

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО РУБІЖНОЇ АТЕСТАЦІЇ
з дисципліни
«КЛІНІЧНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО В ПЕДІАТРІЇ»

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ!

1. Кір. Характеристика. Етіологія. Епідеміологія. Клініка. Ускладнення. Лікування. Профілактика. Догляд. Заходи у вогнищі інфекції.
2. Краснуха. Характеристика. Етіологія. Епідеміологія. Клініка. Ускладнення. Лікування. Профілактика. Догляд.
3. Скарлатина. Характеристика. Етіологія. Епідеміологія. Клініка. Ускладнення. Лікування. Профілактика. Догляд. Заходи у вогнищі інфекції.
4. Вітряна віспа. Характеристика. Етіологія. Епідеміологія. Клініка. Ускладнення. Лікування. Профілактика. Догляд. Заходи у вогнищі інфекції.
5. Епідемічний паротит. Характеристика. Етіологія. Епідеміологія. Клініка. Ускладнення. Лікування. Профілактика. Догляд.
6. ВІЛ-СНІД у дітей. Характеристика. Етіологія. Епідеміологія. Клініка. Ускладнення. Лікування. Профілактика. Догляд

Лекція 6 для 4-го курсу

Доцент, к.мед.н. Самойленко І.Г

Кір. Краснуха. Вітряна віспа. Скарлатина. Паротитна інфекція.

ВІЛ-СНІД у дітей

План лекції:

1. Характеристика захворювань.
2. Етіологічні чинники, властивості збудників.
3. Епідеміологічні особливості захворювань. Патогенез.
4. Клінічні прояви. Ускладнення.
5. Діагностика. Лікування.
6. Заходи у вогнищі інфекції.
7. Специфічна профілактика.

КІР.

Кір (лат. Morbilli- хвороба; англ. Measles- нещасний / укр- кір –кора, короста) — антропонозна інфекційна хвороба, яку спричинює вірус з роду Morbillivirus. Характеризується вираженою аутоінтоксикацією, гарячкою, запальними явищами з боку дихальних шляхів, кон'юнктивітом, появою своєрідних плям на слизовій оболонці ротової порожнини (плями Копліка- БельськогоФілатова) та папульозно-плямистим висипом на шкірі. Це одне з найбільш заразних вірусних захворювань, його індекс контагіозності наближався до 100 % у довакцинальний період. Найбільш сприятливими до кору були діти, тому кір відносять до так званих дитячих інфекційних хвороб.

За оцінкам ВООЗ, у 2018 році у світі від кору загинуло близько 140 тисяч чоловік, більшість з них —діти у віці до п'яти років

Кір було вперше описано в X ст. Але довгий час захворювання плутали з іншими хворобами, що мали перебіг із гарячкою. Вивчення вірусу кору проводили у XX ст., особливе значення мали розробки, що стосуються активної імунізації проти кору.

Збудник захворювання- вірус кору.

Вперше сам вірус виділено в 1954 році. Збудник нестійкий в умовах зовнішнього середовища, чутливий до УФ-опромінення і видимого світла. Під впливом денного світла вірус у краплинках слини гине за 30 хв. Не переносить висушування, термолабільний - в умовах кімнатної температури гине через декілька годин, інактивується дезрозчинами, стійкий до антибіотиків.

Епідеміологія.

Джерелом інфекції є хворі. Максимальна заразність спостерігається протягом катарального періоду і в 1-й день висипки. Інфікована дитина стає небезпечною для оточуючих на 9- 10-й день після контакту. З 3-го дня появи висипки контагіозність падає і з 4-го дня хворий стає незаразним(у тестах- із 5-го дня вже не заразний).

Виділяється вірус із крові та змивів слизу носової частини глотки в катаральний період і в перші дні захворювання.

Хворі з абортивною і мітигрованою формами є джерелом інфекції, але період контагіозності при цих формах значно менший. Реконвалесценти загрози для оточуючих не становлять. Вірусоносійства не встановлено.

Механізм передачі інфекції –аерогенний (повітряно-краплинний) та вертикальний.

Воротами проникнення вірусу в організм є слизові оболонки верхніх дихальних шляхів.

Сезонність епідемічного процесу. На кір хворіють протягом усього року, але максимальне підвищення захворюваності спостерігають в осінньо-зимовий та весняний період.

Індекс контагіозності становить 95-96%.

Класифікація.

Типова форма:

1. Легка.
2. Середньої важкості.
3. Важка.

Атипові форми:

1. Стерта.
2. Мітигована.
3. Геморагічна.
4. Диспноїтична.

Клінічні прояви.

Типова форма: I-Інкубаційний період триває в середньому 9-11 днів, може продовжуватися до 17 днів, а після профілактичного введення імуноглобуліну - до 21 дня.

II-Продромальний (катаральний) період триває 3-4 дні, з коливаннями від 1 до 6 днів, і характеризується катаральними змінами слизової оболони носа, гортані, трахеї, бронхів, бронхіол. У хворих виникають такі проблеми:

- підвищення температури тіла до 38⁰C та її коливання;
- сухий наддиривний кашель;
- нежить;
- кон'юнктивіт;
- хриплий голос;
- одутлість обличчя.

У 1-й день об'єктивно можна побачити тільки гіперемію слизової оболонки ротової частини глотки. Вже на 2-3-й день катарального періоду прояви захворювання посилюються:

- кашель стає різким, грубим;
- гіперемія кон'юнктив;
- набряк і гіперемія повік;

- іноді розвивається синдром несправжнього крупу;

- з'являється патогномічний симптом - плями Філатова-Копліка-Бельського, які локалізуються на слизовій оболонці щік навпроти нижніх молярів (іноді на слизових оболонках глотки, носа, гортані) у вигляді дрібних білуватих крапок, оточених кільцем гіперемії;

- плями не зливаються між собою, їх не можна зняти шпателем - це ділянки некрозу епітелію;

- енантема - дрібні червоні плями на м'якому піднебінні.

Спостерігаються симптоми ураження центральної нервової системи:

- кволість;

- дратівливість;

- порушення сну;

- головний біль.

Ураження травної системи супроводжується такими ознаками:

- біль у животі;

- нудота;

- одноразове блювання;

- рідкі випорожнення.

Частіше перед початком висипки температура тіла падає до норми або нижче від норми і дитина

набуває типового вигляду:

- набряк повік;

- слезотеча;

- світлобоязнь;

- частий різкий сухий кашель;

- нежить ;

- в'ялість, адинамія.

III - Період висипки починається на 3-4-ту добу хвороби і супроводжується новим підвищенням температури тіла до 39-40°C та ураженням шкіри:

- з'являється плямисто-папульозна висипка, для якої характерна етапність: 1-й день - за вухами, на шиї, щоках, обличчі - (вигляд заплаканої дитини) 2-й день - повністю охоплює весь тулуб; 3-й день - поширюється на кінцівки;

- висипка має вигляд плям або папул яскраво-рожевого кольору на блідому тлі шкіри;

- елементи збільшуються, стають червоними, схильні до злиття - висипка стає плямисто папульозною;

- інтенсивність висипки, схильність до злиття відповідає важкості захворювання.

Цей період найважчий у перебігу хвороби, він також характеризується симптомами загальної інтоксикації:

- дратливість;
- порушення апетиту, сну;
- галюцинації;
- марення;
- непритомність;
- головний біль;
- судоми, менінгеальні ознаки.

На висоті висипки яскраво виражений катаральний синдром:

- сухий, різкий кашель, що є проявом трахеїту, бронхіту, бронхіоліту;
- кон'юнктивіт з блефароспазмом і світобоязню;
- риніт;
- катаральний стоматит;
- перші 1-2 дні зберігаються плями Філатова-Копліка-Бельського і корова енантема;
- часто в перші 5 днів голос стає захриплим, кашель набуває гавкаючого характеру, що свідчить про розвиток стенозу гортані.

З боку органів дихання розвивається бронхіт, може приєднатися пневмонія.

