

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Медицинский колледж

Сестринская помощь при воздушно-капельных инфекциях.

Корь, Краснуха, Эпидемический Паротит



Составила преподаватель
Саздыкова Э.М.

Уфа, 2021г

Инфекция

Инфе́кция — опасность заражения живых организмов микроорганизмами (бактериями, грибами, простейшими), а также вирусами, прионами.

Различные виды взаимодействия чужеродных микроорганизмов с организмом человека (в медицине), животных (в зоотехнике, ветеринарии), растений (в агрономии).

Всего в мире на данный момент открыто ок. 1420 микроорганизмов.

Виды инфекции:

Генерализованная инфекция — инфекция, при которой возбудители распространились преимущественно лимфо-гематогенным путем по всему макроорганизму.

Локальная инфекция — местное повреждение тканей организма под действием патогенных факторов микроорганизма. Локальный процесс, как правило, возникает на месте проникновения микроба в ткани и обычно характеризуется развитием местной [воспалительной](#) реакции. Локальные инфекции представлены [ангинами](#), [фурункулами](#), [дифтерией](#), [рожей](#) и пр. В некоторых случаях локальная инфекция может перейти в общую.

Общая инфекция — проникновение микроорганизмов в кровь и распространение их по всему организму. Проникнув в ткани организма, микроб размножается на месте проникновения, а затем проникает в кровь. Такой механизм развития характерен для гриппа, сальмонеллёза, сыпного тифа, сифилиса, некоторых форм туберкулёза, вирусных гепатитов и пр.

Латентная инфекция — состояние, при котором микроорганизм, живущий и размножающийся в тканях организма, не вызывает никаких симптомов (хроническая форма гонореи, хронический сальмонеллёз и др.)

Стадии инфекционных заболеваний

Инкубационный период — [от [лат.](#) *incubatio* «высиживание птенцов»]. Обычно между проникновением инфекционного агента в организм и проявлением клинических признаков существует определённый для каждой болезни промежуток времени — инкубационный период, характерный только для экзогенных инфекций. В этот период возбудитель размножается, происходит накопление как возбудителя, так и выделяемых им токсинов до определённой пороговой величины, за которой организм начинает отвечать клинически выраженными реакциями. Продолжительность инкубационного периода может варьировать от часов и суток до нескольких лет.

Продромальный период — [от [др.-греч.](#) *πρόδρομος* «бегущий впереди, предшествующий»]. Как правило, первоначальные клинические проявления не несут каких-либо патогномоничных [от [др.-греч.](#) *πάθος* «болезнь» + *ὑπόμων* «истолкователь, смотритель, норма, правило»] для конкретной инфекции признаков. Обычны слабость, головная боль, чувство разбитости. Этот этап инфекционной болезни называется продромальный период, или «стадия предвестников». Его продолжительность не превышает 24-48 ч.

Период развития болезни — На этой фазе и проявляются черты индивидуальности болезни либо общие для многих инфекционных процессов признаки — лихорадка, воспалительные изменения и др. В клинически выраженной фазе можно выделить стадии нарастания симптомов (stadium incrementum), расцвета болезни (stadium acme) и угасания проявлений (stadium decrementum).

Реконвалесценция — [от лат. *re-*, повторность действия, + *convalescentia*, выздоровление]. Период выздоровления, или реконвалесценции как конечный период инфекционной болезни может быть быстрым (кризис) или медленным (лизис), а также характеризоваться переходом в хроническое состояние. В благоприятных случаях клинические проявления обычно исчезают быстрее, чем наступает нормализация морфологических нарушений органов и тканей и полное удаление возбудителя из организма. Выздоровление может быть полным либо сопровождаться развитием осложнений (например, со стороны ЦНС, костно-мышечного аппарата или сердечно-сосудистой системы). Период окончательного удаления инфекционного агента может затягиваться и для некоторых инфекций (например, сыпного тифа) может исчисляться десятилетиями.

Скарлатина

Скарлатина — инфекционная болезнь, вызванная обычно гемолитическим стрептококком группы А (*Streptococcus pyogenes*). Проявляется мелкоточечной сыпью, лихорадкой, общей интоксикацией.

Источником распространения инфекции при скарлатине является человек. Это может быть:

Больной скарлатиной, ангиной или стрептококковым фарингитом.

Особенно опасен такой человек для окружающих в первые дни болезни.

Реконвалесцент – человек, который выздоровел после перенесённого заболевания. Он ещё некоторое время может выделять стрептококки. Такое носительство может продолжаться до трёх недель.

Здоровый носитель – человек, у которого нет признаков заболевания, но стрептококки группы А живут на слизистой его носоглотки и выделяются в окружающую среду. Таких людей довольно много (до 15% всего населения).

Продолжительность **инкубационного периода** в большинстве случаев составляет 3-7 суток (иногда она может достигать и до 11).

Клиническая картина

Интоксикация - лихорадка, общее недомогание, головные боли.

Скарлатиновая сыпь — мелкоточечная, при умеренном нажатии стеклянным шпателем пятнышки видны чётче. При более сильном нажатии сыпь уступает место золотисто-желтоватому оттенку кожи. Выступает на 1-3 день болезни и локализуется главным образом на щеках, в паху, по бокам туловища. Кожа носогубного треугольника остаётся бледной и свободной от сыпи. Сыпь обычно держится 3—7 дней, затем угасает, не оставляя пигментации. Характерно сгущение сыпи на сгибах конечностей - подмышечной, локтевой, подколенной областях.



