

Корь



MyShared

■ **Корь** – острое инфекционное заболевание , вызываемое вирусом кори, передающееся воздушно- капельным путем, характеризующееся лихорадкой , нарастающим симптомом интоксикации, выраженным катаральным синдромом , поражением слизистых оболочек полости рта, наличием пятнисто- папулезной сыпи с переходом в пигментацию.



■ Этиология

Возбудитель –*Paramyxo virus*

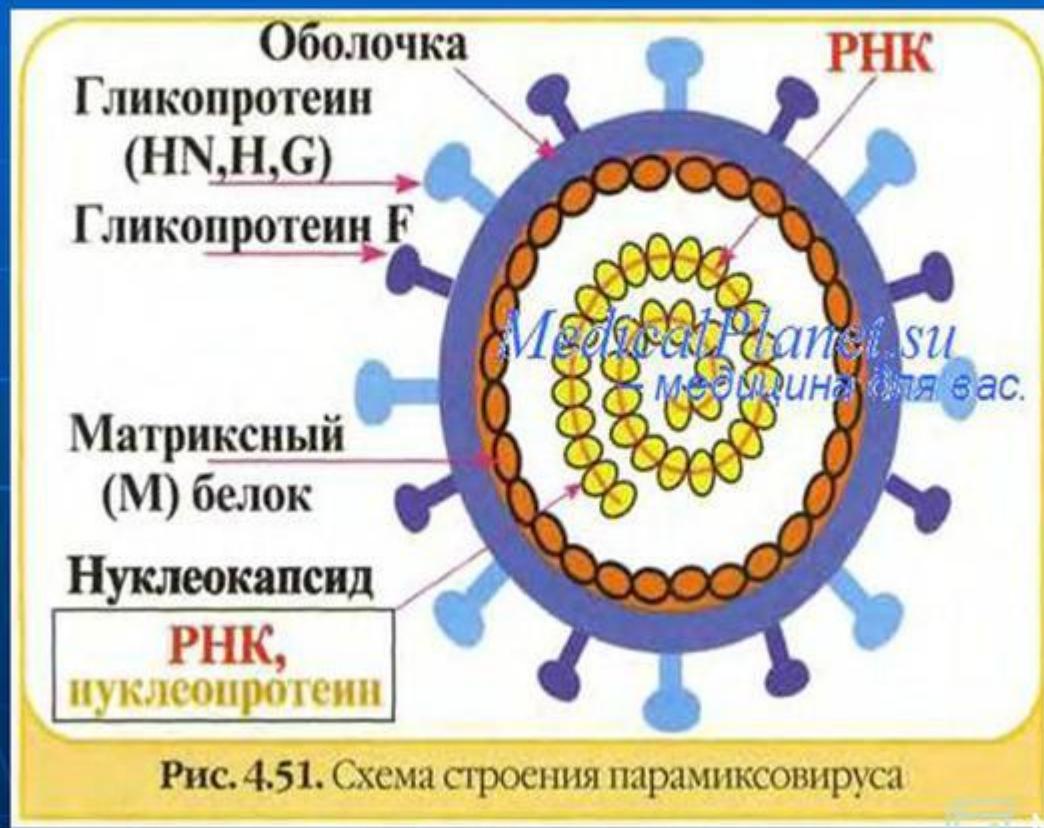


Рис. 4.51. Схема строения парамиксовируса

Резистентность

- ✓ В окружающей среде вирус кори нестойек.
- ✓ При комнатной температуре инактивируется через 3-4 часа.
- ✓ Снижает свою активность при 37С, в кислой среде.
- ✓ При 56С погибает через 30 мин.
- ✓ Легко разрушается жирорастворителями, детергентами,
- ✓ Чувствителен к солнечному свету и УФ-лучам.
- ✓ Устойчив к низким температурам (-70С)

■ Эпидемиология

Источник инфекции: только больной человек. Больной заразен с последних дней инкубац. периода (2 сут), в течении всего катарального периода (3-4сут), и период высыпания (3-4 сут).

Механизм передачи: аэрозольный.

Путь передачи: воздушно-капельный.



КЛИНИКА

- Инкубационный период составляет около 10 дней.
- В продромальном периоде – явления ОРЗ (ринит, фарингит, конъюктивит), температура 38-39С



■ **Клиническая картина**

Инкубационный период от 9 до 17 суток

Катаральный период 3-4 суток

-Синдром лихорадки постепенное
повышение до 39,0

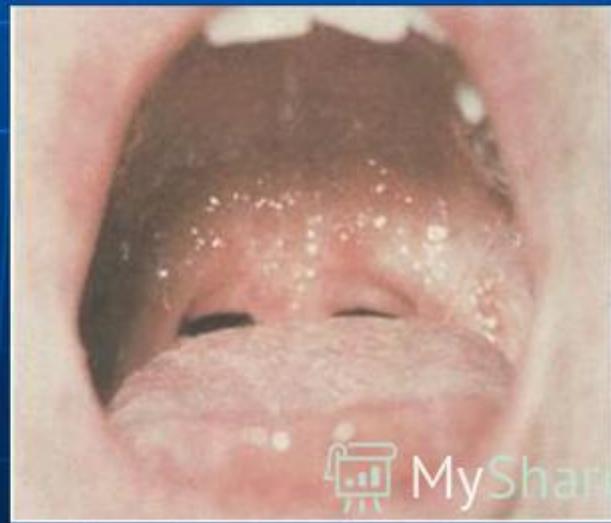
-Синдром интоксикации

-Первые симптомы -сухой кашель ,
заложенность носа , иногда с
необильным выделениями серозного
характера.



■ Объективно:

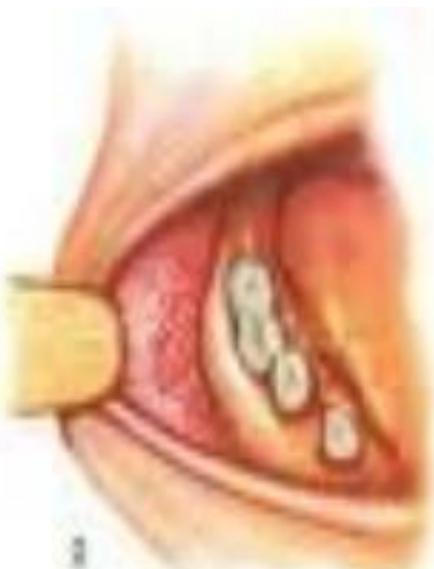
- Умеренная гиперемия и разрыхленность задней стенки глотки.
- Слизистые оболочки щек гиперемированные, разрыхленные, пятнистые
 - на 2-3 сут состояние больного ухудшается, кашель усиливается , гиперемия конъюктивы ,
- На мягком небе энантема



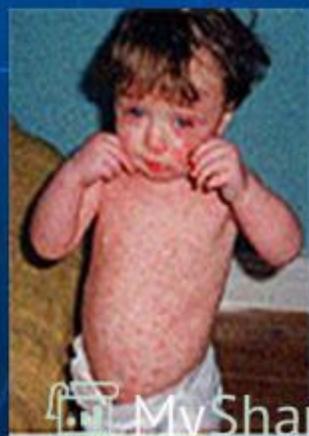
MyShared

■На 2-3 сут
появляются пятна
Бельского-
Филатова-Коплика
Это мелкие серовато-
беловатые точки,
окруженные венчиком
гиперемии,
локализуются у
корневых зубов на
слизистой оболочке
щек, губ , десен.





■ Период высыпания
на 4-5 сутки и
продолжается 3-4
суток. Первые
элементы сыпи
появляются за
ушами , на
переносице. В теч. 1-
х суток на лице, шее,
верхняя часть груди.
В теч. 2-х сыпь
полностью
покрывает
туловище. На 3-4 сут
-дистальные части
рук и нижние
конечности.



■ Сыпь пятнисто-
папулезная.

Вначале мелкая, насыщенного розового цвета. Элементы сыпи через неск. часов увеличиваются в размерах, сливаются: неправильной формы, крупные, ярко-красные





www.detstvo87.ucoz.ru



MyShared

■ Период пигментации

7-14 сут. Начинает темнеть, буреть, что свидетельствует о переходе ее пигментацию вследствие образования гемосидерина.

Пигментация начинается уже с 3х суток и происходит этапно. Не исчезает при надавливании и растягивании кожи.



■Диагностика

1. Вирусологический метод
2. Серологический метод: РН, РСК, РТГА, РНГА. Проводят дважды - в начале заболевания и через 10-14 дней. Диагностическим признаком является нарастание титра антител в 4 раза.
3. ОАК: в катаральном периоде- лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз. В период высыпаний : лейкопения , эозинофилия, СОЭ не изменено.



■Лечение

1. Постельный режим
2. Диета
3. Медикаментозная терапия
 - Этиотропное лечение: РНКазы, рекомбинантные интерфероны
 - Симптоматическое лечение: жаропонижающие(ибупрофен, парацетамол), отхаркивающие, противокашлевые.
 - Поливитамины



ИММУНИТЕТ

После перенесенного заболевания развивается стойкий, пожизненный иммунитет, обусловленный вируснейтрализующими антителами, Т-цитотоксическими лимфоцитами и клетками иммунной памяти.

- Диспансерное наблюдение. Не менее 2 лет(невропатолог, педиатор-инфекционист)
- Профилактика :
 - неспецифическая (изоляция до 5 сут от начала сыпи, дезинфекцию не проводят, карантин 17 сут с момента контакта.
 - специфическая
 - Экстренная пассивная иммунизация
 - Экстренная активная иммунизация



СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

- Основу профилактики кори составляет вакцинация детей.
- С этой целью применяют коревую вакцину из аттенуированных штаммов (Л-16) или ассоциированные вакцины (против кори, краснухи и паротита) – MMRII, приорикс.
- Вакцинацию проводят подкожно в возрасте 12 месяцев, ревакцинацию в 6 лет перед школой.

■ В очаге инфекции проводят пассивную профилактику нормальным человеческим иммуноглобулином. Препарат эффективен при введении не позднее 7-го дня инкубационного периода.



■ *Спасибо за внимание*



MyShared

Ветряная оспа



MyShared

- **Ветряная оспа** (Varicella-Zoster virus, VZV) - инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой и сыпью на коже и слизистых оболочках в виде мелких пузырьков с прозрачным содержимым.
- **Возбудитель** - вирус группы герпеса (идентичен возбудителю опоясывающего герпеса - herpes zoster). Вирус летуч, во внешней среде неустойчив, для животных не патогенен.