З боку органів кровообігу визначається тахікардія, іноді аритмія, артеріальна гіпотонія; приглушеність тонів серця. Під час приєднання пневмонії ці прояви стають більш виразними.

З боку травного тракту спостерігається: у маленьких дітей - диспепсія; у старших - біль у животі, блювання; іноді симптоми апендициту.

IV -Період пігментації характеризується згасанням висипки протягом 2-3 діб у тому самому порядку, в якому вона з'являлася. Пігментація пов'язана з

діапедезом еритроцитів у шкірі і з наступним розпадом гемосидерину. Елементи перетворюються на буровато-коричневі плями, через 1,5-3 тижні спостерігається дрібне висівкоподібне лущення. Загальний стан поліпшується, але зберігається слабкість.

Атипові форми:

Стерта форма спостерігається у дітей 1-го року життя на тлі залишкового пасивного імунітету, отриманого від матері:

- деякі симптоми відсутні;
- період висипки скорочений;
- катаральний період відсутній;
- етапність висипки порушена.

Мітингований кір - полегшена форма, розвивається у дітей з частковим імунітетом до цієї хвороби:

- триваліший інкубаційний період;
- скорочений катаральний період зі слабо вираженими симптомами;
- субфебрильна температура;
- нерясна висипка.

Геморагічний кір характеризується значними проявами геморагічного синдрому - кровотечами і крововиливами.

Для диспноїчної форми кору характерні такі симптоми:

- задишка;
- нестерпний, майже безперервний кашель;
- гіпоксія;
- недостатність кровообігу.

Ускладнення можуть з'явитися в будь-який період захворювання і переважно внаслідок приєднання бактеріальної мікрофлори. У продромальний період можуть виникнути ларингіт, ларинготрахеїт. У період висипки виникає рання корова пневмонія, у період пігментації - пізня пневмонія. У період пігментації може розвинутися катаральний отит, стоматит, коліт, ентероколіт, стрептодермії. На 5-8-й день часом спостерігають серозний енцефаліт.

Підгострий склерозуючий паненцефаліт — повільна форма корового енцефаліту. Найчастіше зустрічається у дітей, які перенесли кір до дворічного віку. Розвивається через кілька років після захворювання і зазвичай за кілька місяців призводить до деменції і смерті, зустрічається з частотою більше 1:1000000

Оцінка стану пацієнта.

Оцінка стану дитини медичною сестрою базується на виявленні основних симптомів клінічної картини з урахуванням епідемічного анамнезу.

На тлі загальних розладів медична сестра повинна вміти оцінити ті прояви, які вказують на ураження певного органа або системи органів, та прояви, які визначають кір:

- у хворих із геморагічною формою - кровотечі та крововиливи;
- у разі стенозу гортані - інспіраторна задишка , захриплість голосу;
- у разі пневмонії - задишка змішаного типу, акроціаноз, наростання симптомів дихальної недостатності, незначні зміни з боку органів дихання (дані фізикального обстеження);
- у разі менінгіту - симптоми менінгізму, нестерпний головний біль, блювання;
- у разі стоматиту - ураження слизової оболонки порожнини рота у вигляді катаральних явищ, афт, виразок;
- у разі приєднання іншої мікрофлори - розвиток гнійних процесів на шкірі, у середньому вусі, у при носових пазухах, у легенях тощо.

Важливим діагностичним критерієм є лабораторні показники. Вже в інкубаційний період з'являються зміни в картині крові: лейкоцитоз, нейтрофіліоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво; під кінець інкубаційного періоду картина змінюється: лейкопенія, відносна та абсолютна нейтропенія.

Допоміжне значення в діагностиці , а надалі і в лікуванні має специфічна діагностика. У перші чотири дні хвороби можливе виявлення вірусного антигену в мазках-відбитках зі слизової оболонки носа за допомогою імунофлуоресцентного методу. Застосовують серологічні реакції РГГА,РЗК, в яких спостерігають значне наростання титру антитіл.

План сестринського догляду.

Аналіз стану дитини дозволяє медичній сестрі разом з батьками дитини сформулювати наявні та потенційні проблеми і скласти план сестринського догляду:

I- Режим

1. Організувати ліжковий режим на 6-7 днів.
2. Забезпечити максимально комфортні умови перебування дитини в ліжку.
3. Обов'язково провітрювати кімнату, де перебуває дитина.

4. У разі вираженої сльозотечі та світлобоязні затемнити кімнату.

5. Забезпечити ретельний догляд за шкірою та слизовими оболонками хворої дитини. Промивати очі дитини теплим розчином фурациліну 1:5000 .

6. Стежити за показниками серцевої діяльності та температурою тіла.

II-Харчування

7. Забезпечити споживання дитиною великої кількості рідини.

8. Організувати дієтичне харчування- їжа повинна відповідати віковим особливостям, бути максимально щадною, вітамінізованою, калорійною.

III-Медикаментозне лікування

9. Проводити симптоматичне лікування, : жарознижувальні, десенсибілізуючі, дезінтоксикаційні, судиннорозширювальні, серцеві препарати в дозах, що відповідають вікові дитини. Застосовують літичні суміші, а в разі ризику виникнення бактеріальних ускладнень - антибіотики.

10. Вести температурний лист.

11. Контроль прийому віт. А- профілактика кератокон'юнктивіту

Оцінка результатів.

Результати лікування і догляду оцінює медична сестра під час диспансерного спостереження за дитиною після виписування її з стаціонару вдома з повною ізоляцією хворого. Термін ізоляції дитини, хворої на кір - до 4-го дня від початку висипки, а в разі ускладнення пневмонією - до 10-го дня.

Спостереження за дитиною , що була в контакті до 21-го дня від дня контакту.

Дітям, які хворіли на кір, дозволяють відвідувати дитячі заклади, якщо в них нормалізувався загальний стан, температура тіла, чиста шкіра і відсутні інші клінічні прояви захворювання та ускладнень.

Профілактика.

Неспецифічна:

1) своєчасне діагностування кору на підставі оцінки клінічних проявів, даних лабораторних досліджень; ізоляція хворого до 5-го дн від появи висипки (9-й від початку захворювання –Т*)

2) надсилання повідомлення до СЕС; якщо розвинулось ускладнення пневмонія , чи енцефаліт, то пацієнт заразний до 10-го дня від появи висипу;

3) організація карантину в дитячому закладі з 8-го по 21-й день від моменту контакту з хворим;

4) поточна дезінфекція : правильна організація санепідемічного режиму в квартирі, в кімнаті - провітрювання, вологе прибирання з застосуванням дезрозчинів, УФ-опромінення; заключно дезінфекцію не проводять.

Специфічна:

Активну імунізацію проводять за календарем щеплень комбінованою живою вакциною кір - паротит- краснуха або моновакциною(на території України на сьогоднішній день моновакцини не зареєстровані) у 12 міс , ревакцинація - у 6 років.

Живу вакцину застосовують також для екстреної профілактики кору і ліквідації спалахів в організованих колективах не пізніше 5-го дня після контакту, до 3-ї доби ефективність 90%.

Якщо невакцинована дитина 6-11 міс віку була у близькому контакті з хворим на кір, також отримує екстренну профілактику , але введена доза не зараховується як вакцинація – тобто , починаючи з 12 міс дитина повинна отримати планову вакцинальну дозу.

КРАСНУХА(ЧЕРВІНКА , чи БАГРЯНИЦЯ).

Краснуха (rubeola) лат- rubeola-червоний, - гостре інфекційне захворювання, що супроводжується гарячкою, катаральними явищами, висипкою на шкірі, тератогенною дією на плід.

Краснуху раніше вважали легким інфекційним захворюванням. Вона потребувала проведення диференціальної діагностики з кором. Нині цьому захворюванню приділяють значну увагу через небезпеку виникнення природжених вад розвитку у плода, якщо вагітна жінка була в контакті з хворим на краснуху. Виявлення небезпеки для плода (у 1941р) стало поштовхом до пошуків активної імунізації.