Скарлатиновый язык — на 2-4 день болезни-«малиновый» язык

Ангина — постоянный симптом скарлатины. Может протекать тяжелее обычной ангины.

Шелушение кожи — возникает после исчезновения сыпи (через 14 дней от начала заболевания): в области ладоней и стоп оно крупнопластинчатое, начинается с кончиков пальцев; на туловище, шее, ушных раковинах шелушение отрубевидное.



Лечение, как правило, проводится дома. Стационарное лечение необходимо в тяжёлых случаях и при наличии осложнений. До снижения температуры больные должны соблюдать постельный режим. В острый период заболевания необходимо обильное тёплое питье (чай с лимоном, фруктовые соки), жидкую или полужидкую пищу с некоторым ограничением белков. Больным показан постельный режим; назначают стол № 2 (в системе Диета Певзнера).

В качестве медикаментозного лечения назначаются антибиотики пенициллинового ряда в таблетках (феноксиметилпенициллин, ретарпен, амоксициллин, Амоксициллин + клавулановая кислота) в течение 7-10 дней. Дополнительно назначается витаминотерапия (витамины группы В, витамин С). В тяжёлых случаях назначают инфузионную терапию (раствор глюкозы или гемодез внутривенно) для уменьшения интоксикации.

Специфической профилактики нет

Коклюш

Коклюш (от фр. coqueluche; лат. Pertussis) — острая антропонозная воздушно-капельная бактериальная инфекция, наиболее характерным признаком которой является приступообразный спазматический кашель. Опасное инфекционное заболевание дыхательных путей. Очень опасен для детей младше 2 лет.



Возбудитель

Вызывается бактериями Борде-Жангу (по имени впервые описавших её в 1906 бельгийского учёного Ж. Борде и французского — О. Жангу) (*Bordetella pertussis*).

Врождённый иммунитет, обусловленный материнскими антителами, не развивается. **Контагиозность** (вероятность заражения при контакте) составляет 90 %.

Развитие заболевания

Чаще заболевают дети дошкольного возраста. *Инкубационный период* длится от 7 до 14 дней. Заражение происходит воздушно-капельным путём. Больной заразен с 1-го до 25-го дня заболевания. Длительность заразного периода может сократиться при своевременном проведении антибактериальной терапии.

Заражение происходит *воздушно-капельным путём* при прямом контакте с зараженным человеком.

Наблюдается носительство бордетеллы пертуссис у взрослых людей. В том числе среди потенциально опасных контактных лиц могут находиться сотрудники детских дошкольных учреждений, поскольку скрытая форма инфекции внешне никак не проявляется.

Пациент опасен для окружающих людей на протяжении 30 дней с момента проявления первых симптомов болезни. Врожденного иммунитета к этому типу инфекции не существует. После выздоровления защита сохраняется на протяжении всей жизни

Симптомы

Катаральный период

Продолжительность катарального периода составляет 1-2 недели, у привитых детей он может удлиниться до 3 недель. Состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие не нарушено, температура тела обычно не повышается, возможен субфебрилитет (температура в пределах 37,5 °С). Постоянный и часто единственный симптом – непродуктивный (без отхождения мокроты), иногда навязчивый кашель, преимущественно в вечерние и ночные часы. Главная особенность – кашель упорный и продолжает усиливаться, несмотря на проводимое лечение.

Спазматический период

Постепенно кашель приобретает приступообразный характер – ребенок на одном выдохе «заходится» целой серией кашлевых толчков, после которых происходит судорожный, свистящий вдох (реприз), затем на выдохе – опять кашель и т.д. Приступ из серий кашлевых толчков, перемежающийся репризами, может длиться по несколько минут и завершается отхождением вязкой прозрачной или беловатой мокроты, типична рвота в конце приступа. Возможны непроизвольные мочеиспускание или дефекация.

Характерен внешний вид ребенка во время кашлевого приступа: он сильно высовывает язык, лицо становится одутловатым, краснеет, а затем становится бордово-синюшным, губы синеют, из глаз текут слезы. Набухают вены на шее, усиливается потоотделение. Нередко из-за перенапряжения возникают кровоизлияния в склеры, кожу лица и верхней половины туловища (мелкие красные точки на коже и лопнувшие сосудики в белках глаз).

Лечение

Госпитализации подлежат: больные с тяжёлыми формами; с угрожающими жизни осложнениями (нарушение мозгового кровообращения и ритма дыхания); со среднетяжёлыми формами с негладким течением, неблагоприятным преморбидным фоном, обострением хронических заболеваний; дети раннего возраста.

По эпидемиологическим показаниям госпитализируют детей из закрытых детских учреждений (независимо от тяжести заболеваний) и семейных очагов.

Режим — щадящий (уменьшение отрицательных психоэмоциональных нагрузок) с обязательными индивидуальными прогулками.

Диета — обогащённая витаминами, соответствующая возрасту. Пациентов с тяжёлыми формами заболевания рекомендуется кормить чаще и меньшими порциями; после рвоты детей докармливают.