- **Вирус ветряной оспы** принадлежит к семейству герпесвирусов. Несмотря на то, что описание инфекции было известно еще в античные времена, а инфекционная природа заболевания была доказана еще в 1875 г., сам вирус был выделен лишь в 1958 г. Вирус ветряной оспы поражает только человека. Помимо самой ветряной оспы вирус вызывает опоясывающий лишай (т.н. герпес зостер).
- Это один из самых заразных вирусов в природе. Если в коллективе заболевает кто-то один, вероятность того, что переболеют все остальные, около 95% (правда, это не касается тех, кто перенес ветрянку раньше). При этом вирус может перелетать не только из одной комнаты в другую, но и с одного этажа на другой.



Эпидемиология

- Источник инфекции — больной человек, представляющий эпидемическую опасность с конца инкубационного периода и до отпадения корочек. Возбудитель распространяется воздушно-капельным путём. Заболевают в основном дети в возрасте от 6 месяцев до 7 лет. Взрослые болеют ветряной оспой редко, поскольку обычно переносят её ещё в детском возрасте.
- У лиц с тяжелым иммунодефицитом различной этиологии (в редком случае при ВИЧ-инфекции и у пациентов после пересадки органов; часто при акклиматизации, снижении иммунитета, вызванном сильным стрессом)
- Восприимчивость к В. о. высокая. Чаще болеют дети дошкольного и младшего школьного возраста. Дети в возрасте до 2 мес. и взрослые болеют редко.
Наибольшая заболеваемость приходится на осенне-зимний период.) возможно повторное заражение.



Симптомы

- **Заболевание** обычно начинается остро с повышения температуры, почти одновременно появляется **сыпь** на коже, волосистой части головы и слизистых оболочках. Высыпание происходит в течение 3—4 дней, иногда дольше. Первичный элемент сыпи — мелкое **пятно** или папула (**узелок**), которые очень быстро (через несколько часов) превращаются в везикулу (пузырек) с гиперемией вокруг нее (**рис.**). Ветряночные пузырьки круглой формы располагаются на неинфильтрированной коже, через 1—3 дня лопаются, подсыхают. Подсыхание пузырька начинается с центра, затем он постепенно превращается в плотную корочку, после отпадания которой рубцов не бывает. Поскольку ветряночные элементы появляются не все сразу, а с промежутками в 1—2 дня, на коже одновременно можно видеть элементы высыпаний на разных стадиях развития (пятно, узелок, пузырек, корочка) — так называемый **полиморфизм** сыпи. Иногда **болезнь** начинается с короткой продромы (субфебрильной температуры, ухудшения самочувствия). Перед высыпанием ветряночных элементов, а чаще в период максимального их **высыпания** может появиться скарлатино- или кореподобная сыпь.





Высыпания на коже при ветряной оспе: папулы, свежие и подсыхающие пузырьки (везикулы), окруженные зоной гиперемии.

- Различают типичные (легкая, среднетяжелая и тяжелая) и атипичные формы В. о. При легкой форме общее состояние больного удовлетворительное. Температура иногда бывает нормальной, но чаще субфебрильной, редко превышает 38°. Высыпания на коже не обильные, на слизистых оболочках — в виде единичных элементов. Длительность высыпания 2—4 дня. Для среднетяжелой формы характерны небольшая интоксикация, повышенная температура, довольно обильные высыпания и зуд. Длительность высыпания 4—5 дней. По мере подсыхания везикул нормализуется температура и улучшается самочувствие ребенка. Тяжелая форма характеризуется обильной сыпью на коже и слизистых оболочках рта, глаз, половых органов. Температура высокая, наблюдаются рвота, отсутствие аппетита, плохой сон, беспокойство ребенка в связи с сильным зудом. Длительность высыпания 7—9 дней.



- **Лечение.** Больных лечат обычно дома; госпитализируют только детей с тяжелыми или осложненными формами В. о. Необходим тщательный гигиенический **уход**, направленный на предупреждение вторичной инфекции (ежедневные **ванны** со слабым раствором перманганата калия, проглаживание нательного белья). Элементы сыпи смазывают 1—2% водным раствором перманганата калия или 1—2% водным или спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Обязательно **полоскание** рта после еды. При появлении гнойных осложнений показаны **антибиотики**.

Последствия: После болезни остается — единичные рубчики на месте лопнувших пузырьков. Они сохраняются довольно долго (чем человек старше и чем тяжеле е болезнь — тем дольше) и полностью проходят лишь спустя несколько месяцев, а иногда остаются на всю жизнь (например, если их расцарапать). Кроме того, человек становится пожизненным носителем вируса герпеса, он сохраняется в клетках нервной ткани и при снижении защитных сил организма, стрессах, может проявиться в виде опоясывающего лишая

- **Лечение.** Больных лечат обычно дома; госпитализируют только детей с тяжелыми или осложненными формами В. о. Необходим тщательный гигиенический **уход**, направленный на предупреждение вторичной инфекции (ежедневные **ванны** со слабым раствором перманганата калия, проглаживание нательного белья). Элементы сыпи смазывают 1—2% водным раствором перманганата калия или 1—2% водным или спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Обязательно **полоскание** рта после еды. При появлении гнойных осложнений показаны **антибиотики**.

Последствия: После болезни остается — единичные рубчики на месте лопнувших пузырьков. Они сохраняются довольно долго (чем человек старше и чем тяжеле е болезнь — тем дольше) и полностью проходят лишь спустя несколько месяцев, а иногда остаются на всю жизнь (например, если их расцарапать). Кроме того, человек становится пожизненным носителем вируса герпеса, он сохраняется в клетках нервной ткани и при снижении защитных сил организма, стрессах, может проявиться в виде опоясывающего лишая.



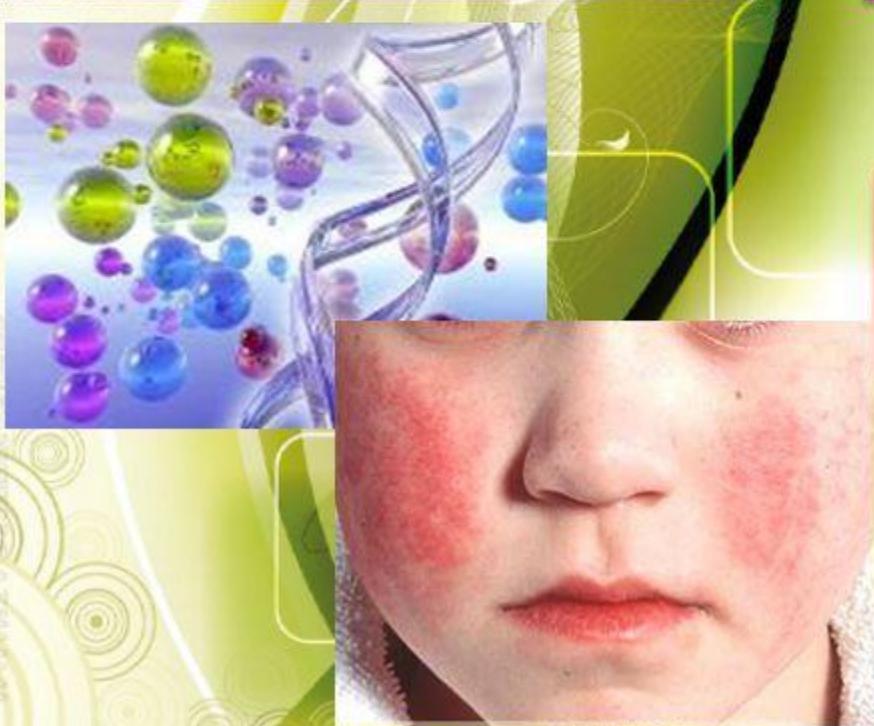
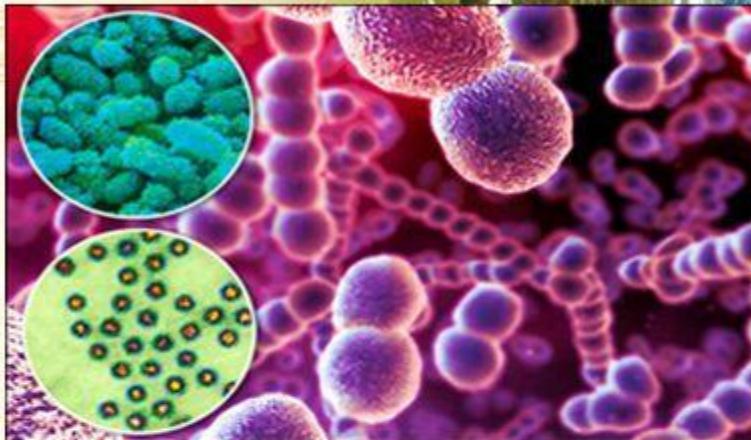
- **Вакцинация**: Все доступные в настоящий момент коммерческие вакцины содержат ослабленный живой вирус штамма Oka. Многочисленные вариации этого штамма опробованы и зарегистрированы в Японии, Южной Корее, США и нескольких европейских странах. Оптимальный возраст для вакцинации - 12-24 мес. В США прививают дважды, с интервалом 4-8 недель, прививка также рекомендована для подростков 13 лет и старше. В большинстве других стран ограничиваются однократной прививкой. Такая разница в схемах применения вакцин вызвана различной их дозировкой.
- В ответ на вакцинацию около 95% детей вырабатывают антитела и 70-90% будут защищены от инфекции, по меньшей мере, на 7-10 лет после вакцинации. Согласно данным японских исследователей (Япония - первая страна, в которой была зарегистрирована вакцина), иммунитет длится 10-20 лет. Можно с уверенностью говорить о том, что циркулирующий вирус способствует "ревакцинации" привитых, увеличивая длительность иммунитета.
- Помимо чисто профилактических показаний, вакцина может быть использована для экстренной профилактики инфекции - если прививка сделана не позже 3-го дня после вероятного контакта с источником, не менее чем в 90% случаев удается предотвратить инфекцию.
- **Вакцины для профилактики ветряной оспы:**
- **Вакцина «Окавакс», Бикен (Biken Institute), (Дистрибутор - Авестис Пастер)**
- **Вакцина «Варилпикс», GlaxoSmithKline**