Збудник захворювання- є фільтруючий вірус краснухи(червінки). Вірус був відкритий у 1938 р. У зовнішньому середовищі збудник нестійкий, чутливий до сонячного світла, термолабільний (при температурі 560С інактивується протягом 60хв), швидко гине під час висихання, під дією УФопромінення. Добре зберігається при низьких температурах. Швидко інактивується спиртом, ефіром, розчином формальдегіду та хлорвмісними дезрозчинами.

Епідеміологія

Джерелом інфекції є хвора людина в останні дні інкубаційного періоду, до 5-го дня висипки.

Механізм передачі інфекції –аерогенний (повітряно-краплинний) та вертикальний .

Наявність вірусу краснухи в сечі та у випорожненнях дає підставу допустити, що є можливість передачі інфекції фекально-оральним шляхом. Вірус нестійкий у зовнішньому середовищі. Наявність під час краснухи вірусемії зумовлює трансплацентарний механізм передачі від вагітної жінки до плода.

Воротами проникнення вірусу в дітей є слизова оболонка носової частини глотки. В інкубаційний період збудник потрапляє в кров, починається вірусемія. У період висипки вірус потрапляє в шкіру, вірусемія закінчується з появою в крові нейтралізуючих антитіл. З утворенням імунітету настає одужання. Формується стійкий, постійний імунітет.

Природжена краснуха має свої особливості. Вірус потрапляє до плода через плаценту.

Гематогенно інфекція заноситься до плода і уражає клітини зародка.

Чинники, що сприяють розвитку інфекції:

- 1) зниження імунної системи дитини;
- 2) спрятливі епідеміологічні чинники;
- 3) погані побутові умови, закриті колективи дітей;
- 4) вік дитини - 5-15 років;
- 5) часті захворювання дитини;
- 6) відсутність щеплення проти краснухи або порушення термінів щеплення.

Сезонність епідемічного процесу.

Захворюваність спостерігають протягом усього року, але максимальна захворюваність припадає переважно на зимово-весняний період. Епідемічні спалахи повторюються кожні 7 років.

Сприйнятливість населення до краснухи висока. Хворіють найчастіше діти дошкільного та шкільного віку. Індекс контагіозності у дітей до 14 років - 58,7%, у дорослих - 35,2%. Діти віком до 6 місяці хворіють рідко, оскільки отримують імунітет від матері.

Перенесена хвороба залишає стійкий імунітет.

Класифікація.

Типові форми.

Атипові форми.

1. Латентна
2. Інспантна (безсимптомна)

Природжена форма.

Клінічні прояви.

Типова форма: інкубаційний період триває 11-21 день (частіше 18 днів +- 3 дні) Продромальний період нерідко проходить непоміченим і супроводжується такими симптомами:

- млявість;
- нежить;
- незначний кашель;
- температура тіла субфебрильна або нормальна;
- загальний стан порушений незначно.

Проблеми пацієнтів:

Період розпалу:

- збільшення всіх периферичних лімфовузлів, особливо потиличних, заушних і задньошийних, їх значне ущільнення і болісність під час пальпації;

- дрібноплямиста висипка з'являється через 24 год після збільшення лімфовузлів, зникає через 2-3 доби. Висипка локалізується переважно на розгинальних поверхнях кінцівок, на спині, сідницях.

Немає етапності в поширенні висипки. Вона зникає, не залишаючи ні пігментації, ні лущення;

- незначне катаральне запалення верхніх дихальних шляхів, що супроводжується кон'юнктивітом, кашлем, нежитьом.

Атипові форми характеризуються різноманітністю перебігу:

- відсутність продромальних симптомів;
- відсутність висипки;
- незначне збільшення потиличних лімфовузлів;
- температура тіла нормальна.

Природжена краснуха виникає в разі захворювання вагітної жінки і проявляється вадами розвитку різних органів та систем у новонародженого:

1) вади розвитку центральної нервової системи:

- мікро- та гідроцефалія;
- паралічі кінцівок;
- гіперкінези;
- судоми;
- порушення психічного розвитку, ідіотія;

- затримка фізичного розвитку.

2) вади розвитку кісткової системи:

- незарощення твердого піднебіння;
- спинномозкова грижа;

3) вади розвитку сечової та статеві систем:

- крипторхізм;
- гідроцеле;
- гіпоспадія

4) вади розвитку травної системи:

- пілоростеноз;
- облітерація жовчних проток;
- природжений гепатит;
- гепатоспленомегалія

5) вади розвитку дихальної системи :

- інтерстиціальна пневмонія

6) вади розвитку серцево-судинної системи:

- вади серця

7) вади системи крові:

- гемолітична анемія;
- тромбоцитопенічна пурпура;
- ретикулоцитоз

8) вади розвитку органів чуття:

- глухота;
- катаракта;
- мікроофтальмія

Зараження вагітної жінки в пізні терміни вагітності може призвести до загибелі плода, спонтанного переривання вагітності.

Ускладнення: Артропатія, енцефаліт та менінгоенцефаліт

Оцінка стану пацієнта

Оцінка стану дитини медичною сестрою базується на спостереженні за клінічною картиною та перебігом захворювання і епідемічним анамнезом.

Медична сестра повинна пам'ятати, що для краснухи характерним є початок з висипкою, яку батьки часто помічають випадково. Типовими є відсутність підвищення температури тіла, симптомів інтоксикації, легкі катаральні явища. Під час об'єктивного обстеження дитини медичній сестрі слід звернути увагу на особливості висипки: дрібноплямиста на чистому тлі шкіри, не має тенденції до злиття, протягом 1 год поширюється по всьому тілу, безсимптомно зникає до 3-4-го дня хвороби.

Разом з появою висипки пальпуються збільшені потиличні лімфатичні вузли.

У період висипки в крові спостерігають лімфопенію, нейтропенію, відносний лімфоцитоз, моноцитоз, наявність плазматичних клітин та клітин Тюрка.

Специфічна діагностика полягає у виділенні збудника в перші 5-7 днів у крові, сечі та змивах з носової частини глотки. Застосовують серологічні реакції - РГГА, РЗК,РН, у яких відзначають наростання титру антитіл.

Аналіз стану дитини дозволяє медичній сестрі сформулювати разом з батьками дитини наявні та потенційні проблеми і скласти план сестринського догляду.

1. Організувати ліжковий режим та ретельний догляд за дитиною.
2. Створити оптимально комфортні умови в кімнаті хворої дитини - комфортна температура, свіже повітря.
3. Призначити дієту згідно з віковими особливостями, вітамінізовану, багату на білки.
4. Давати пити достатню кількість рідини.
5. У разі необхідності проводити симптоматичне лікування - десенсибілізуючі препарати, анальгетики, аскорутин, серцеві засоби.

Оцінка результатів.

Результати ефективності догляду і лікування оцінює медична сестра, спостерігаючи за дитиною під час організації домашнього стаціонару. Дитину ізолюють на 5 днів з моменту появи висипки. Не імунних контактних ізолюють з 12 по 21 день .

Дитину з краснухою доглядають 3-7 днів на ліжковому режимі, а потім 7 днів призначають напівліжковий режим. Контроль ефективності лікування базується на зникненні клінічних проявів, а також, у разі необхідності, на результатах серологічного дослідження.

Дитину виписують у дитячі заклади за умови нормалізації загального стану, відсутності клінічних проявів захворювання та ускладнень.

Профілактика.

Неспецифічна: карантин встановлюють на 21 день(це стосується тільки уникнення контактів з вагітними). Застосовують провітрювання приміщення, вологе прибирання, кварцування. Слід обережати вагітних, які раніше не хворіли на краснуху, від спілкування з хворим протягом не менше ніж 3 тиж. Народження інфікованих дітей має відбуватися в обсерваційному відділенні пологового будинку.

Якщо контакт вагітної з хворим стався, має значення визначення специфічних антитіл у крові.

Специфічна: Профілактичні щеплення проти краснухи проводять відповідно до календаря щеплень комбінованою вакциною кір-паротит-краснуха або моновакциною проти краснухи у 12 міс вакцинація , бр - ревакцинація.