Этиотропная терапия — назначение антибиотиков (макролиды, полусинтетические пенициллины, цефалоспорины 3 поколения). Если кашель сохраняется — то дальнейшее применение антибиотиков нецелесообразно.

Патогенетическая терапия — противосудорожные препараты, успокаивающие средства.

Симптоматическая терапия — отсасывание слизи из верхних дыхательных путей, аэрозольтерапия, физиотерапия, массаж, дыхательная гимнастика.

Специфическая профилактика

Вакцинация.

АКДС в 3, 4,5, 6, 18 месяцев выполненная здоровому (или почти здоровому, не имеющему противопоказаний) ребенку практически безопасна. Наиболее частый неприятный эффект от нее – это температура и боли в месте введения вакцины, но и этих эффектов можно избежать в случае применения современных очищенных вакцин (таких, как «Инфанрикс» или «Пентаксим»).

Заболевание коклюшем вследствие самой прививки – это миф, поскольку вакцина не содержит живых бактерий.

Корь

Корь - острое инфекционное вирусное заболевание с высоким уровнем восприимчивости (индекс контагиозности приближается к 100 %), которое характеризуется высокой температурой (до 40,5 °С), воспалением слизистых оболочек полости рта и верхних дыхательных путей, конъюнктивитом и характерной пятнисто-папулезной сыпью кожных покровов, общей интоксикацией.

До изобретения антибиотиков и внедрения профилактической вакцинации населения считалась опасным заболеванием. И в наши дни смертность остается высокой.

Исторический факт! До того, как медицина получила антибиотики, корь была известна как «детская чума». Она унесла миллионы жизней. По статистике ВОЗ, в 2017 году вирус кори унес жизни 110 тысяч человек, преимущественно детей.

Возбудитель является РНК-вирус рода морбилливирусов, семейства парамиксовирусов.

Путь передачи инфекции — воздушно-капельный, вирус выделяется во внешнюю среду в большом количестве больным человеком со слизью во время кашля, чихания и т. д.

Инкубационный период продолжается от 8 до 17 суток. У тех, кто получил гаммаглобулинопрофилактику, он растягивается до трех недель.

Источник инфекции — больной корью в любой форме, который заразен для окружающих с последних дней инкубационного периода (последние 2 дня) до 4-го дня высыпаний. С 5-го дня высыпаний больной считается незаразным.

Корью болеют преимущественно дети в возрасте 2—5 лет и значительно реже взрослые, не переболевшие этим заболеванием в детском возрасте. Новорожденные дети имеют колостральный иммунитет, переданный им от матерей, если те переболели корью ранее. Этот иммунитет сохраняется первые 3 месяца жизни. Встречаются случаи врожденной кори при трансплацентарном заражении вирусом плода от больной матери.

После перенесенного заболевания развивается *стойкий иммунитет*, повторное заболевание корью человека, без сопутствующей патологии иммунной системы, сомнительно, хотя и такие случаи описаны. Большинство случаев кори наблюдаются в зимне-весенний (декабрь-май) период с подъёмом заболеваемости каждые 2—4 года.