Скарлатина



Скарлатина

характеризующееся лихорадкой, интоксикацией, ангиной и обильной точечной сыпью



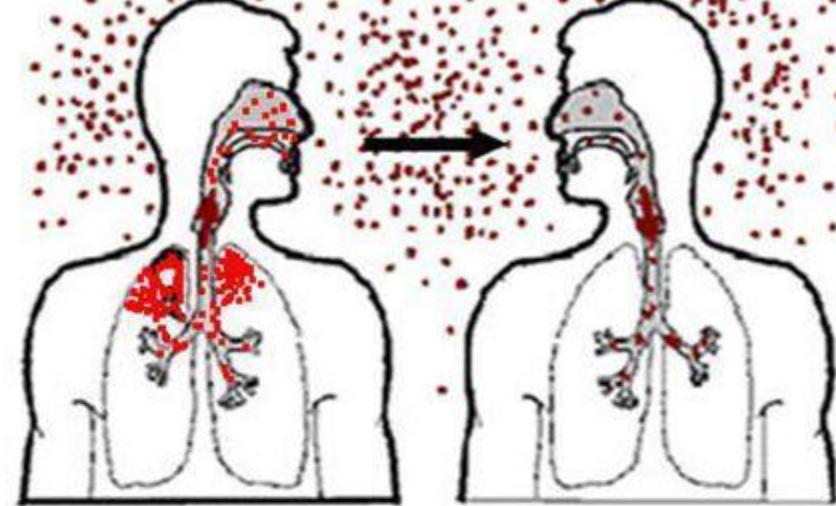
Возбудителем скарлатины является стрептококк группы А, который также может вызывать поражения почек (гломерулофит), ангину, хронический тонзиллит, ревматизм и другие болезни

Скарлатина возникает в том случае, если в момент заражения стрептококком к нему отсутствует иммунитет

Источник инфекции

больной скарлатиной, ангиной или «здоровый» носитель стрептококков

Инфекция передается воздушно-капельным путем (при чихании, с поцелуями и т.п.). Кроме того, заразиться скарлатиной можно через продукты питания, общую посуду, одежду или просто подержавшись за ручку двери, которую до этого распахнул совершенно здоровый на вид носитель инфекции



Как заподозрить скарлатину?

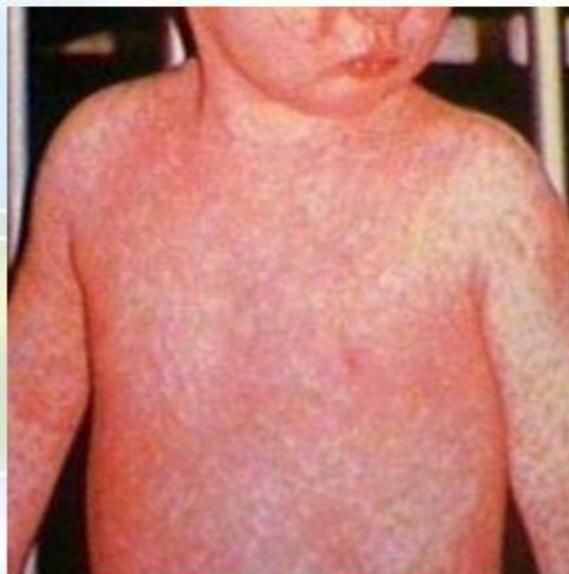
Скарлатина имеет весьма
характерные признаки



ангина

изменения
на языке

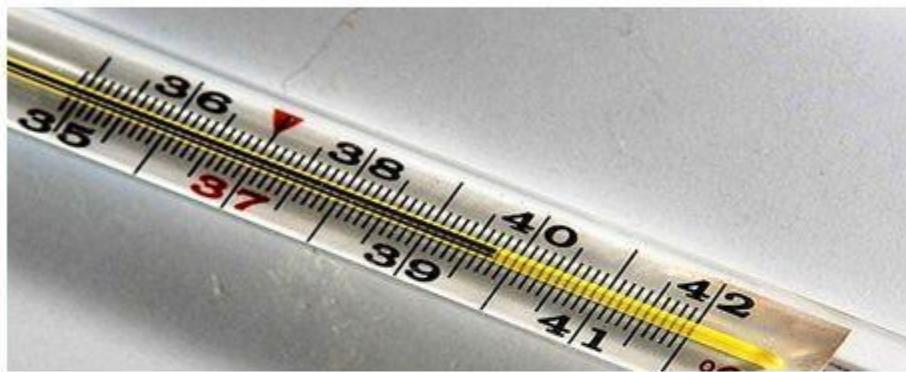
сыпь



Как проявляется?

Скарлатина начинается остро: с резкого подъема температуры до 39° С. Ребенок жалуется на головную боль, тошноту, выраженное недомогание, сильную боль при глотании.

В конце первых начале вторых суток появляется мелкая, зудящая сыпь, которая за несколько часов покрывает практически все тело. Важный признак скарлатины — сгущение сыпи в видетемно-красных полос на кожных складках в местах естественных сгибов — в паховых складках, подмыщечных впадинах, локтевых сгибах. На ощупь кожа очень сухая и напоминает наждачную бумагу



Если заглянуть в рот больного, то можно увидеть ярко-красную воспалённую слизистую, гнойные налёты на нёбных миндалинах и малиновый язык с резко увеличенными сосочками. Такое состояние горла врачи характеризуют выражением «пылающий зев».



На лице сыпь располагается на щеках, в меньшей степени — на лбу и висках, в то время как носогубный треугольник остается бледным и свободным от элементов сыпи (характерный признак скарлатины)



Через 3-5 дней кожа бледнеет и начинается сильное шелушение, особенно выраженное на ладошках ребенка: кожа с них снимается как перчатки.



Осложнения

Лимфаденит (поражение лимфатических узлов)

Гнойный отит (воспаление уха)

Аллергическое заболевание почек - гломерулонефрит

Артрит, синовит – воспаление суставов

Аллергический миокардит – поражение сердца

Пневмония (воспаление легких)

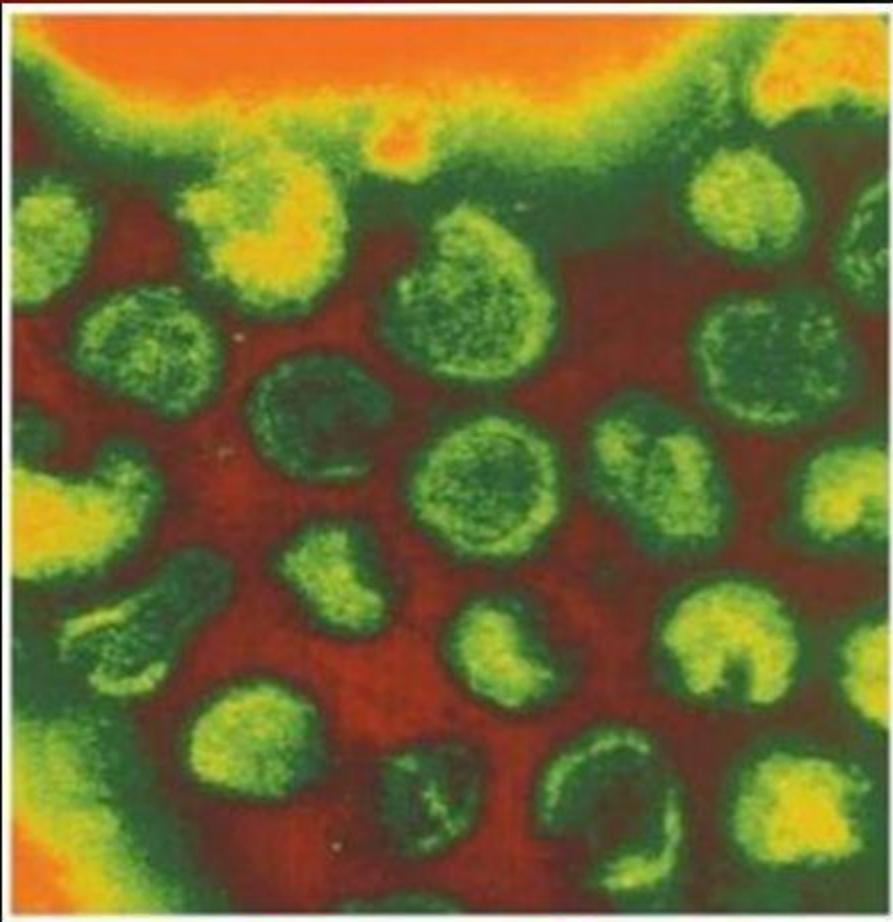
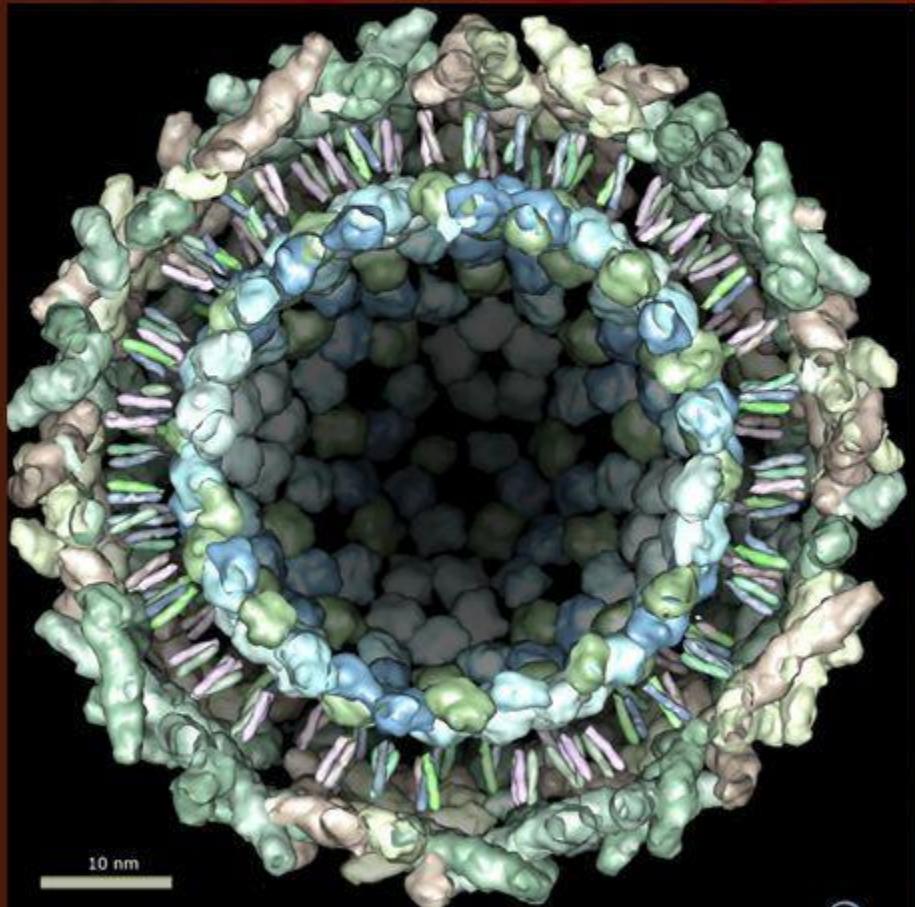
Диагностика и лечение

Диагноз выставляется на основании данных о контакте с больным скарлатиной, ангиной, при наличии характерной сыпи и поражения горла. Лечение обычно проводится на дому. Детей с тяжелыми и осложненными формами скарлатины госпитализируют.