СКАРЛАТИНА

Скарлатина ((італ. scarlattina, від пізньолат. scarlatinum — яскраво-червоний) - одна з форм стрептококової інфекції, яка має перебіг з гарячкою, ангіною, висипкою на шкірі .

Перше клінічне описання скарлатини було дано англійським лікарем T.Sidenqam у 1673р. З того часу залишилась англійська назва скарлатини - пурпурна лихоманка. Назва “скарлатина” має італійське походження і перекладається як пурпурний.

Збудник захворювання-В-гемолітичний стрептокок групи А .

Стрептокок довгий час зберігається у висушеному субстраті, витримує низькі температури, у разі підвищення температури до 700С живе протягом 1 год. Його швидко інактивують дезінфекційні розчини та антибіотики.

Епідеміологія.

Джерело інфекції : головним джерелом інфекції є хвора на скарлатину дитина з перших годин захворювання. Контагіозність такого хворого в середньому становить - 7-10 днів, але вона збільшується у разі виникнення вторинних вогнищ інфекції - синуситу, отиту, загострення хронічного тонзиліту, лімфаденіту. Значна роль у поширенні інфекції належить бактеріоносіям.

Механізм передачі інфекції : головний механізм передачі інфекції при скарлатині –аерогенний(повітряно-краплинний), а також фекально-оральний та контактний *(ранева скарлатина – екстрабукальна форма)

Оскільки стрептокок стійкий у зовнішньому середовищі, інфекція може передаватися через іграшки, предмети догляду, посуд, одяг хворого, через особу, яка була в контакті з хворою дитиною (третя особа). У разі інфікування продуктів (особливо молочних) іноді спостерігають групові спалахи скарлатини.

Воротами інфекції є лімфатичне глоткове кільце, при атипових формах скарлатини - будь-яка ранева чи опікова поверхня.

На місці проникнення інфекції формується запальне вогнище, з яким пов'язаний розвиток септичного компоненту скарлатини. Септичний компонент має значення у виникненні ускладнень захворювання - отиту, лімфангіту, синуситу тощо. Токсичний компонент скарлатини пов'язаний з виділенням токсину, а саме, з його термолабільною фракцією. Ця фракція має властивості пірогенності, підвищення проникності мембран, цитотоксичності. Від неї залежать симптоми інтоксикації та висипка на шкірі. Друга фракція токсину - термостабільна, має алергізувальне значення.

Чинники, що сприяють виникненню інфекційного захворювання:

1. Захворювання, які пов'язані з розвитком катаральних проявів у верхніх дихальних шляхах.
2. Імунодефіцитні стани.
3. Порушення санітарно-гігієнічного режиму.
4. Скупченість і закриті колективи дітей.

Сезонність епідемічного процесу: максимум захворюваності на скарлатину припадає на осінньо-зимовий період.

Сприйнятливість населення до інфекції: скарлатина - дитяче інфекційне захворювання. Індекс контагіозності - 0,4. Хворіють переважно діти віком від 2 до 7 років. У підлітків і дорослих скарлатина зустрічається рідко, бо вони мають набутий антитоксичний імунітет. Не хворіють діти до 1 року, оскільки вони мають імунітет, який одержали від матері.

Після перенесеної скарлатини залишається стійкий антитоксичний імунітет. Але можуть зустрічатися повторні випадки скарлатини, що пов'язано з широким використанням антибіотиків під час лікування першого спалаху захворювання. Антибактеріальна терапія пригнічує збудника і, відповідно, інтенсивність антигенного подразнення імунної системи хворого.

Класифікація.

Типові форми скарлатини:

1. Легка.
2. Середньої важкості.
3. Важка:
 - а) токсична;
 - б) септична;

в) токсикосептична.

Атипові форми

1. Стерта (абортивна).

2. Гіпертоксична.

3. Геморагічна.

4. Екстрабукальні форми (опікова та ранева).

Клінічні прояви.

Інкубаційний період триває від кількох годин до 2-7 днів в середньому 1-4 дні. Захворювання починається гостро. Продромальний період відсутній(дуже короткий). У хворого виникають такі проблеми:

- температура тіла підвищується до 38-39°C;
- блювання;
- біль у горлі;
- головний біль;
- зниження апетиту;
- порушення сну;
- загальне нездужання.

Головним проявом скарлатини є ангіна, яка має перебіг катарального, лакунарно-фолікулярного або некротичного процесу. Під час огляду горла спостерігають такі симптоми:

- яскрава «малинова» гіперемія;
- уражені мигдалики, язичок, піднебінні дужки, м'яке піднебіння;
- є чітка межа зі здоровими тканинами, гіперемія не переходить на слизову оболонку твердого піднебіння;
- на піднебінні - крапкова енантема, інколи з петехіями.

Не пізніше 2-ї доби з'являється скарлатинозна висипка, що має характерні особливості:

- вона дрібнокрапкова, яскраво-рожева;
- з'являється одночасно на всій поверхні тіла;
- уся поверхня шкіри гіперемована;
- яскравіше виражена висипка на ліктьових, пахвових згинах, внизу живота, на бічних поверхнях тулуба;

- пальпаторно шкіра суха і гаряча, визначається набряк шкірних сосочків - вони припідняті над поверхнею шкіри;
- під час розтягування шкіри висипка зникає. але можуть з'являтися петехії;
- на обличчі елементи висипки зливаються, щоки стають яскраво-рожевими, набряклими, при цьому носо-губний трикутник чистий, блідий - симптом Філатова;
- яскраво виражений білий дермографізм;
- висипка триває від 2 год до 2 днів.

На 3-4-й день можна спостерігати симптом малинового язика.

Язик очищується від сіро-білого нальоту і набуває малинового кольору з вираженими сосочками.

Симптом триває 1-2 тиж. На 2-й тиждень на шкірі з'являються світло-коричневі смуги пігментації, частіше на животі та в складках шкіри. На 3-й тиждень починається лущення - спочатку там, де шкіра ніжна, а потім на шкірі всього тулуба і кінцівках.

Особливістю скарлатини є висівкоподібне лущення на шкірі тулуба та пластинчасте - на долонях і підшвах. У дітей грудного віку лущення відсутнє або слабо виражене.

Під час пальпації визначають збільшення регіональних лімфатичних вузлів, які стають щільними і болісними.

Ступінь ураження лімфовузлів залежить від патологічного процесу в мигдаликах.

Під час об'єктивного обстеження виявляють підвищення тону парасимпатичної системи, на що вказують уповільнення пульсу на 20-40 ударів, збільшення періоду білого дермографізму. З порушенням вегетативної нервової системи пов'язані об'єктивні дані, які діагностуються з боку системи кровообігу:

- тахікардія і підвищення артеріального тиску в перші дні змінюються на брадикардію та зниження артеріального тиску до норми або нижче від норми;
- під час перкусії з 4-5-го дня захворювання визначають розширення меж серця, особливо вліво;
- під час аускультатії вислуховують слабкість тонів серця, нижній систолічний шум, акцент II тону над аортою.

Синдром "скарлатинозного" серця підтверджується електрокардіографією, яка виявляє синусову брадикардію і аритмію.

Зміни з боку серця лабільні і стан дитини не погіршують.

Під час пальпації живота іноді визначають гепатолієнальний синдром.

Ускладнення.

У різні терміни перебігу скарлатини можуть розвиватися наступні види ускладнень.

Ранні токсичні - розвиваються у 1-й тиждень захворювання:

- 1) "Скарлатинозне" серце - інфекційний міокардит.
- 2) Токсичне ураження нирок - сеча набуває бурого кольору; білок 1-2%; еритроцити до 100; циліндрурія.
- 3) Синдром геморагічного васкуліту приєднується до висипки на 2-гу добу хвороби. Можуть виникати внутрішні кровотечі - у 99% випадків спостерігають шлунково-кишкові кровотечі.

Гнійно-септичні:

- 1) Ранні спостерігають на 1-2-му тижні захворювання.
- 2) Пізні - на 3-му тижні.