Клиническая картина типичной кори

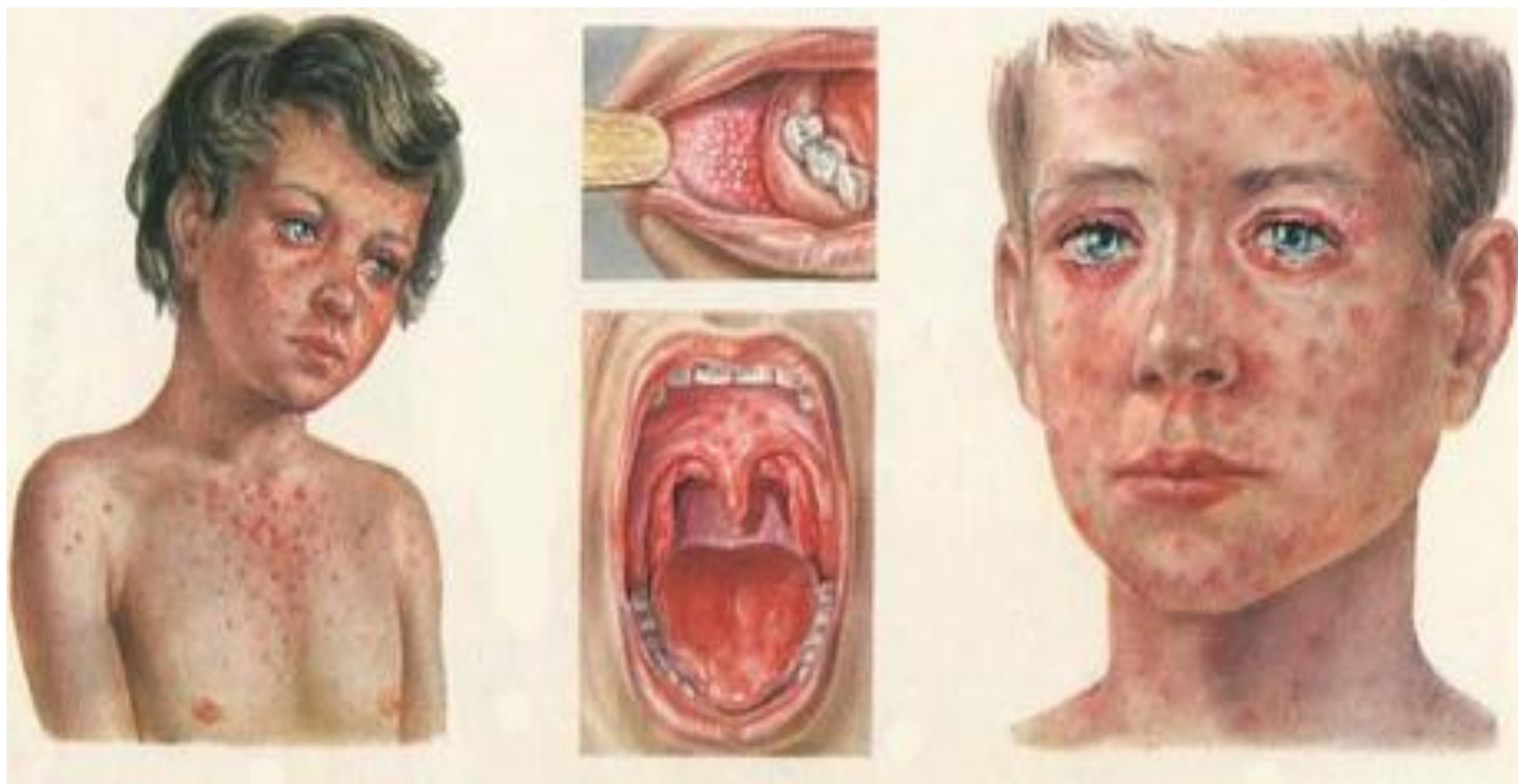
Инкубационный период 8-14 дней (редко до 17 дней). Острое начало — подъём температуры до 38-40 °С, сухой кашель, насморк, светобоязнь, чихание, осиплость голоса, головная боль, отёк век и покраснение конъюнктивы, гиперемия зева и коревая энантема — красные пятна на твердом и мягком нёбе.

На 2-й день болезни на слизистой щек в области моляров появляются мелкие белёсые пятнышки, окруженные узкой красной каймой — пятна Бельского-Филатова-Коплика — патогномоничные для кори.

Коревая сыпь (экзантема) появляется на 4-5-й день болезни, сначала на лице, шее, за ушами, на следующий день на туловище и на 3-й день высыпания покрывают разгибательные поверхности рук и ног, включая пальцы. Сыпь состоит из мелких папул, окруженных пятном и склонных к слиянию (в этом её характерное отличие от краснухи, сыпь при которой не сливается).

Обратное развитие элементов сыпи начинается с 4-го дня высыпаний: температура нормализуется, сыпь темнеет, буреет, пигментируется, шелушится (в той же последовательности, что и высыпания). Пигментация сохраняется 1—1,5 недели.

Эти пятна являются главным отличительным признаком кори, по автору они называются пятна Филатова-Коплика. Во 2-3 день на небе появляется корьевая энантема, это очень мелкие красноватые пятна.



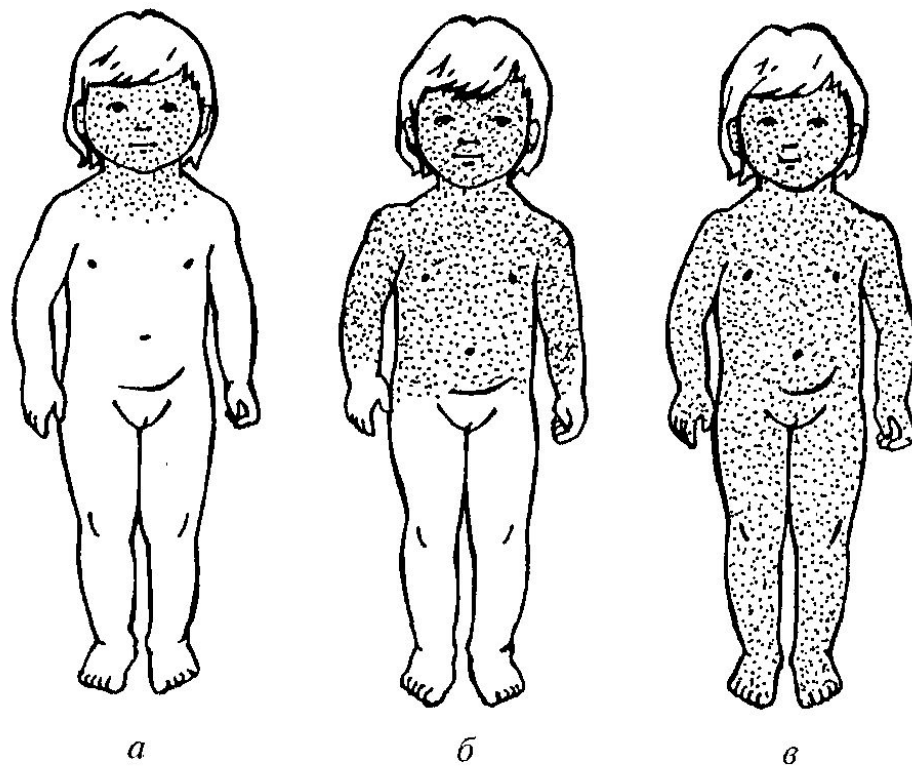


Рис. 29. Корь. Динамика высыпания:
a — 1-й день высыпания; *б* — 2-й день высыпания; *в* — 3-й день высыпания

Корь, как и все в принципе заболевания, имеет три степени тяжести, которые различаются лишь интенсивностью клинических симптомов.

