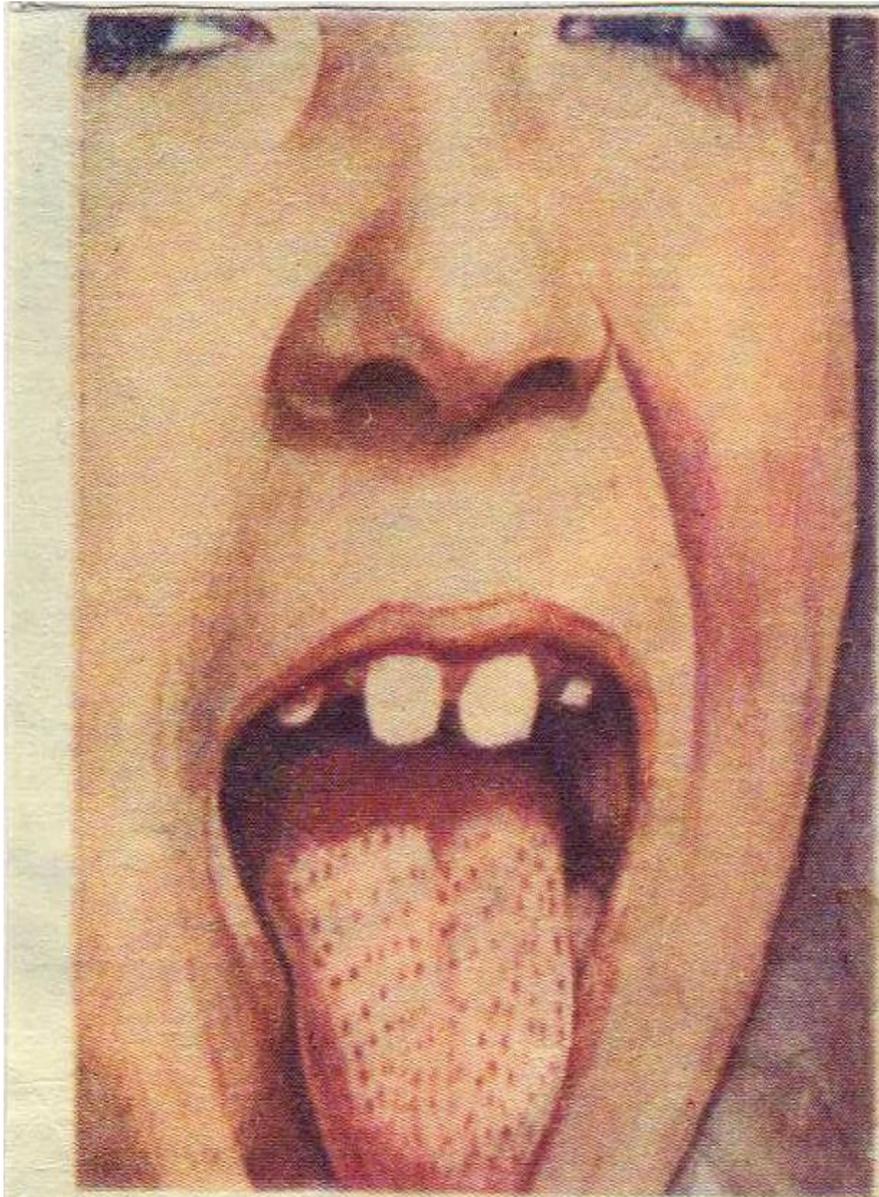


«МАЛИНОВЫЙ ЯЗЫК»



- В первые дни густо обложен белым налетом, со 2 – 3 дня очищается, становится ярко красным, зернистым





белый дермографизм



- в первую неделю при легком надавливании появляется стойкий белый дермографизм

Скарлатина. Белый дермографизм.

пластинчатое шелушение кожи



17



18

- На 2 неделе заболевания на ладонях, пальцах рук и ног появляется пластинчатое шелушение, на туловище - отрубевидное

пластинчатое шелушение



«скарлатинозное сердце»

- тахикардия, сменяющаяся брадикардией, приглушение тонов сердца, систолический шум, иногда расширение границ сердца

Общий анализ крови

- лейкоцитоз
- нейтрофилез
- эозинофилия
- повышение СОЭ

Осложнения

- лимфаденит
- отит
- нефрит
- миокардит

Лечение

- Постельный режим в остром периоде
- Диета соответствующая возрасту
- Обильное витаминизированное питье
- Антибиотики пенициллинового ряда
- Антигистаминные препараты
- Симптоматическая терапия
- При тяжелом течении дезинтоксикационная терапия

Мероприятия в очаге

Мероприятия с больным	Мероприятия с контактными	Специфическая профилактика
<ol style="list-style-type: none">1. Госпитализация не обязательна2. Срок изоляции больного 10 дней, если ребенок до 8 лет, то + 12 дней «домашнего режима»3. Текущая дезинфекция, масочный, хлорный режим4. Заключительная дезинфекция после выписки больного	<ol style="list-style-type: none">1. Выявит всех контактных2. Установить карантин на 7 дней3. Установить наблюдение за контактными (термометрия, осмотр зева, кожных покровов)4. Всех контактных со стрептококковой инфекцией изолировать на 22 дня	нет

Спасибо за внимание !