Розвивається сепсис із метастазуванням у різні органи і виникають:

- гнійна пневмонія;
- гнійний отит;
- бурсити;
- синусити;
- гнійний лімфаденіт

В 1-4% випадків бувають рецидиви скарлатини.

Імунно-інфекційні ускладнення - виникають після одужання.

- 1) Ревматизм.
- 2) Гломерулонефрит.
- 3) Хвороба Шенляйна-Геноха.

Оцінка стану пацієнта.

Медична сестра оцінює стан пацієнта за даними епідемічного анамнезу, скаргами пацієнта, головними клінічними проявами, що характерні для скарлатини:

- симптом Філатова (блідий носогубний трикутник);
- дрібнокрапкова висипка на гіперемованій шкірі;
- малиновий язик;

- білий дермографізм;
- ангіна з яскравим зівом - палаючий зів;
- “скарлатинозне” серце.

Важливим діагностичним критерієм скарлатини є лабораторні показники. У крові спостерігають: лейкоцитоз, нейтрофіліоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, збільшення ШОЕ. У сечі можуть визначатися такі зміни: альбумінурія, мікрогематурія, циліндрурія (за рахунок появи гіалінових циліндрів), олігурія.

Медична сестра повинна визначити ступінь важкості стану хворої дитини, і від цього залежатиме тактика надання допомоги. Показниками важкості є загальні симптоми інтоксикації, ступінь ураження горла та регіонарних лімфовузлів.

Аналіз стану дитини дозволяє медичній сестрі разом з батьками дитини сформулювати наявні та потенційні проблеми і скласти план сестринського догляду.

План сестринського догляду.

- 1) Дитина ізолюється на 22 дні.
- 2) Постільний режим.
- 3) Призначається щадна дієта.
- 4) Обов’язковою є антибіотикотерапія.
- 5) Вітамінотерапія.
- 6) При вираженій інтоксикації - дезинтоксикаційна терапія.
- 7) Проводиться лікування ускладнення

Оцінка результатів.

Результати лікування оцінюють спостерігаючи за хворою дитиною в палаті інфекційної лікарні або в умовах домашнього стаціонару. Термін суворої ізоляції - 10 днів. Реконвалесценти ДДЗ, діти перших 2-х класів школи через 22 дні. Після нормалізації стану та за умови добрих показників лабораторних аналізів до цього терміну додають 12 днів для спостереження за реконвалесцентом і профілактики ускладнень скарлатини.

Під час спостереження за дитиною необхідно уважно ставитися до нових проявів захворювання, щоб своєчасно діагностувати ускладнення. Виникненню важких ускладнень у хворих зі скарлатиною сприяє суперінфекція та реінфекція, а також порушення в догляді та лікуванні. Можливість виникнення суперінфекції різко зменшується за умови виконання таких санітарно-протиепідемічних заходів: провітрювання палати або кімнати, де ізольовано

хворого, вологе прибирання з використанням хлору, достатня площа приміщення, кварцування.

У разі виникнення ускладнень призначають повторні курси антибіотиків, при гнійних процесах необхідна консультація хірурга.

Профілактика- неспецифічна .

В основі профілактики скарлатини лежать загальні заходи:

- своєчасна ізоляція хворого на 22 дні ;
- термінове повідомлення в СЕС;
- карантин на 7 днів- нагляд за контактними + посів з горла ;
- проведення заключної та поточної дезінфекції;

ВІТРЯНА ВІСПА.

Вітряна віспа (varicella) - гостре інфекційне захворювання, що його спричинює фільтруючий вірус. Характеризується помірною інтоксикацією та висипкою на шкірі та слизових оболонках.

Збудник захворювання- фільтруючий вірус, який містить ДНК і належить до родини Herpesvirus.

Морфологічно він не відрізняється від вірусу простого герпесу. Різниця клінічних проявів між вітряною віспою та оперізувальним лишаєм полягає у специфічному імунітеті при цих захворюваннях.

Вітряна віспа - це прояв первинної інфекції в організмі дитини, оперізувальний лишай - прояв реактивно-патогенної інфекції в імунізованому організмі.

Вірус нестійкий до чинників зовнішнього середовища: гине на відкритому повітрі, під дією УФопромінення, дезінфекційних речовин. Зберігається тільки в умовах дуже низьких температур.

Приміщення, з якого виведено хворого, вже через 10-15 хв є безпечним для інших дітей.

Епідеміологія.

Джерелом інфекції є хвора дитина з 10-го дня інкубаційного періоду до 5-го дня від моменту останніх висипань, а також дитина, хвора на оперізувальний лишай. /

Механізм передачі інфекції – аерогенний (повітряно-краплинний) та вертикальний . Ворота інфекції - слизова оболонка верхніх дихальних шляхів, у клітинах епітелію починається перше розмноження вірусу. Лімфатичним шляхом віруси заносяться в кров”яне русло, з кров”ю надходять в епітеліальні

клітини шкіри і слизових оболонок, де утворюються пухирці з серозною рідиною і великою кількістю збудника.

Вірус вітряної віспи може уражувати клітини периферійних гангліїв, кори головного мозку, кори мозочка. Дуже рідко уражаються вісцеральні органи.

Чинники, що сприяють розвитку захворювання:

1. Часті захворювання дитини (більше ніж 4 рази на рік);
2. Вік дитини - 5-10 років.
3. Імунодефіцитні стани.
4. Неопластичні хвороби.
5. Лікування глюкокортикоїдами.

Сезонність епідемічного процесу: найвища захворюваність спостерігається в холодну пору року - з січня по травень.

Сприйнятливість населення до інфекції.

До вітряної віспи сприйнятливість дуже висока, індекс контагіозності становить 70-85%.

Найчастіше хворіють діти з вікової групи 5-10 років, вони становлять 90% хворих, однак захворіти можуть особи будь-якого віку, в тому числі новонароджені з низьким вмістом материнських антитіл.

Значно збільшується питома вага захворілих на вітряну віспу серед дорослих.

Перенесена хвороба залишає стійкий імунітет.

Вітряна віспа належить до масових дитячих інфекційних захворювань, це одна з найчастіших внутрішньолікарняних інфекцій.

Класифікація.

Форми

1. Типові.
2. Атипові:
 - а) рудиментарна:
 - б) геморагічна:
 - г) бульозна:
 - д) міліарна:
 - е) генералізована, або вісцеральна форма.

Ступені важкості

1. Легкий.
2. Середньої важкості.
3. Важкий.

Клінічні прояви. Інкубаційний період триває 11-21, найчастіше 14 днів. У більшості випадків захворювання починається гостро з підвищення температури тіла і висипки на шкірі, іноді можливі продромальні явища, що характеризуються змінами з боку нервової системи:

- загальне нездужання;
- дратливість або млявість;
- порушення сну;
- головний біль;
- тремор або судоми;
- блювання;
- порушення свідомості при важких формах.

В окремих випадках у продромальний період з'являється скарлатиноподібна або короподібна висипка. Але така висипка може з'явитися і в період максимального висипання вітрянкових елементів.

Головним проявом захворювання є ураження шкіри та слизових оболонок..

Характерні прояви висипки:

- з'являється в 1-й або 2-й день хвороби одночасно з підвищенням температури тіла:
- спостерігається швидкий розвиток елементів (декілька годин):
- розвивається поетапно: червоні плями - папули - везикули розміром 0,2-0,5 см в діаметрі:
- у зв'язку з поетапністю висипання і тривалістю 3-4 дні відзначається несправжній поліморфізм:
- розташовується в поверхневому шарі епідермісу на неінфільтрований основі, облямованій ділянкою гіперемії:
- пухирці однокамерні з мутним вмістом вже протягом 1-ї доби:
- характерне розташування - тулуб, лице, волосиста частина голови, незначно - на дистальних

відділах кінцівок, слизова оболонка порожнини рота, кон'юнктива, рідше - гортань, статеві органи.