В течение 7-10 дней необходимо соблюдать постельный режим. Для подавления роста стрептококка применяют антибиотики 10-дневным курсом. Кроме того, назначают полоскания горла раствором фурациллина, настоями ромашки, календулы, эвкалипта. Также применяются противоаллергические средства, витамины



Краснуха



MyShared

Краснуха – острая вирусная антропонозная инфекция

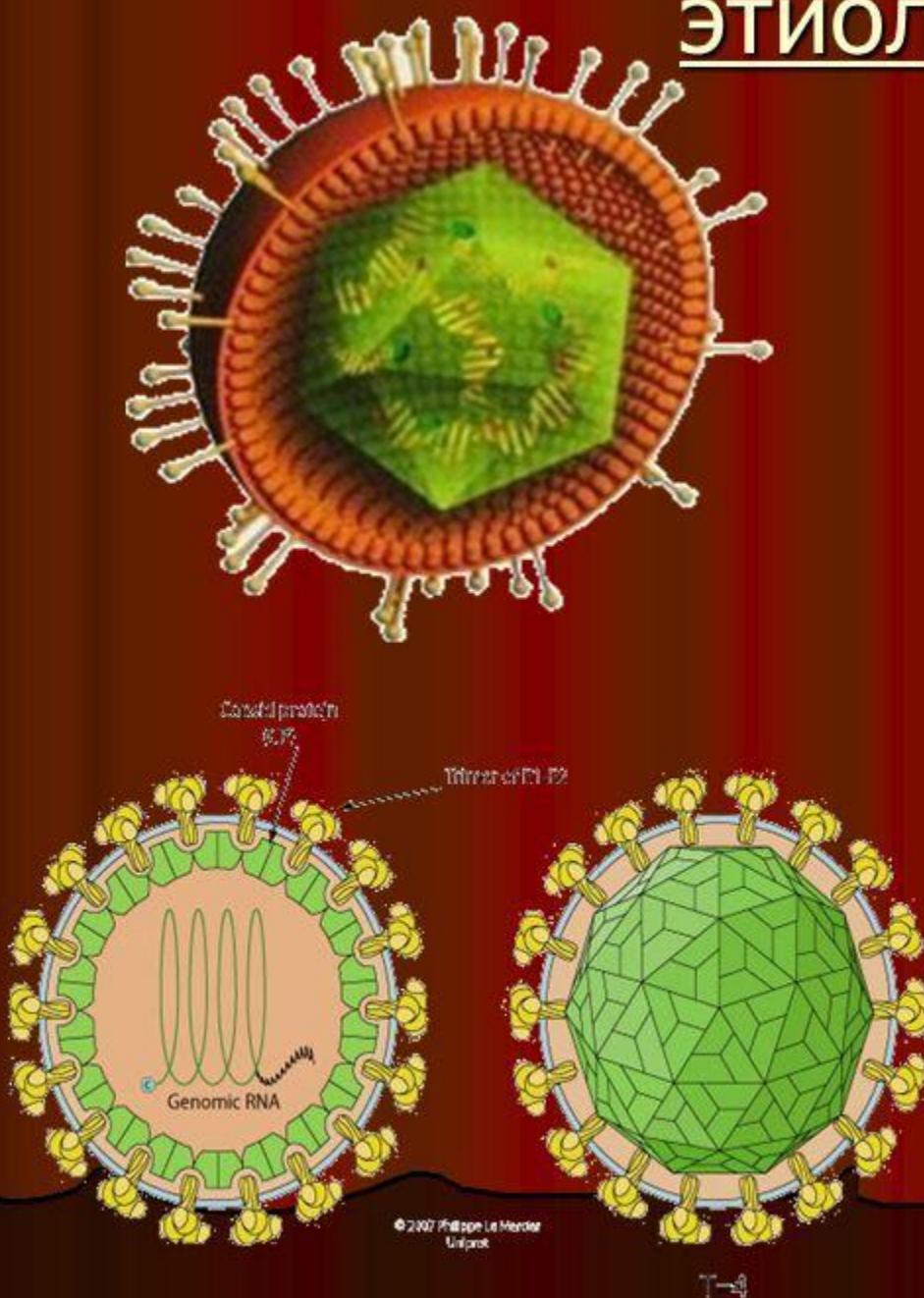
Проявляющаяся:

- Увеличением лимфатических узлов
- мелкопятнистой сыпью,
- умеренной лихорадкой,
- Тератогенным действием на плод у беременных.



ЭТИОЛОГИЯ

- Вирус краснухи входит в семейства Togaviridae, рода Rubivirus.
- Вирус краснухи не относится к АРБОВИРУСАМ, т.к. передается воздушно-капельным путем.
- Вирус имеет сферическую форму, диаметром 50-70 нм.
- Это сложный РНК-геномный вирус.
- Геном представлен линейной однонитевой +РНК молекулой.
- Она заключена в капсид икосаэдрической симметрии, состоящей из С-белка.
- Нуклеокапсид окружен липидным бислоем – суперкапсидом.
- Неустойчив к нагреванию, ультрафиолетовому излучению, дезинфектантам.
- Устойчив к замораживанию.
- Тератогенен.



Антигены

- Внутренний (сердцевидный) – комплементсвязывающий нуклеопротеин, ассоциированный с капсидом.
- Наружный АГ – гемаглютинин связан с суперкапсидом.



Классификация

Приобретенная краснуха:

- Типичная форма. Протекает с типичными клиническими проявлениями болезни. По степени тяжести выделяют: легкой степени тяжести, средней степени тяжести и тяжелую краснуху.
- Атипичная форма (без сыпи). Протекает легко, без экзантемы. Характеризуется легким катаральным воспалением верхних дыхательных путей и умеренно выраженной лимфаденопатией. Облегчает диагностику этой формы выявление в эпидеанамнезе контакта с больным краснухой.
- Иннапарантная (субклиническая). Протекает бессимптомно. Диагностируется только лабораторно путем обнаружения нарастания титра противокраснушных антител.

Классификация

Врожденная краснуха:

Развивается при внутриутробном заражении. Может развиться и после бессимптомной (иннапарантной) краснухи у матери.

Характеризуется триадой Грэгга:

- 1 – поражения органов зрения;
- 2 – патология органов слуха;
- 3 – врожденные пороки сердца.



Эпидемиология

- Источник инфекции - человек с клинически выраженной или бессимптомно протекающей. Большое эпидемиологическое значение имеют дети с врожденной краснухой, в организме которых вирус может сохраняться до 1,5 года и более, а также больные скрытой формой инфекции, которых среди взрослых в 6 раз больше, чем больных.
- Инкубационный период составляет 11-23 дня.
- Пути передачи - воздушно-капельный и вертикальный (от матери к плоду).
- Источником инфекции является больной краснухой. Человек заразен в последнюю неделю ИП и в первую неделю болезни.
- Вирус выделяется из организма больного с секретом слизистой оболочки верхних дыхательных путей (максимум за сутки до появления клинических симптомов заболевания).
- Вирус можно обнаружить в моче и испражнениях больных, однако пищевой и бытовой пути передачи существенного эпидемиологического значения не имеют.
- Преимущественно болеют дети в возрасте от 2-х до 15 лет
- Дети первого полугодия жизни невосприимчивы к краснухе, т.к. приобретают пассивный иммунитет от матери.

Патогенез

В случае приобретенной инфекции:

- Входные ворота - слизистые оболочки верхних дыхательных путей,
- Затем вирус проникает в лимфатические клетки шейных, заушных и затылочных узлов.
- В начале ИП (10-24 дней) происходит первичная репродукция и накопление вируса в регионарных лимфатических узлах (лимфаденопатия).
- В конце ИП возникает вирусемия, гематогенно вирус разносится по всему организму и обнаруживается в это время в моче и в кале.
- Возбудитель обладает дермато- и лимфотропизмом. Из носоглотки он начинает выделяться уже за 7 - 10 дней до начала периода высыпаний.
- Сыпь появляется у детей обычно в первый день болезни на лице и шее и распространяется по всему телу. Через 3-4 дня она бесследно исчезает.
- С появлением вируснейтрализующих антител (1 - 2-й день высыпаний) выделение его прекращается. В начале накапливается IgM, затем IgG. Но возможно обнаружение вируса в носоглоточной слизи ещё в течение недели.

Патогенез

Патогенез поражений плода при врожденной краснухе обусловлен двумя моментами: хроническим характером инфекции и блокировкой процессов митоза:

- В период вирусемии у беременных матерей в значительной части случаев (70-90%) происходит заражение плода . Размножение вируса, начавшееся в организме плода, часто продолжается до родов и после рождения. В некоторых случаях такой инфекции развиваются выраженные уродства (тератогенное действие). Первичным механизмом, при котором вирус вызывает врожденные аномалии, является подавление митозов, ведущее к нарушениям роста и дифференцирования тканей.
- При внутриутробном заражении плода в первые 2 месяца беременности развивается характерная триада Грега: катаракта , глухота (дегенерация улитки) и врожденные пороки сердца.
- В ряде случаев поражения плода могут привести к его гибели (самопроизвольные ранние и поздние аборты, мертворождения).