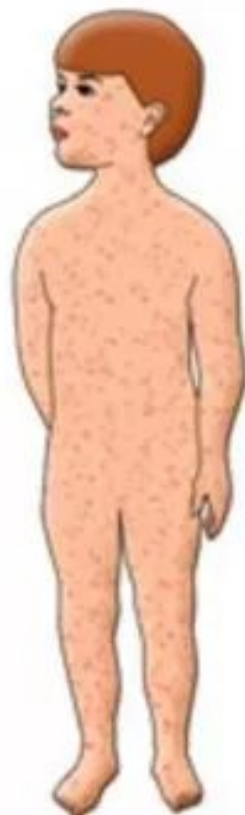
Но стоит отметить, что тяжелая степень отличается развитием бронхита и пневмонии, а сыпь при этом бывает синюшного цвета.



Корь



Краснуха



Ветрянка



Скарлатина



Осложнения

При кори возможны осложнения, связанные с работой центральной нервной системы, дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта, среди них: ларингит, круп (стеноз гортани), трахеобронхит, отит, первичная коревая пневмония, вторичная бактериальная пневмония, коревой энцефалит, гепатит, лимфаденит, мезентериальный лимфаденит. Довольно редкое позднее осложнение — подострый склерозирующий панэнцефалит.

Атипичная (ослабленная)

Наблюдается у привитых детей, детей получавших иммуноглобулин или препараты крови в инкубационный период, протекает легко, стадийность высыпаний нарушена, инкубационный период удлиняется до 21 дня.

Лечение кори

Лечение кори в не осложнённых случаях затруднений не вызывает. Врач на дому ставит диагноз, назначает лечение.

Лечение типичной кори симптоматическое, оно включает в себя обильное питье,

постельный режим, который необходимо строго соблюдать до падения температуры, а также использование средств от насморка и болей в горле, жаропонижающие средства, отхаркивающие препараты и витамины. До снижения температуры соблюдается растительно-молочная диета, после снижения полноценное питание.

Антибиотики назначают при присоединении вторичной инфекции. При развитии осложнений кори лечение больного переносится в стационар. Не осложненная корь имеет благоприятный прогноз.

Лечение кори

Симптоматическое лечение включает отхаркивающие, [муколитики](#), противовоспалительные аэрозоли для облегчения воспалительных процессов [дыхательных путей](#).

Чтобы уменьшить [лихорадку](#) и [боль](#), можно использовать [ибупрофен](#) или [парацетамол](#). Детям, болеющим корью, не рекомендуется принимать [аспирин](#), поскольку, согласно результатам некоторых исследований, [аспирин](#) может привести к развитию [синдрома Рея](#) у детей в возрасте до 16 лет.

Для снятия [зуда](#) на [коже](#) рекомендуются ежедневные ополаскивания тела и умывания раствором с порошком Деласкин (синтетический [танин](#)).

Для промывания глаз во время болезни можно использовать раствор [пищевой соды](#) или крепкий [чай](#). При [конъюнктивите](#) рекомендуют капли с [антибиотиками](#) (левомицитин 0,25 %, альбуцид 20 %).

Ротовую полость можно полоскать, используя настой [ромашки](#), раствор [хлоргексидина](#).

В случае развития пневмонии или других бактериальных осложнений при кори показаны [антибиотики](#), в тяжёлых случаях крупы используются [кортикостероиды](#).

Всемирная организация здравоохранения рекомендует применение [витамина А](#) при лечении кори, с целью уменьшить риск смертности

Специфическая профилактика

Вакцинация — самый надёжный и эффективный способ профилактики кори. Прививка от кори — это искусственное инфицирование ослабленным вирусом, в результате которого организмом вырабатывается защитный иммунитет.

С 6 по 21 день после прививки у детей может наблюдаться увеличение температуры тела, а иногда — появление конъюнктивита и небольшой сыпи.

Прививку от кори ребёнку делают в 12 мес., последующая же ревакцинация происходит в 6 лет.



Ветряная оспа

Ветряная оспа [varicella]-высококонтагиозное острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом из семейства Herpesviridae, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся лихорадкой, умеренно выраженной интоксикацией и распространенной везикулезной сыпью.

Возбудитель-вирус herpes zoster, летучий (способен распространяться на соседние этажи, другие комнаты), неустойчивый, быстро погибает во внешней среде, сходен с вирусом опоясывающего лишая.

Вирус проникает в кровяное русло и фиксируется в эпителиальных клетках кожи и слизистых оболочках образуя везикулы с серозным содержимым. Некроз эпителия поверхностный, поэтому при заживлении не остается рубца.