- тривалість висипки 3-5 діб:
- на 1-3-му тижні кірочки злущуються зі свербінням, на їх місці залишається незначна пігментація, що поступово зникає;
- на слизових оболонках елементи мацеруються з утворенням ерозій, що загоюються через 3-5 днів.

Кожне нове висипання вітрянкових елементів супроводжується підвищенням температури тіла.

Особливо висока температура спостерігається під час першого висипання. Діти скаржаться на загальне нездужання, порушення апетиту, розлад сну, свербіж шкіри. Симптоми інтоксикації сильніше виражені у дітей раннього віку.

Атипові форми.

Рудиментарна форма спостерігається у дітей, які отримували імуноглобулін під час інкубаційного періоду:

- температура тіла нормальна;
- загальний стан не порушується;
- висипка у вигляді поодиноких розеол, папул з ледь помітними пухирцями.

Геморагічна форма розвивається у виснажених, ослаблених дітей зі змінами імунної системи, які страждають на геморагічний діатез, гемобластоз, сепсис або тривалий час отримували глюкокортикостероїди чи цитостатики. Прояви:

- вміст пухирців набуває геморагічного характеру;
- відбуваються крововиливи в шкіру і слизові оболонки;
- можливі кровотечі з носа, ясен, шлунка, кишок.

Бульозна форма може виникнути внаслідок приєднання бульозної стрептодермії.

Характеризується появою великих пухирців (діаметром 1-2 см) з мітним вмістом.

Пустульозна форма

-Гангренозна форма виникає в ослаблених дітей в разі поганого догляду, що сприяє приєднанню вторинної інфекції:

- значна запальна реакція навколо окремих пухирців, вміст яких стає геморагічним:

- утворення некротичних струпів, які після відторгнення оголюють глибокі виразки шкіри до фасцій і м'язів.

Генералізована, або вінцеральна форма зустрічається рідко. Спостерігається у новонароджених або дітей, які тривалий час приймали глюкокортикостероїди. Характеризується специфічним ураженням внутрішніх органів і кісткового мозку, в яких виникають дрібні вогнища некрозу.

У новонароджених і дітей раннього віку спостерігаються такі особливості перебігу хвороби:

- загальноінфекційні симптоми - кволість, субфебрильна температура, анорексія, блювання, часті випороження, рідкий кал:

- висипка може набувати геморагічного характеру:

- під час висипань визначається значний токсикоз, можливі судоми і непритомність:

- часто приєднується вторинна інфекція і розвиваються гнійні ускладнення.

Ускладнення. Ускладнення можуть бути специфічними (зумовленими вірусом) і як наслідок приєднання бактеріальної інфекції:

а) запалення верхніх дихальних шляхів - ларинготрахеобронхіт, пневмонія:

б) ураження нервової системи - енцефаліт, менінгоенцефаліт, мієліт, параліч лицевого нерва;

в) бактеріальні ускладнення - бульозна стрептодермія, флегмона, абсцес, імпетиго, бешіха, лімфаденіт, стоматит, кон'юнктивіт, кератит, сепсис;

г) розлади з боку внутрішніх органів.

Оцінка стану пацієнта. Оцінка стану дитини медичною сестрою базується на спостереженні за клінічними симптомами перебігу вітряної віспи, її формою та наявністю ускладнень. Діагноз вітряної віспи в типових випадках встановити легко. Слід пам'ятати, що прояви діатезу, стрептодермія і наслідки від укусів комах можуть нагадувати рудиментарну форму вітряної віспи. У важких випадках одночасно з вітряною висипкою на шкірі вірус може поширюватись у внутрішніх органах, уражувати центральну нервову систему. Слід звертати увагу на неврологічну симптоматику, перевіряти менінгеальні симптоми, наявність порушень з боку мозочка - тремор, атаксію. Особливої уваги медичної сестри потребують геморагічна форма інфекції та різні форми з приєднанням іншої мікрофлори.

Лабораторна діагностика. Картина крові практично не змінюється. Іноді в період розпалу хвороби спостерігають лейкопенію і відносний лімфоцитоз.

Специфічна діагностика. З метою серологічної діагностики застосовують РЗК. Для виявлення вітрянкових антигенів у вмісті везикул використовують імунофлуоресцентний метод.

Аналіз стану і лабораторних даних дозволяє медичній сестрі разом з батьками дитини сформулювати наявні та потенційні проблеми, скласти план сестринського догляду.

План сестринського догляду.

1. Організувати ізоляцію дитини в домашніх умовах.
2. Обробка елементів висипу - каламін(калмосан, циндол)
3. Стежити за тим, щоб нові елементи висипки відразу оброблялися.
4. Стежити за порожниною рота, слизових органів у дівчаток. У маленьких дітей проводити зрошення порожнини рота дезінфекційними розчинами за допомогою гумового балончика.
5. За призначенням лікаря застосовувати жарознижувальні, антигістамінні та інші симптоматичні

препарати.

Профілактика.

Неспецифічна:

- 1) своєчасне діагностування вітряної віспи на підставі оцінки клінічних проявів, даних лабораторного дослідження, ізоляція хворого до 10-го дня хвороби , або до 5-го дня від появи останнього елемента висипки ;
- 2) надсилання повідомлення до районної СЕС;
- 3) організація карантину в дитячому закладі на 21 день; ізоляція дітей, які контактували з хворим і відвідують дитячий садок чи перших три класи школи, з 11-го до 21-го дня від моменту контакту.
- 4) Поточна дезінфекція: правильна організація санітарно-протиепідемічного режиму в квартирі, кімнаті - провітрювання, вологе прибирання без дезінфекції; заключну дезінфекцію не проводять;

Специфічна профілактика – введення вакцини (живий ослаблений вірус)-варилрікс

Епідемічний паротит (mordus parotitis epidemika, mumps) — гостре інфекційне захворювання, яке спричинюється вірусом і характеризується гарячкою, ураженням залозистої та нервової тканини.

Етіологія. Збудником захворювання є РНК-вірус, який належить до родини Paramyxovirus. Вірус нестійкий до несприятливих умов зовнішнього середовища — висушування, опромінення, дії дезінфекційних розчинів, інактивується за температури 60*С протягом 20 хв, але стійкий до низьких температур, в яких зберігається декілька тижнів і навіть місяці.

Епідеміологія.

Джерело інфекції — хвора людина, яка стає заразною наприкінці інкубаційного періоду і особливо в перші 3-5 днів захворювання. Контагіозність закінчується на 9-й день хвороби.

Механізм передачі інфекції – аерогенний (повітряно-краплинний), фекально – оральний (аліментарний), парентеральний (трансплацентарний, чи вертикальний).

Патогенез

Воротами інфекції є слизова оболонка ротової порожнини, носа, глотки. Вірус потрапляє в кров і з кров'ю розноситься по організму (рання вірусемія). Збудник уражає різні залози: слинні, підшлункову, статеві. В залозах вірус адаптується, накопичується і знову потрапляє в кров, посилюючи вірусемію. До 9-го дня розпалу хвороби накопичуються антитіла, інфекційний процес закінчується.

Сезонність — спорадичні випадки та епідемічні спалахи, але найчастіше наприкінці зими та навесні.

Контагіозність - індекс контагіозності 20-40%.

Класифікація

Типові форми

1. Залозиста
2. Нервова
3. Комбінована

Атипові форми

1. Стерта
2. Безсимптомна

Клініка

Інкубаційний період триває 11-21 день. Може до 23-25, найчастіше 16-20 днів

Починається гостро, але іноді можуть спостерігатись продромальні явища.

Період розпалу хвороби. Основним проявом захворювання є ураження привушних слинних залоз.

Процес двобічний, але можливо й одностороннє запалення.

Характерні симптоми:

- підвищення температури тіла 38-39°C;

- припухлість і болючість привушних слинних залоз;
- біль під час відкривання рота;
- посилення болю під час вживання кислої рідини, їжі;
- підвищене слиновиділення;
- набряк та ущільнення м'яких тканин навколо залози;
- шкіра над залозою звичайного кольору, напружена, блискуча;
- біль відчувається під час натискання позаду від мочки вуха і в ділянці соскоподібного відростка — точка Філатова;
- гіперемія і набряк слизової оболонки в ділянці гирла протоки привушної залози — симптом Мурсу;
- іноді спостерігається набряк слизової оболонки глотки, мигдаликів.