Эпидемиология

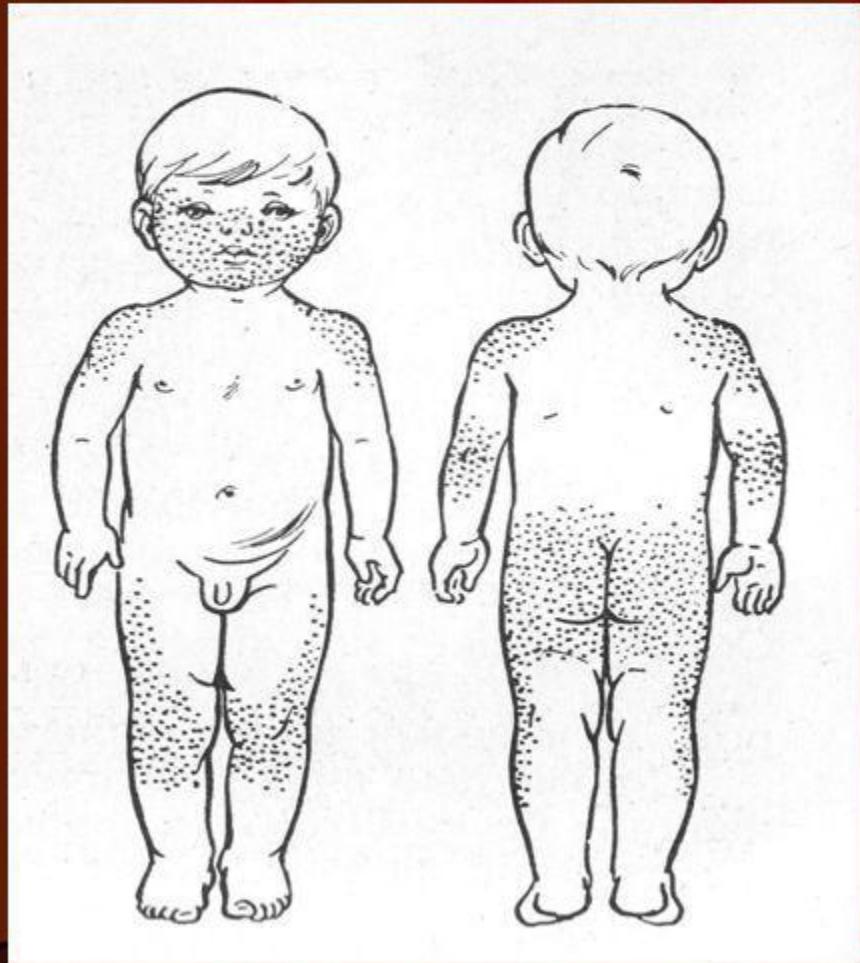
- **Источник инфекции** - человек с клинически выраженной или бессимптомно протекающей. Большое эпидемиологическое значение имеют дети с врожденной краснухой, в организме которых вирус может сохраняться до 1,5 года и более, а также больные скрытой формой инфекции, которых среди взрослых в 6 раз больше, чем больных.
- **Инкубационный период** составляет 11-23 дня.
- **Пути передачи** - воздушно-капельный и вертикальный (от матери к плоду).
- **Источником инфекции** является больной краснухой. Человек заразен в последнюю неделю ИП и в первую неделю болезни.
- Вирус выделяется из организма больного с секретом слизистой оболочки верхних дыхательных путей (максимум за сутки до появления клинических симптомов заболевания).
- Вирус можно обнаружить в моче и испражнениях больных, однако пищевой и бытовой пути передачи существенного эпидемиологического значения не имеют.
- Преимущественно болеют дети в возрасте от 2-х до 15 лет
- Дети первого полугодия жизни невосприимчивы к краснухе, т.к. приобретают пассивный иммунитет от матери.



Локализация сыпи при краснухе

Сыпь имеет вид ярко-розовых пятен, не сливающихся друг с другом.

Локализуется сначала на лице и шее,
затем распространяются по всему телу.



Иммунитет

- После перенесенного заболевания формируется стойкий, пожизненный гуморальный иммунитет

Лабораторная диагностика

- Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений при типичном течении краснухи.
- Лабораторные исследования проводят при атипичных формах заболевания или для уточнения диагноза у беременных и у новорожденных детей.



Лабораторная диагностика

Вирусологические исследования:

Материал: носоглоточное отделяемое и кровь, взятые до появления сыпи.

- При подозрении на врожденную краснуху исследуют также мочу, кал и секционный материал.
- Для идентификации используют РТГА, РН ЦПД, непрямой ИФ-метод, реакцию радиального гемолиза.

Серологический метод – направлен на выявление вирусоспецифических сывороточных антител.

- Применяются РТГА, РСК, ИФА и РИА с парными сыворотками.
- Выявление преимущественно IgG – говорит о перенесенном заболевании, а IgM- свидетельствует о текущем заболевании.

Молекулярно-генетические методы:

- Применяют полимеразную цепную реакцию (ПЦР), главным образом при исследовании секционного материала.



Специфическая профилактика



Специфическая профилактика

Для специфической профилактики используют живые и убитые вакцины.

В России используются:

- Комбинированные живые вакцины против кори, краснухи и паротита «ММР» (США) и «Приорикс» (Франция)
- Краснушная живая моновакцина «Рудивакс» (Франция)

Проводят плановую вакцинацию детей в 12-15 мес, ревакцинацию в 6 лет, обычно «ММР».

Девочек дополнительно иммунизируют в возрасте 12-14 лет при отсутствии у них антител к вирусу краснухи.



Эпидемический паротит

Определение:

- **Эпидемический паротит** – острое вирусное заболевание с аэрозольным механизмом передачи, сопровождающееся интоксикацией и поражением железистых органов (преимущественно слюнных), а также нервной системы.
- Паротитная инфекция, именуемая также эпидемическим паротитом, а в популярной литературе - свинкой, заушницей - вирусная болезнь, поражающая преимущественно детей в возрасте от 5 до 15 лет.

Этиология:

- Возбудитель паротитной инфекции – РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству *Paramyxoviridae*. Обладает гемагглютинирующей, нейраминидазной и гемолитической активностью.
- Вирус жизнеспособен при 20° С в течении 4-6 суток, при температуре 4° С – до 1 месяца. Чувствителен к ультрафиолетовому облучению, воздействию 2% формалина, в 1% растворе лизола гибнет через 5 минут.

Эпидемиология:

- *Резервуар и источник инфекции* – человек с манифестной или субклинической формой болезни. Период заразительности начинается за 2 дня до появления клинических симптомов и длится до 6-9 дней от начала заболевания. Важное значение в передаче инфекции играют больные с бессимптомным течением заболевания, до 50% всех случаев.
- *Механизм передачи* – аэрозольный.
- *Путь передачи* – воздушно-капельный.
- Нельзя исключить контактный механизм передачи (через игрушки, загрязненные слюной больного ребенка).
- Возможна трансплацентарная передача инфекции.

Эпидемиология 1:

- *Естественная восприимчивость* – высокая.
- *Постинфекционный иммунитет* – длительный и стойкий.
- *Основные эпидемические признаки:*
 - болезнь распространена повсеместно,
 - подъемы заболеваемости каждые 7-8 лет.
 - лица мужского пола болеют чаще и тяжелее.
 - в детских учреждениях заболевание протекает в виде вспышек.

Патогенез:

- Воротами инфекции служат слизистые оболочки верхних дыхательных путей, где и происходит репродукция вируса. После чего начинается вирусемия, гематогенным путем вирусные частицы разносятся по всему организму. Учитывая тропность вируса к железистой и нервной ткани, попадание и последующая репродукция вируса происходит в **слюнных железах, яичках, поджелудочной железе, щитовидной железе, яичках** и в нервной системе.
- В результате в перечисленных органах возникает воспаление с выраженным отеком. Следствием тяжелых осложнений со стороны яичек и поджелудочной железы может быть их атрофия.
- При поражении нервной системы могут наблюдаться серозные менингиты и менингоэнцефалиты.

Клиническая картина 1:

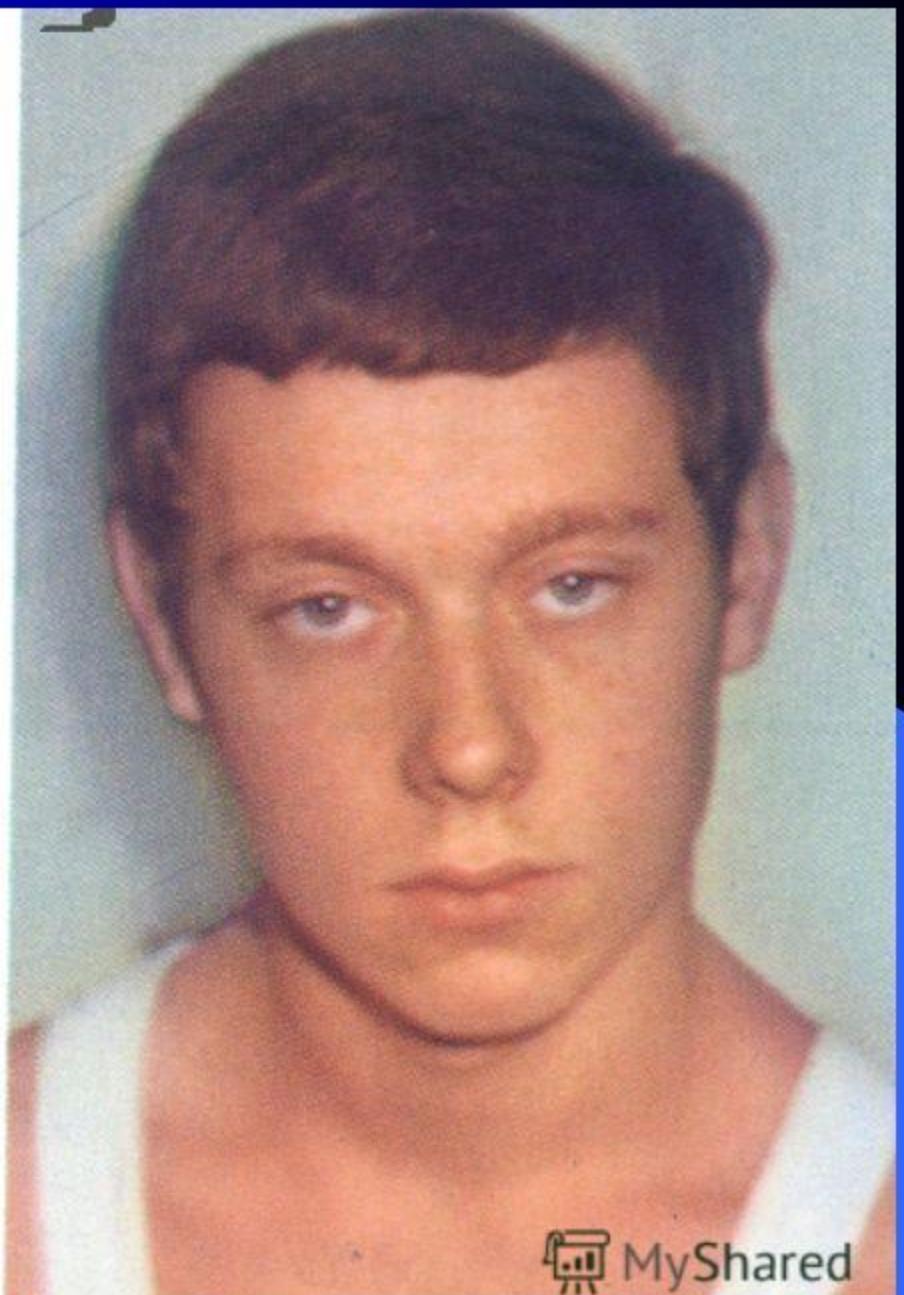
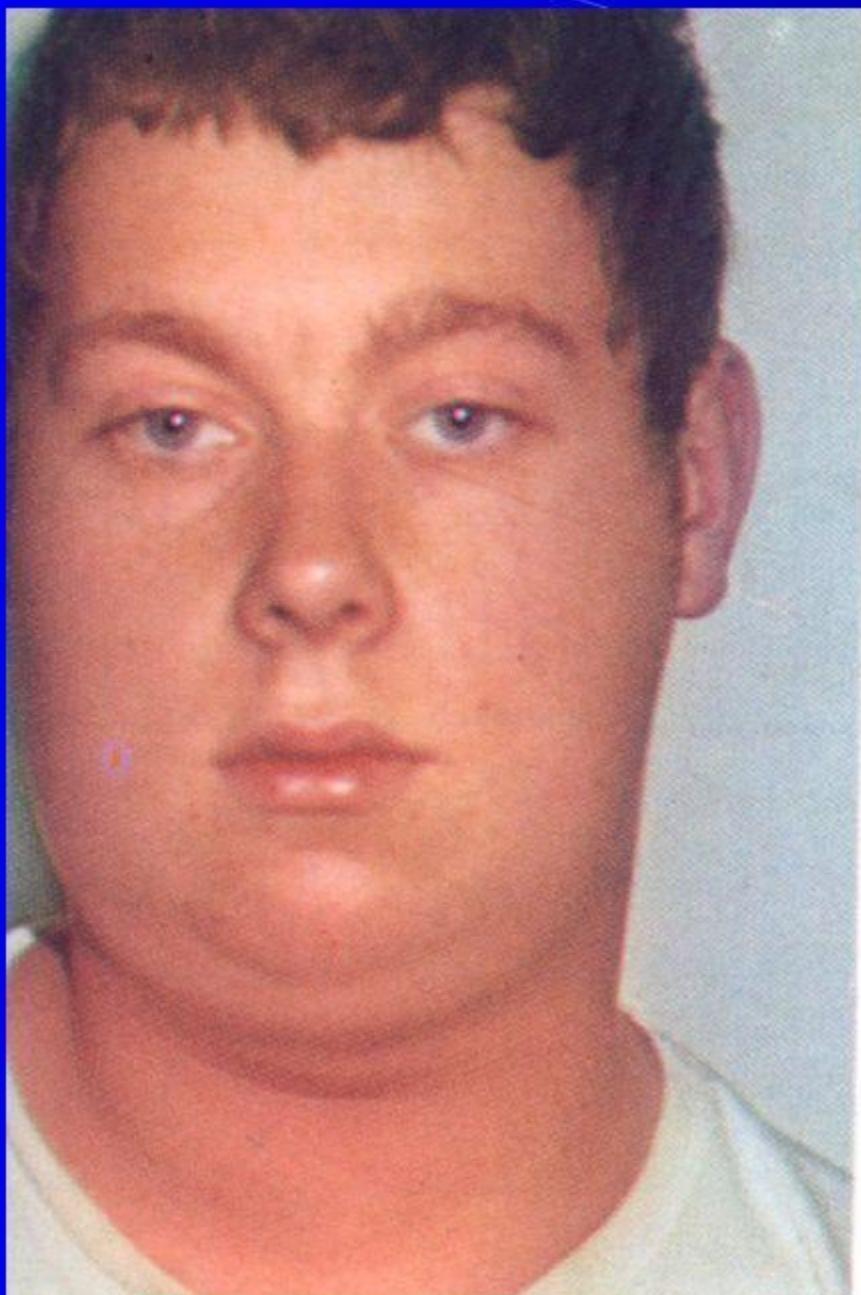
- Поражение околоушных слюнных желез – первый признак болезни. Этот характерный процесс у большинства больных (у 70%) отмечен уже в первый день болезни. Появляется припухлость и болезненность в области околоушных желез сначала с одной, а затем - с другой стороны. Положительный симптом Мурсу (см ниже); положительный симптом Филатова – выраженная болезненность при надавливании позади мочки уха. Одностороннее поражение нами отмечено у 16,9% больных двустороннее - наблюдалось у 79,7%. Область увеличенной железы болезненна при пальпации, мягкотестовой консистенции. В процесс могут вовлекаться и другие слюнные железы - подчелюстные и подъязычные. При вовлечении в патологический процесс подчелюстных слюнных желез отек клетчатки может распространяться на шею, и грудь. Отечность лучше видна при повороте головы больного в противоположную сторону. Больных беспокоит болезненность при жевании, уменьшается слюноотделение, ощущается сухость во рту, изредка наблюдается рефлекторный тризм. Увеличение слюнной железы прогрессирует и достигает максимума в течение 3-х дней. Припухлость держится 2-3 дня и затем постепенно в течение 7- 10 дней уменьшается.

Симптом Мурсу

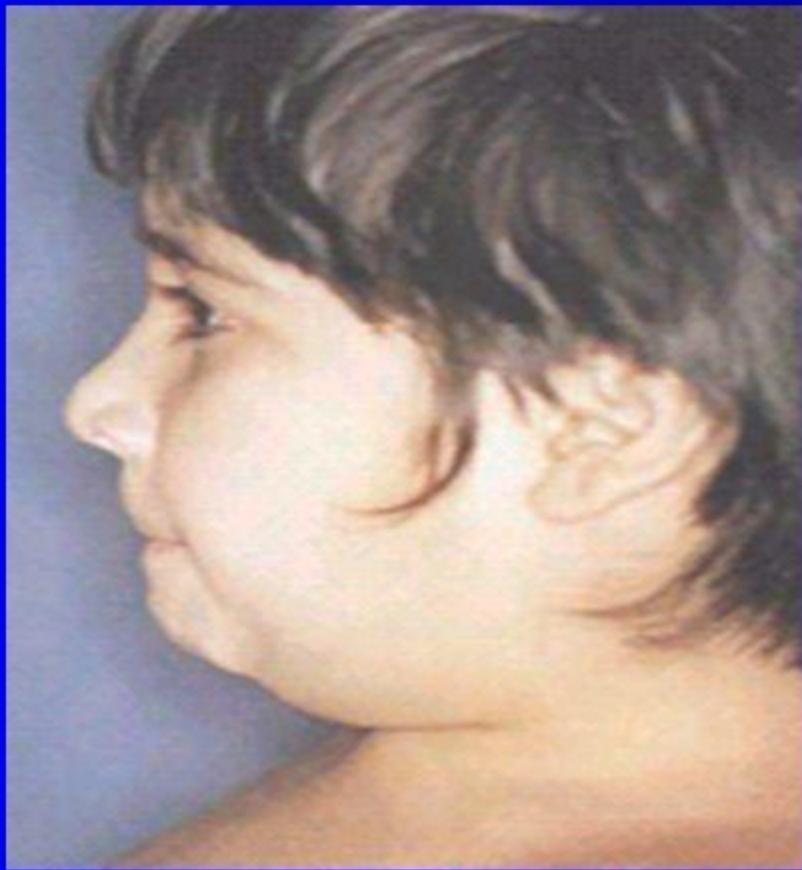
(дифференциально-диагностический признак)



- Диагностическое значение имеет симптом Мурсу—краснота и припухлость на слизистой оболочке щек в области выводного протока пораженной околоушной железы.



MyShared



Клиническая картина 2:

- Существенных изменений со стороны внутренних органов при изолированных формах эпидемического паротита обычно не отмечается. У некоторых больных выявляется брадикардия, приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке, гипотония.
- Различают легкое, среднетяжелое, тяжелое и стертое течение болезни.
- Поражения различных органов и систем, обусловленные вирусом эпидемического паротита, следует рассматривать как проявление собственно болезни.
- Среди основных поражений, кроме слюнных желез, у взрослых ведущее место занимает орхит, который у мальчиков до 14 лет наблюдается очень редко. Частота развития данного поражения у взрослых, по данным разных авторов, колеблется в больших пре

делах: от 10,9% (В.Н.Реморов, 1961) до 54,2% (В.А.Постовит, 1982).

Состояние больных при этом резко ухудшается, повышается температура тела до 39-40 С, возникают боли в мошонке или яичке, нарастают явления интоксикации: головная боль, озноб, возможна рвота. Яичко увеличивается в размерах, становится болезненным и плотным. Обычно поражается одно яичко однако наблюдается и двусторонний орхит. Выраженные признаки орхита держатся, как правило, не более 3-5 дней, после чего клинические проявления идут на убыль и уже к 10-15-му дню болезни они исчезают.



Клиническая картина 3:

- При поражении поджелудочной железы наблюдается повышение температуры тела, отмечаются боли в верхней части живота, у некоторых больных они распространяются на левое и правое подреберье и носят опоясывающий характер. Наблюдаются также снижения аппетита, тошнота, рвота. Изредка при выраженному болевому синдроме возникает картина острого живота. Но в целом течение панкреатита при данной инфекции имеет доброкачественный характер и через 5-10 дней заканчивается выздоровлением. Латентно протекающий панкреатит выявляется с помощью лабораторных методов диагностики. Повышение активности а-амилазы крови является кратковременным, поэтому большее значение придается исследованию фермента в моче.
- Ввиду тропности возбудителя к нервным клеткам при эпидемическом паротите часто поражается центральная нервная система. Наблюдающиеся при этой болезни серозные менингиты и менингоэнцефалиты характеризуются повышением температуры тела, резкой головной болью, рвотой и положительными менингеальными симптомами. У отдельных больных вследствие отека и набухания вещества головного мозга в первые дни паротитного менингита могут возникнуть энцефалитические реакции: нарушения сознания, судороги, бред, психомоторное возбуждение. Вместе с тем, течение менингита обычно доброкачественное.

Диагностика:

- Диагностика эпидемического паротита основана на:
 - эпидемиологическом анамнезе,
 - клинической картине,
 - лабораторных данных,
 - данных дополнительных методов обследования.

Диагностика 1:

- Изменения в общем анализе крови незначительны, чаще в виде лейкопении, относительного лимфо-моноцитоза.
- Изменения со стороны мочевыделительной системы кратковременны и проявляются лихорадкой альбуминурией и лейкоцитурией.
- Специфическая лабораторная диагностика в повседневной врачебной практике не применяется, но в тяжелых диагностических случаях используются различные серологические реакции по определению специфических антител (ИФА, РСК, РТГА и др.)
- Для диагностики панкреатита используется определение активности амилазы и диастазы в крови и в моче.

Дифференциальная диагностика:

- Эпидемический паротит следует дифференцировать с гнойным поражением слюнных желез, камнем стенонова протока, вследствии чего происходит обтурация выводного протока, паратонзиллярным абсцессом, инфекционным мононуклеозом, дифтерией и тд.