Эпидемиология

Заблеваемость стабильно высокая. Болеют преимущественно дети старше года, но могут и взрослые.

Источник инфекции больной ветряной оспой или опоясывающим лишаем.

Путь передачи воздушно-капельный.

Восприимчивость высокая, при отсутствии иммунитета к ветряной оспе, достаточно кратковременного отдаленного контакта с больным.

Иммунитет стойкий пожизненный.



Клиническая картина

Инкубационный период 11-21 день.

Продрома 0-1 день.

По форме: типичная и атипичная (с рудиментарной, пустулезной, геморрагической сыпью), генерализованная, висцеральная.

По тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая.

По течению: гладкое и осложненное.

Осложнения: неспецифические - наложение бактериальной инфекции (пиодермии, абсцессы, стоматиты), обострение хронических заболеваний; специфические развиваются редко, стенозирующий ларингит, ветряночный энцефалит и менингоэнцефалит.



Клиническая картина

Субфебрильная температура, общее недомогание, потеря аппетита, беспокойный сон.

*Типичное проявление ветряной оспы-
везикулярная сыпь.*

Появляется одновременно с подъемом температуры сыпь. Высыпания происходят приступами в течение 3-4 дней.

Локализуется на волосистой части головы, лице, туловище, слизистых и т.д.; кроме ладоней и подошв. Первичный элемент сыпи-мелкое пятно или узелок (папула), который через несколько часов превращается в пузырек-везикулу, с прозрачным содержимым. Локализация сыпи – кожа головы, туловища, конечностей и слизистые оболочки.

Пузырьки через 1-2 дня вскрываются, подсыхают, образуются корочки, которые отпадают через 1-2 недели. Высыпания происходят волнообразно.

Отмечается зуд кожи .



Атипичные формы ветряной оспы

- рудиментарная-единичные, недостаточно развитые везикулы.
- генерализованная- ↑ температура, интоксикация, поражение органов.
- геморрагическая-кровоизлияния под кожу, слизистые, кровотечения.
- буллезная-наряду с обычными, имеются пузыри с мутным содержимым.
- гангренозная-присоединение вторичной микробной флоры, некрозы, язвы.
- висцеральная форма- у всех больных обнаруживаются специфические ветряночные поражения внутренних органов: печени, легких, почек, надпочечников, поджелудочной железы, эндокарда, пищеварительного тракта, нервной системы и др.

Диагностика

Выделение вируса из содержимого пузырьков.

Серологические методы исследования.

- НСГ при осложненном течении ветряной оспы: менингит или энцефалит;
- МРТ или КТ при энцефалите (по показаниям).

Лечение

Амбулаторное, госпитализуются дети с осложненными формами и по эпидемическим показаниям.

-Режим постельный на острый период.

-Диета по возрасту.

-Этиотропная терапия при легких, среднетяжелых формах не проводится.

В остальных случаях назначают противовирусные препараты-ацикловир, виролекс, арабинозид и др.

-Витамины.

-Местная обработка пузырьков 1% р-ром бриллиантовой зелени или 1-2% р-ром перманганата калия.

-Строгое соблюдение гигиенических мер при уходе за кожей и слизистыми.

-Ванны со слабым р-ром перманганата калия.



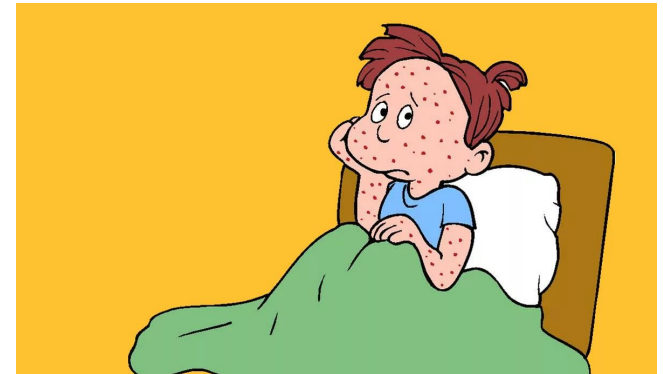
Мероприятия в очаге

- Изоляция больного до полного выздоровления или на 5 дней после последнего высыпания.
- Карантин на контактных детей до 7 лет на 21 день.
- Наблюдение за кожей, термометрия.
- Влажная уборка, проветривание.

Профилактика.