Крім привушних залоз можливе ураження інших слинних залоз: підщелепних, під'язикових.

Ураження підшлункової залози може передувати ураженню слинних залоз бо виникнути одночасно.

Основні симптоми:

- 1) біль у животі, яка локалізується навколо пупка;
- 2) біль частіше нападopodobного, іноді оперізувального характеру;
- 3) нудота, повторне блювання.

Оріхит та епідидиміт спостерігають частіше у підлітків. Процес частіше однобічний. Характерні симптоми:

- раптовий початок через 6-8 днів від початку захворювання;
- підвищення температури тіла;
- озноб;
- яєчко збільшується в розмірах іноді в 2-3 рази, стає твердим;
- шкіра над яєчком набрякає, червоніє;
- визначається болісність під час пальпації;
- можлива атрофія яєчка, у 10–15% випадків порушується сперматогенез.

Ураження нервової системи перебігає у вигляді серозного менінгіту, менінгоенцефалітів, невритів черепних нервів, полірадикулоневриту.

Основні симптоми менінгіту — підвищення температури тіла, головний біль, багаторазове блювання, менінгеальні симптоми.

Основні симптоми полірадикулоневриту — температура тіла нормальна або субфебрильна, симетричні парези або паралічі кінцівок, втрата чутливості окремих ділянок тіла, больовий синдром.

Ускладнення - гіпертензивний синдром, парези лицьового, трійчастого і слухового нервів, глухота, цукровий діабет, пневмонія, отит.

Діагностика Лабораторна діагностика —

З лабораторних методів найбільш доказовим є виділення вірусу паротиту із крові, змивів з глотки, секрету слинної залози, спинномозкової рідини, сечі за допомогою ПЛР тестів, які стали альтернативою імунофлюоресцентних методів - як швидких методів виявлення антигену з перших днів захворювання.

Серологічні методи дозволяють виявити наростання титру антитіл лише через 1-3 тижні від початку захворювання. Метод парних сироваток передбачає взяття матеріалу на початку захворювання, та через 2-4 тиж від попереднього забору матеріалу. Діагностичним вважається наростання титру у 4рази та більше

Серологічний метод після 12-14 дня від початку захворювання (попередній діагноз виставляється клінічно).

Лікування -

1. Режим ліжковий протягом усього гострого періоду. По мірі покращення стану - напівліжковий, щадний. Сухе тепло на ділянку уражених слинних залоз, догляд за слизовою оболонкою ротової порожнини (полоскання розчином пермангата калію або 2% натрію гідрокарбонату).

2. Дієта № 5. Їжа в перші 3-4 дні повинна бути рідкою або напіврідкою, протертою, не містити спецій, компонентів, які підсилюють слиновиділення, рясне лужне пиття.

3. Медикаментозне лікування. Застосовують симптоматичне лікування (жарознижувальні, знеболюючі засоби, сенсебілізуюча терапія. При орхіті у перші дні захворювання використовують місцево холод, суспензію. В тяжких випадках проводять дезінтоксикаційну терапію, застосовують глюкокортикостероїди.

Профілактика

Специфічна профілактика - це активна імунізація дитини комбінованою (кір-краснуха-паротит) КПК в 1 рік (0,5 мл підшкірно), ревакцинація в 6 років.

Неспецифічна профілактика - спостереження за дітьми, які були в контакті, застосування марлевих пов'язок, провітрювання, вологе прибирання кімнати за допомогою дезрочинів, УФ-опромінення.

Заходи у вогнищі інфекції.

1. Хвору дитину ізолюють на 9 днів.
2. Відправляють повідомлення в СЕС,
3. В дитячому закладі накладається карантин на 21 день.
4. Заключна дезінфекція не проводиться, проводиться поточна біля пацієнта .

СНІД / ВІЛ

ВІЛ-інфекція залишається однією з глобальних проблем охорони громадського здоров'я: вірус забрав майже 33 мільйони людських життів по всьому світу. Однак завдяки розширенню доступу до ефективних засобів профілактики, діагностики та лікування, ВІЛ-інфекція перейшла в категорію хронічних захворювань, які піддаються терапії. ВІЛ-інфіковані можуть прожити довге і здорове життя.

ВІЛ/СНІД - інфекційне захворювання, що спричинюється лімфотропними ретровірусами, які уражають тимусзалежний ланцюжок імунної системи, при цьому організм стає сприйнятливим до вторинної інфекції та злоякісних пухлин.

ВІЛ - це абревіатура, яка означає «вірус імунодефіциту людини», що прямо вказує на його дію проти захисної системи організму.

Збудник ВІЛ-інфекції належить до ретровірусів. Він гине при 56°C через 30 хвилин, а при температурі кип'ятіння — через 1–3 хвилини.

Потрапляючи в організм людини, вірус найпершими атакує Т4-лімфоцити – клітини, що відповідають за розпізнавання чужорідних тіл та їхнє пригнічення. Коли кількість Т4-лімфоцитів у 1 мкл крові сягає менше ніж 200 одиниць, людина отримує ВІЛ-позитивний статус і стає вразливою до будь-яких хвороб.

Інший різновид лімфоцитів – Т8 – які трансформуються у плазматичні клітини і за отриманою інформацією від Т4 синтезують відповідні антитіла.

СНІД- синдром імунодефіциту людини . Потрапляючи до організму людини, вірус імунодефіциту розвивається в декілька етапів. Спочатку він активно розмножується, а приблизно через 28 днів починається вироблення антитіл. До кінця третього місяця їх стає достатньо для підтвердження інфекції за допомогою тесту. Цей час називають «періодом вікна», і він особливо небезпечний для оточення: людина ще не знає, що інфікована, але вже може передавати вірус іншим.

На наступних етапах інфекція «заспокоюється» і переходить у латентну фазу і може тривати до 7-12р, а може заявити про себе й через 4 міс. Увесь цей час кількість Т-лімфоцитів різко зменшується.

СНІД — це остання фаза розвитку ВІЛ-інфекції. Імунна система людини практично втратила будьяку здатність опиратися захворюванням. Захисні клітини з більшими темпами руйнуються вірусом ніж виробляються, їхній запас

критично знижується. В результаті навіть легка інфекція може стати для людини критичною. Між інфікуванням ВІЛ і розвитком СНІДу може пройти багато років безсимптомного перебігу. Якщо розпочати АРВ-терапію (антиретровірусна терапія, що стримує реплікацію вірусу) на ранніх етапах, можна підтримувати імунну систему та призупинити розвиток хвороби, поки вона не переросла в СНІД. Приймаючи терапію, можна жити з ВІЛ абсолютно повноцінно до глибокої старості.

Україна посідає одне з перших місць за кількістю ВІЛ-інфікованих осіб у європейському регіоні: приблизно кожен сотий громадянин 15-50 років має позитивний ВІЛ- статус, а нові випадки реєструють щодня. У 2020 році кожного місяця фіксували в середньому 1300–1400 нових випадків інфікування ВІЛ. СНІД виявляли щомісяця у 200–400 українців і ще близько 200 людей помирали від СНІДу.

Основними шляхами інфікування ВІЛ залишаються :

1. Контактний (незахищений секс)
2. Парентеральний (ін'єкційних наркотиків за допомогою нестерильного інструментарію, переливання інфікованої крові..)
3. Від матері до дитини : вертикальний (в/у) та горизонтальний (при проходженні через пологові шляхи та годування грудьми)

За даними ВООЗ сьогодні у світі більше 38 мільйонів людей живуть із ВІЛ. Зафіксовано понад 690 тисяч смертельних випадків, пов'язаних із вірусом. Але ці дані значно відрізняються від тих, що були на початку епідемії. Зокрема, завдяки антиретровірусній терапії з 2003 до 2015 року включно вдалося скоротити смертність від захворювань, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, на 43%.