Лечение:

- Комплекс терапевтических мероприятий для больных с поражением только слюнных желез включает соблюдение постельного режима, обеспечение соответствующего питания, назначение симптоматических средств, витаминов, индометацина (НПВС), как противовоспалительного и анальгезирующего средства, полоскание полости рта, физиотерапевтические процедуры в течение 5 дней.
- При возникновении орхита проводимую терапию дополняет назначение глюкокортикоидов (преднизолон). В отечественной и зарубежной литературе нет единого подхода: мнения расходятся от отсутствия необходимости применения гормональной терапии или назначение начальной суточной дозы не более 30 мг преднизолона до применения более высоких доз – 60-80 мг в сутки. Наилучший эффект достигается при применении преднизолона в начальной дозе 60-80 мг в сутки коротким курсом – 5 –6 дней, иногда больше.

Лечение 1:

- При развитии панкреатита больные в первые сутки должны голодать, ограничивается питьем жидкости (1-1,5 л). В последующие дни диета расширяется. Вместе с инфузионной дезинтоксикационной терапией внутривенно вводятся ингибиторы протеолитических ферментов (контрикал, трасилол, гордокс).
- При подозрении на паротитный менингит всем больным производится лумбальная пункция, которая имеет не только диагностическое, но и лечебное значение: у больных уменьшается головная боль, улучшается общее самочувствие. Проводится общепринятая при подобной патологии дезинтоксикационную и дегидратационную терапию. Преднизолон применяется только при тяжелом течении менингита. Развития менингоэнцефалитов паротитной этиологии крайне редко, но в подобных случаях назначение глюкокортикоидных гормонов обязательно.

Лечение 2:

- В последние годы при лечении больных паротитной инфекцией, особенно в педиатрии, стали применять препараты интерферонового ряда. Это вполне оправданно, т.к. интерфероны (ИФН) как естественные факторы неспецифической защиты и медиаторы иммунитета обладают довольно широким спектром действия. В настоящее время в основном применяют препараты рекомбинантного ИФН-а – Виферон, Анаферон и тп.

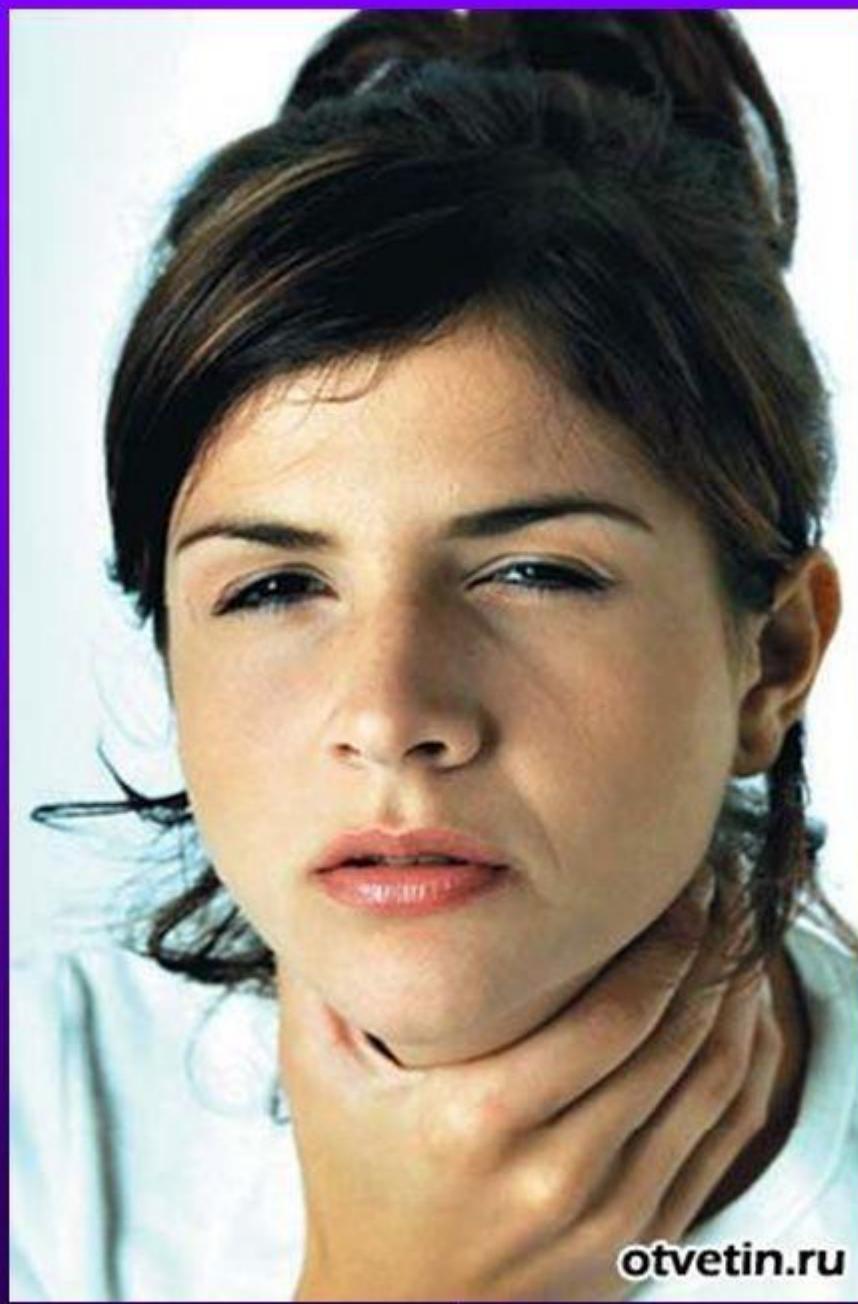
Продолжительность курса около 5 суток.

Профилактика:

- Неспецифическая профилактика проводится преимущественно в детских коллективах и основывается в соблюдении общегигиенических правил.
- Специфическая профилактика заключается в проведении вакцинации живой паротитной вакциной. Прививкам подлежат все дети в 12 месяцев с ревакцинацией в 6 лет

Инфекционный мононуклеоз

- (*monopucleosis infectiosa*, болезнь Филатова, ангина моноцитарная, лимфобластоз доброкачественный) – острое вирусное заболевание, которое характеризуется лихорадкой, поражением зева, лимфатических узлов, печени, селезенки и своеобразными изменениями состава крови.



otvetin.ru

 MyShared

Эпидемиология

- Источником инфекции являются больной человек, в том числе со стертыми формами болезни, и вирусоноситель.
- От больного человека к здоровому возбудитель передается воздушно-капельным путём, чаще всего со слюной (например, при поцелуе, отсюда название «поцелуйная болезнь», при использовании общей посуды, белья, постели и т. п.), возможна передача инфекции при переливании крови.
- Заражению способствуют скученность и тесное проживание больных и здоровых людей, поэтому нередки вспышки заболевания в общежитиях, интернатах, лагерях, детских садах.

Инкубационный период

- может достигать до 21 дня, обычно составляет около недели. Период болезни до двух месяцев



Симптомы

- слабость
- слизь в легких
- частые головная боль, мигрень, головокружения
- боль в мышцах и суставах (чаще всего от оказываемого давления со стороны образовавшей узлы лимфы; чем больше узел, тем большее давление может оказываться на нервные окончания)



310



- *повышение температуры тела* (как следствие - повышенное потоотделение)
- *боли в горле при глотании* (ангина)
- *воспаление и увеличение лимфатических узлов* (без медикаментозного вмешательства в течение болезни на протяжении длительного периода времени (несколько месяцев/ лет) наблюдается не только качественное увеличение уже воспаленных лимфоузлов, но и увеличение их числа , например, вялотекущее преобразование одного узла в цепочку из трех)
- *увеличение печени и/или селезёнки*



Рисунок 1. Пациентка М., 4 года. Корь, второй день высыпания



Рисунок 2. Пациент М., 11 лет. Инфекционный мононуклеоз, токсико-аллергический дерматит

- появление в крови атипичных мононуклеаров, увеличение доли одноядерных элементов (лимфоциты, моноциты)
- увеличение чувствительности к ОРВИ и прочим респираторным заболеваниям
- частые поражения кожного покрова вирусом *Herpes simplex virus* («простой герпес», или *вирус герпеса первого типа*), обычно в области верхней или нижней губы

Осложнения

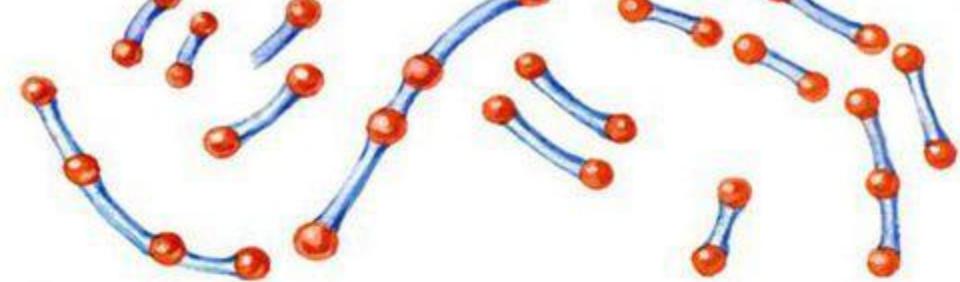
- Отиты
- Паратонзиллиты
- Синуситы
- Пневмония
- Редко: разрыв селезёнки, острая печеночная недостаточность, острая гемолитическая анемия, невриты.

Лечение

- Специфическая терапия не разработана.
- Лечение симптоматическое, общеукрепляющее.
- Из-за риска разрыва селезенки рекомендовано ограничение физической нагрузки в первые 1-1,5 месяца.
- Для снижения температуры лучше использовать парацетамол, так как применение аспирина может провоцировать синдром Рея.
- Противовирусное лечение – ацикловир таблетки 0,1 (детям до 3х лет), 0,2 (старше 3х лет) – 5 раз в день или циклоферон по схеме.
- Рекомендуется одеваться теплее.

Дифтерия

ДИФТЕРИЯ -



- острая инфекционная болезнь с воздушно-капельным механизмом передачи; характеризуется крупозным или дифтеритическим воспалением слизистой оболочки в воротах инфекции - в зове, носу, гортани, трахее, реже в других органах и общей интоксикацией

Вакцинация



Значение вакцинации-

Снижение охвата прививками в 80-х годах привело к развитию дифтерии в СНГ, во время которой заболели более 100 000 человек и более 5000 - умерли.

Вакцинация



- *Эффективность вакцинации*

Вакцинация против дифтерии приводит к образованию антитоксических антител, препятствующих развитию клинических проявлений дифтерии у 95-100% привитых. В случае заболевания привитого дифтерия протекает легко - смертность от дифтерии вакцинированных в 10 раз меньше, чем невакцинированных; паралич (тяжелое последствие дифтерии) встречается в 5 раз реже.