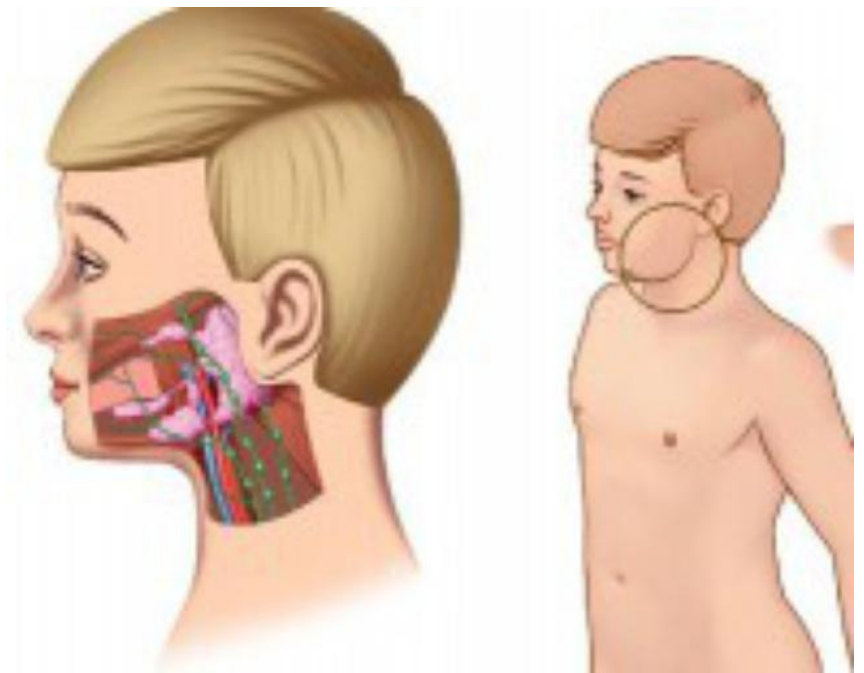
Неспецифическая.

Специфическая - вакцинация



Эпидемический паротит

Эпидемический паротит (свинка) – острое вирусное заболевание, протекающее с поражением железистых органов (чаще слюнных желез, особенно околоушных, реже поджелудочной железы, половых, молочных желез и др.), а также нервной системы (менингит, менингоэнцефалит).



Источник эпидемического паротита – больной человек, заразный в течение 9 дней болезни.

Путь передачи инфекции – воздушно-капельный. Наиболее поражаемый контингент – дети школьного возраста.

С возрастом число случаев заболевания эпидемическим паротитом падает за счет роста числа иммунных лиц.

Случаи заболевания среди детей первого года жизни крайне редки. Редко заболевание встречается у пациентов старше 40 лет.

Инкубационный период – от 11 до 21 суток.



Симптомы:

У некоторых больных за 1–2 дня до развития типичной картины эпидемического паротита наблюдаются предболезненные явления в виде разбитости, недомогания, болей в мышцах, головной боли, познабливания, [нарушения сна](#) и аппетита.

С развитием воспалительных изменений слюнной железы эти явления становятся более выраженными, отмечаются признаки, связанные с поражением слюнных желез, – сухость во рту, боли в области уха, усиливающиеся при жевании, разговоре.

В типичных случаях лихорадка достигает максимальной выраженности на 1–2-й день болезни и продолжается 4–7 дней.

Характерный признак эпидемического паротита – поражение слюнных желез (у большинства больных – околоушных). Область увеличенной железы болезненна при ощупывании. Боль особенно выражена в некоторых точках: впереди мочки уха, позади мочки уха и в области сосцевидного отростка.

При увеличенной слюнной железе отмечается и поражение кожи над ней (в зависимости от степени увеличения). Кожа становится напряженной, лоснится, припухлость может распространиться и на шею.

Увеличение слюнной железы быстро нарастает и в течение 3 дней достигает максимума. На этом уровне припухлость держится 2–3 дня и затем постепенно (в течение 7–10 дней) уменьшается.



Осложнения

При эпидемическом паротите осложнения чаще проявляются в поражении железистых органов и центральной нервной системы.

При заболеваниях детей одним из частых осложнений является воспаление мозговых оболочек (менингит). Частота этого осложнения превышает 10 %. У лиц мужского пола менингит развивается в 3 раза чаще, чем у женщин.

Как правило, признаки поражения нервной системы появляются после воспаления слюнных желез, но возможно и одномоментное поражение слюнных желез и нервной системы (у 25–30 % больных). Менингит начинается нередко бурно (чаще на 4–7-й день болезни): появляется озноб, вновь повышается температура тела (до 39 °С и выше), беспокоит сильная головная боль, рвота.

Орхиты (воспаление яичек) чаще наблюдаются у взрослых. Признаки орхита отмечаются на 5–7-й день от начала эпидемического паротита и характеризуются новой волной лихорадки (до 39–40 °С), появлением сильных болей в области мошонки и яичка, иногда распространяющихся в нижние отделы живота.

Диагностика:

Выделение вируса: традиционная изоляция вирусов из биоматериала слизи носоглотки;

Обнаружение антител к антигенам вируса: РСК, РТНГА (диагностический титр 1:80 и выше). При оценке результатов исследования учитывают возможную поствакцинальную реакцию;

Аллергологический метод: постановка внутрикожной аллергической реакции с паротитным диагностикумом; в настоящее время используют редко;

Анализ крови;

Анализ мочи.

Лечение

Специфического лечения нет.

Важной задачей лечения является предупреждение осложнений.

Необходимо соблюдение постельного режима не менее 10 дней. У мужчин, не соблюдавших постельный режим в течение первой недели, орхит развивается примерно в три раза чаще, чем у лиц, госпитализированных в первые три дня болезни.

Для профилактики воспаления поджелудочной железы, кроме того, необходимо соблюдать определенную диету: избегать переедания, уменьшить количество белого хлеба, макарон, жиров, капусты.

Диета должна быть молочно-растительной. Из круп лучше употреблять рис, разрешается черный хлеб, картофель.