Сприйнятливність населення до інфекції підвищується в групах ризику

- чоловіки - гомосексуали;
- “внутрішньовенні” наркомани;
- повії;
- часті реципієнти крові;
- хворі на гемофілію.

У проблемі педіатричного СНІДу групами ризику є:

- ВІЛ-позитивні вагітні жінки;
- ВІЛ-позитивні матері-годувальниці;
- рання наркоманія;
- рання проституція;

- діти, хворі на гемофілію та інші хвороби крові;
- реципієнти крові.

Перші симптоми та ознаки

На ранніх стадіях ВІЛ, як правило, не має жодних симптомів. До появи перших видимих ознак може минути 7-10 років.

Проте буває, що на ранній стадії проявляються симптоми, які дуже схожі на застуду:

- втома і сонливість;
- підвищена температура тіла;
- підвищене потовиділення;
- активний розвиток грибкових інфекцій.

Такі ознаки досить швидко зникають і хвороба переходить у наступні фази, приймаючи один з двох сценаріїв:

- затихає й не проявляється роками, періодично нагадуючи про себе деякими симптомами;
- переходить у гарячкову фазу: температура тіла підвищується, додаються розлади ШКТ, сильний головний біль, проблеми зі шкірою, висипи.

Симптоми ВІЛ-інфекції у жінок і чоловіків загалом схожі. До суто «жіночих» проявів можна віднести:

- посилення будь-яких вагінальних інфекцій;
- болючі менструації;
- велику кількість слизоподібних виділень в середині менструального циклу;
- анорексію (спостерігається і в чоловіків).

Шляхи інфікування

Вірус передається такими шляхами:

- статевий акт без презерватива з ВІЛ-позитивною людиною, яка не приймає терапію;
- ін'єкції спільною голкою (переважно під час приймання наркотичних речовин);
- переливання донорської крові та трансплантація органів;
- від матері до дитини при пологах та грудному вигодовуванні;
- нестерильні інструменти в салонах тату, пірсингу, манікюру

- медичні інструменти в закладах охорони здоров'я, якщо на них були залишки крові ВІЛінфікованої людини.

ВІЛ не передається:

- повітряно-крапельним шляхом (при чханні, кашлі, розмові);
- через обійми, рукостискання, поцілунки, під час користування поручнями в громадському транспорті;
- при спільному користуванні предметами побуту (посудом, постільною білизною, рушниками, туалетом, душем);
- через укуси тварин і комах.

Якщо ви знаєте, що у вашому оточенні є людина, яка живе з ВІЛ, не бійтесь з нею спілкуватись!

Перебіг хвороби . Від моменту потрапляння вірусу в організм до розвитку СНІДу можуть пройти роки.

Виділяють такі стадії ВІЛ-інфекції:

- початкова або гостра ВІЛ-інфекція;
- безсимптомна фаза (також відома як хронічна стадія або латентний клінічний період);
- збільшення лімфатичних вузлів;
- СНІД-асоційований комплекс (пре-СНІД);
- термінальна стадія СНІДу.

Вірус потрапив в організм й розпочався інкубаційний період. Він триває, як правило, до 6 тижнів, але може продовжуватися і до року. Тест іще не показує наявність антитіл або аналіз є сумнівним, але при цьому людина вже може передати вірус іншим. Може розвиватися гостра стадія ВІЛ-інфекції, яка супроводжується лихоманкою, висипом, розладом ШКТ тощо.

Вірус продовжує розмножуватися і зменшує кількість Т-лімфоцитів руйнуючи їх. Вірусне навантаження (збільшення часток ВІЛ у крові) зростає. Ця фаза триває в середньому 6–7 років, поки не почнуться вторинні прояви, серед яких різке збільшення лімфатичних вузлів. Проте, симптомів може й не бути зовсім.

СНІД-асоційований комплекс – четверта стадія, так званий пре-СНІД – характеризується посиленням симптоматики.

Організм стає вразливим до будь-яких хвороб. Спостерігається постійна діарея, сонливість, нічна пітливість і лихоманка. Страждає нервова система: з'являються порушення пам'яті та неврози. Язик змінює колір, стає «волохатим». Турбують постійні герпеси, дерматити та шкірні висипи. Людина

суттєво втрачає вагу та апетит.

Остання стадія хвороби — СНІД. У 80-х роках минулого століття від початку інфікування до розвитку СНІДу проходило в середньому 7 років.

Після старту термінальної стадії людині залишилось жити 10–12 місяців. З 1995 року люди, хворі на ВІЛ, приймають пожиттєву антиретровірусну терапію (АРТ). Вона не дозволяє хворобі перейти в останню фазу. Якщо СНІД уже почався, з терапією людина може прожити ще до 10 років.

Стадія СНІДу включає три категорії, найтяжчою з яких є категорія «С» із важкою симптоматикою та СНІД-індикаторними хворобами — пневмонія, туберкульоз та інші.

Заходи профілактики: специфічна профілактика не розроблена. Неспецифічна профілактика. Рекомендовано:

- вести обережне статеве життя з використанням презервативів;
- слідкувати за дотриманням стерилізації інструментів;
- не використовувати повторно голки, шприці, леза;
- перевіряти донорську кров на наявність вірусу.

Для дискордантних пар (пари, де один з партнерів – ВІЛ-позитивний) крім презервативів рекомендована доконтактна профілактика: приймання спеціальних препаратів ВІЛ-негативним партнером для зниження ризику передачі вірусу.

Навіть якщо у людини немає жодних симптомів і вона почувається добре – хоча б 1 раз на рік варто тестуватись на ВІЛ. Таким чином турбуватись про себе і своїх близьких.

Терапія для людей із ВІЛ-позитивним статусом

Дізнатись про свій позитивний ВІЛ-статус буває непросто. Здебільшого людину одразу поглинає тривога і вона ставить стандартні запитання: «Скільки залишилося жити?», «Чи можна це вилікувати?». Грамотна психологічна допомога та підтримка близьких будуть дуже корисними в цей період. Після прийняття ситуації та вивчення інформації про свій статус, людина починає повертатися до активного життя.

Сьогодні люди, які живуть з ВІЛ і приймають терапію, доживають до глибокої старості. В Україні лікування ВІЛ-інфекції є безкоштовним і кожен пацієнт має на нього право.

Лікування ВІЛ-інфекції включає:

- приймання АРТ;

- боротьбу з опортуністичними інфекціями (ті, що уражають людей з імунодефіцитами).

АРТ- антиретровірусна терапія Це препарати, які пригнічують розмноження вірусу . Одна таблетка може містити кілька видів лікарських препаратів, тому їхню комбінацію називають “схемою лікування”. Припинення або переривання АРТ призводить до активного розмноження вірусу ВІЛ та руйнування імунітету.

Якщо у пацієнта виявили ВІЛ, потрібно дотримуватись правил лікування:

- приймати антиретровірусні препарати;
- не переривати терапію;
- приймати виключно ті дози препарату, які призначив лікар;
- не змінювати час прийому ліків;
- регулярно здавайте аналізи для перевірки вірусного навантаження.

Допомогу можна отримати у сімейного лікаря, в центрах СНІДу, кабінетах «Довіри» , центрі

«Клініка дружня до молоді»

Рекомендована література :

Основна

1. Інфекційні хвороби у дітей: підручник / С.О. Крамарьов, О.Б. Надрага, О.Р. Буц та ін. — 3-є видання Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина» Рік і номер видання: 2023, 3-є перероблене і доповнене видання

2. Інфекційні хвороби у дітей | Л.І. Чернишова, А.П. Волоха, А.В. Бондаренко Видавництво —Знання Жанр — Навчальні посібники по медицині Рік видання — 2021

Додаткова

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.09.2011 № 595 (у редакції наказу

Міністерства охорони здоров'я України 11.08.2014 № 551)

ПОЛОЖЕННЯ про організацію і проведення профілактичних щеплень