- *Длительность действия вакцины*

Около 10 лет

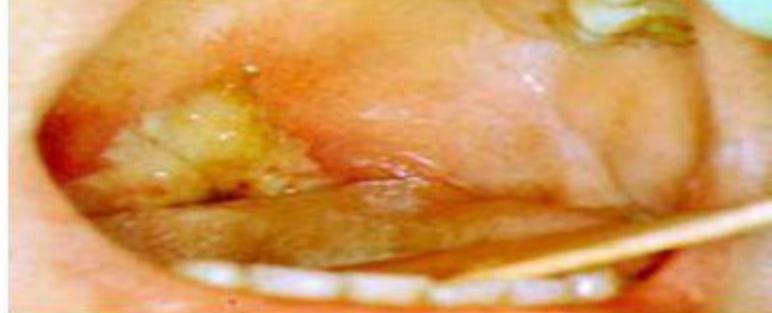
Вакцинация



- *Постэкспозиционная профилактика*

При возникновении эпидемии дифтерии:
полностью вакцинированные лица, получившие
последнюю прививку против дифтерии менее 5 лет
назад, вакцинации не подлежат вакцинированным
лицам, получившим последнюю прививку более 5 лет
назад, вводится 1 доза АДС-М или АД-М
непривитым, а также взрослым с неизвестным
прививочным анамнезом, вакцинацию проводят
двукратно с интервалом 30 дней

Симптомы



общие симптомы: головные боли, боли в животе, затруднения при глотании, усталость, снижение аппетита, незначительное повышение температуры

В **тяжелых случаях** возникает дисфагия, интоксикация и заторможенность

Осложнения

1. Как следствие токсического действия бактерий, раньше (с 3 по 14 день болезни) или позже (с 4 по 7 неделю от начала болезни) может возникнуть опасное повреждение сердечной мышцы (**токсический миокардит**) с вероятным летальным исходом. Вероятность этого осложнения ~50%

Осложнения

2. Возможно развитие **сердечной недостаточности** и наступление **внезапной смерти**
3. Незначительные изменения на ЭКГ отмечаются у 20-30% пациентов; **атриовенрикулярная диссоциация, полная блокада сердца, желудочковые аритмии** сопровождаются высокой летальностью.



Осложнения

4. ***Моно- или полиневрит***: парез мягкого неба (гнусавость голоса, асимметрия расположения небного язычка, отсутствие небного рефлекса), парез глазодвигательных мышц (нарушение аккомодации взора с невозможностью чтения мелкого печатного шрифта). Сроки возникновения - 14-24 день, вероятность 20%. На 4-5 неделе возможно развитие генерализованных вялых параличей поперечно-полосатой мускулатуры туловища, конечностей, дыхательных мышц.

Осложнения

5. Токсический нефроз (5-8 день)
6. Токсический шок (первые 3-4 дня)
7. Пневмония (2-4 недели)
8. Асфиксия (при дифтерии дыхательных путей) (3-5 день)

ЛЕЧЕНИЕ

- Специфическое лечение: противодифтерийную сыворотку вводят как можно раньше, не дожидаясь лабораторного подтверждения диагноза (перед введением проводят пробу на гиперчувствительность). Это связано с тем, что он нейтрализует только токсин, еще не связанный с клетками;
- Необходим постельный режим и тщательный сестринский уход. Особое внимание следует уделять питанию, приему жидкости, профилактике гипоксии;

ЛЕЧЕНИЕ

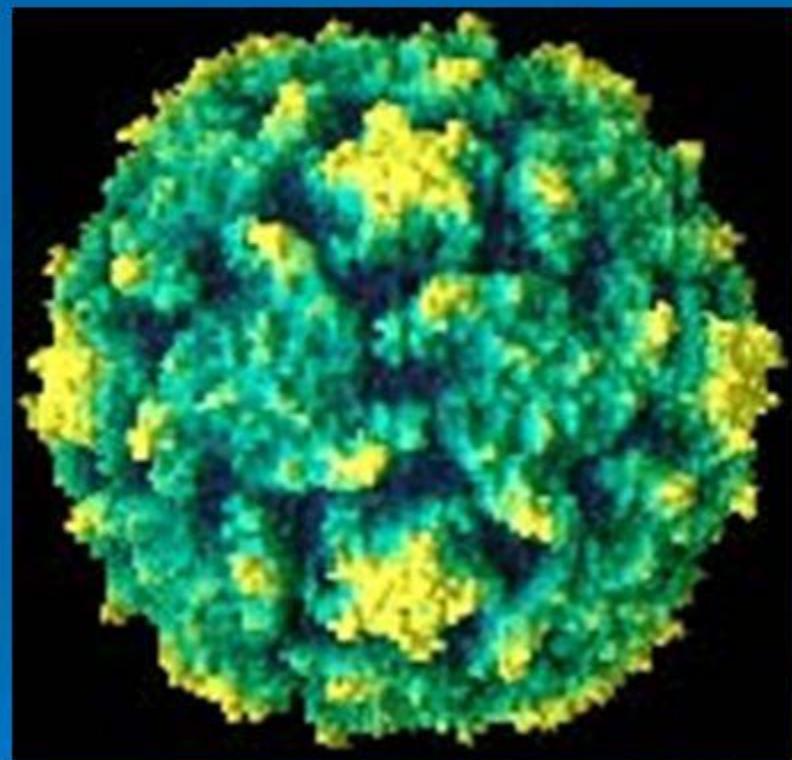
- Важно своевременно выявлять признаки, свидетельствующие о необходимости интубации трахеи или трахеостомии, вести постоянное наблюдение за деятельностью сердца и ЦНС, чтобы не пропустить возникающие осложнения;
- Для борьбы с возбудителем необходимо применение антибиотиков;
- При токсических формах - дезинтоксикационная инфузионная терапия;
- При развитии осложнений - соответствующая терапия
- При угрозе асфиксии - инструментальное восстановление проходимости дыхательных путей (интубация трахеи и трихеостомия)

Полиомиелит



Вирус полиомиелита

- Открыт Эндерсоном, Уэллером и Роббинсом
- Полиовирус, род энтеровирусов
- РНК-содержащий
- 3 серотипа
- Источник инфекции и резервуар вируса - человек
- Выделяется из носоглотки (1-2 недели) и кишечника (несколько недель)



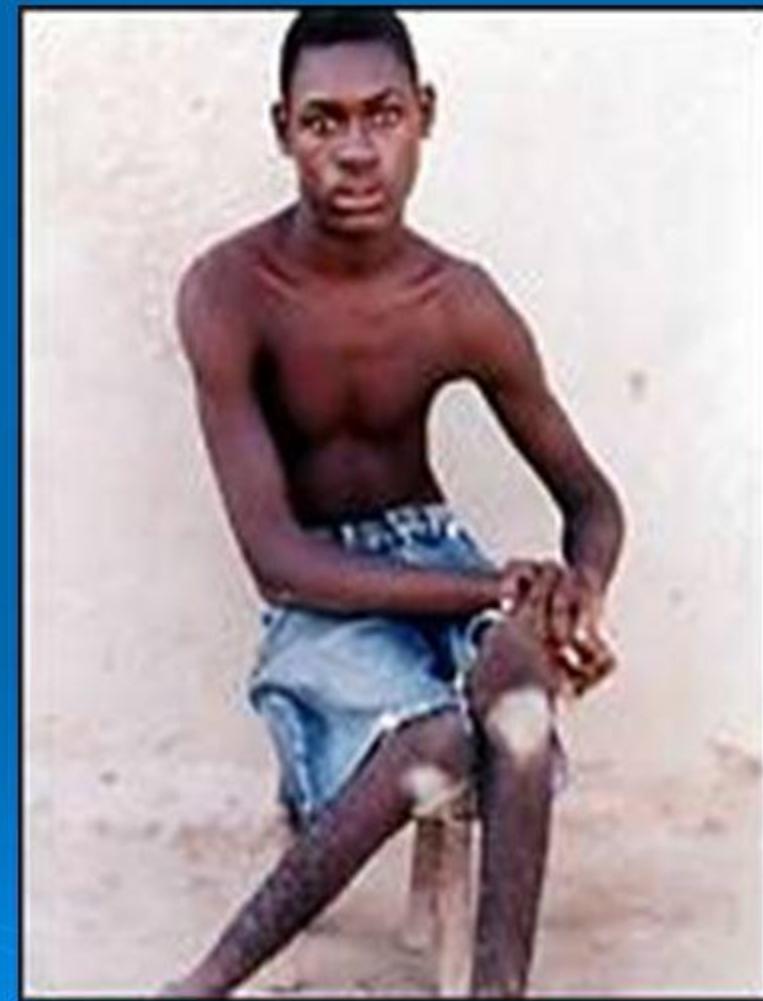
Эпидемиология

- Воздушно-капельный и алиментарный пути заражения
- Устойчивость вируса
- Лето, начало осени
- Чаще в южных странах
- Дети до 5 лет



- Инопарантная
- Абортивная
(висцеральная)
- Менингеальная
- Паралитическая
(«детский спинальный
паралич»)

**спинальная, понтиная,
бульбарная,
смешанная**



MyShared

Течение паралитических форм

- Препаралитический период (1-2 дня)
- Паралитический период (в первые часы после снижения температуры, утренние параличи) - до 2-х недель
- Восстановительный период
- Период остаточных явлений

Смертность - 10%, инвалидизация - 40% (в начале XX века).



Диагностика

Лечение

- Клеточно-белковая диссоциация в ликворе
- Вирусологическое исследование (носоглоточные смывы, фекалии)
- Серологическое исследование в динамике
- Покой
- Дегидратация
- Интенсивная терапия
- Профилактика контрактур
- Восстановительное лечение



Профилактика

- Изоляция 3 недели
- Наблюдение за контактными 3 недели
- С 1959 г. - трехвалентная вакцина ОПВ в 1, 2 и 7 лет
- создание коллективного иммунитета - необходимо вакцинировать **90%** населения Земли.



Вакцина Сэбина (ОПВ)

- 1959 г. - оральная полиомиелитная вакцина

-

живой ослабленный вирус полиомиелита (т.н. вакцинныe штаммы). Вводится через рот, капельно. Индуцирует стойкий мощный иммунитет, в том числе и в кишечнике. Очень редко дает вакцинаассоциированный полиомиелит - 1 на 5 миллионов привитых.



Вакцина Солка (ИПВ)

- 1955 г., Дания - инактивированная, вводится инъекционно, не дает осложнений, индуцирует неплохой общий иммунитет, но не развивает местную защиту в кишечнике.