Профилактика

Прогноз при эпидемическом паротите благоприятный, летальные исходы бывают очень редко (1 на 100 000 заболевших); однако следует учитывать возможность глухоты и атрофии яичек с последующим бесплодием.

Вакцинация паротитной вакциной в возрасте 12 месяцев. Ревакцинация в 6-летнем возрасте: используют отечественные или зарубежные препараты (в т. ч. и комбинированные).

Имеются наблюдения случаев заболевания эпидемическим паротитом среди привитых ранее детей. Болезнь в этих случаях протекает сравнительно легко с вовлечением в процесс только слюнных желез.

Дети первых 10 лет, имевшие контакт с больным, разобщаются на 21-й день с момента изоляции заболевшего.

Краснуха

Краснуха (лат. rubeolla) — это вирусное заболевание, которое в большинстве случаев протекает в легкой форме, сопровождается кратковременным повышением температуры тела, мелкой сыпью, увеличением всех лимфатических узлов.

Инкубационный период около 15-24 дней. Это обычно неопасное заболевание, затрагивающее в основном детей, однако оно может спровоцировать серьёзные врожденные пороки, если женщина заражается в начале беременности.

Название «третья болезнь» происходит из времён, когда был составлен список болезней, провоцирующих детскую сыпь, в котором краснуха стояла на третьем месте.

Это контагиозное заболевание, вырабатывающее стойкий иммунитет. Возбудитель Rubella virus относится к семейству Togaviridae, роду Rubivirus

Больной человек является источником инфекции на протяжении 5 дней, после проявления высыпаний. Чаще всего болезнь наблюдается у детей до 10 лет, а у младенцев до шестимесячного возраста болезнь встречается очень редко, так как детский организм защищён антителами, которые передаются с материнским молоком. Один раз переболев [краснухой](#), человек на всю жизнь приобретает иммунитет против этого заболевания.

Имея мягкое течение у детей, краснуха опасна для беременных вследствие внутриутробной инфекции плода. Для детей, чьи матери болели краснухой во время беременности, характерны врождённые дефекты развития (чаще врождённая глухота).

В Европе от 80 до 95 % женщин привиты, и это число растёт вместе с систематической вакцинацией в детстве.

Заразность начинается за неделю до высыпания и персистирует 2 недели после.

Чаще всего заболевание встречается в больших городах, где наблюдается очень высокая скученность детей. Это объясняется тем, что в окружающей среде вирус становится неустойчивым, поэтому для заражения однократного контакта с больным, как правило, недостаточно.

Преимущественно болезнь атакует детей, посещающих детские сады, однако бывают случаи заболевания подростков и даже [взрослых людей](#). Краснуха отличается сезонностью своих проявлений, поэтому эпидемии часто наблюдаются зимой или весной

Краснуха у детей

Инкубационный период заболевания длится около трёх недель, после чего начинают проявляться **первые признаки краснухи**.

Больного ребёнка начинает мучить головная боль и лёгкие катаральные симптомы. Затем появляется сыпь, повышается температура, возникает лёгкая лихорадка, в результате чего ребёнок становится вялым и капризным.

Первые высыпания появляются на лице, за ушами, под волосами, после чего распространяются на руки, тело и нижние конечности.

Сыпь при краснухе отличается овальной или круглой формой, каждый из её элементов не превышает 3 мм и не возвышается над кожей.



Распространение высыпаний происходит толчкообразно, в основном они локализируются на ягодицах, спине и разгибательной поверхности рук, немного меньше пятен располагается в области лица и шеи.

В некоторых случаях диагностировать краснуху очень сложно, так как её проявления часто напоминают [скарлатину](#) или корь. Иногда болезнь не сопровождается сыпью, поэтому её ошибочно путают с острыми респираторными заболеваниями, которые выражаются умеренным поражением дыхательной системы.



Дополнительные проявления краснухи:

покраснение и воспаление слизистой оболочки ротовой полости;

увеличение затылочных и [шейных лимфоузлов](#);

учащение сердцебиения и приглушённость сердечных тонов;

умеренная лейкопения;

моноцитоз;

повышение скорости оседания эритроцитов.

Лечение

Специфического лечения не существует.

Для устранения симптомов краснухи назначаются симптоматические лекарственные средства, а при развитии осложнений – антибактериальные препараты.

Если заболевание протекает без серьёзных последствий, больной ребёнок в госпитализации не нуждается, а при выраженном лихорадочном состоянии ему показан строгий постельный режим. Боли в мышцах и суставах устраняются с помощью антигистаминных препаратов, при выраженном [конъюнктивите](#) назначается сульфацил натрия, а болезненное увеличение лимфоузлов нуждается в проведении УВЧ-терапии.

Также очень важно следить за достаточным поступлением в детский организм жидкости, витаминов и минералов.

Специфическая профилактика

В основе вакцины против краснухи лежат ослабленные живые вирусы этого заболевания. Как правило, такую прививку дети переносят достаточно легко, поэтому родителям не стоит сильно беспокоиться на этот счёт.

Следует отметить, что профилактика краснухи часто совмещается с плановыми вакцинациями от других заболеваний (корь, эпид.паротит), исключение составляет только прививка БЦЖ.

Прививку от краснухи ребёнку делают в 12 мес., последующая же ревакцинация происходит в 6 лет.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