

«

»

1

Научиться алгоритму диагностики, дифференциальной диагностики и лечения кори, краснухи, ветряной оспы и скарлатины.

2

- назвать методы диагностики и дифференциальной диагностики и лечения кори, краснухи, ветряной оспы, скарлатины.
- составить план специфической профилактики;
- перечислить алгоритм комплекса противоэпидемических мероприятий в очаге, предупреждающих возникновение и распространение инфекционных заболеваний.

3

Ребенок 5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры до 38 С, на коже выявлены элементы пятнисто-папулезной сыпи в волосистой части головы и на туловище. Ребенок был отправлен домой. Были выявлены элементы везикулезной сыпи на 2 день. Дома температура повышалась до 38,5 С, новые высыпания появлялись еще в течение 3 дней, обильные, были отмечены единичные элементы сыпи на слизистой полости рта.

Поставьте предварительный диагноз.
Обоснуйте диагноз.
Проведите диф. диагностику.
Назначьте лечение

4

-
-
- () - infection - () .

5

())
())

6

« »

- Корь
- Ветряная оспа
- Краснуха
- Скарлатина

7

- Корь – одна из ведущих причин смерти среди детей раннего возраста во всем мире
- 95% случаев кори – в странах с низкими доходами и слабой инфраструктурой здравоохранения
- В 2008 году в мире зарегистрировано 164 тысячи смертей от кори: 450 случаев в день или 18 случаев в час.

8

Ежегодно более 20 млн заболевают корью.

- В странах, где корь в значительной степени ликвидирована, случаи заболевания, ввезенные из других стран, остаются значительными источниками инфекции
- Заразиться корью могут все люди, не иммунизированные вакциной или не приобретшие иммунитет во время заболевания корью

9

Плановая иммунизация не менее 95% охвата

- Прививки для не привитых детей или не полностью привитых
- Усиление эпид.надзора в целях выявления, подтверждения и реагирования на каждый случай кори
- Повышение уровня информированности и знаний об иммунизации среди медицинских работников и населения в целях повышения спроса на вакцинацию.

10

- Корь – острая высококонтагиозная антропонозная вирусная болезнь, характеризующаяся циклическим течением, макулопапулезной сыпью на коже, патогномичными высыпаниями на слизистой оболочке рта, катаром верхних дыхательных путей и конъюнктив.
- После заболевания вырабатывается стойкий иммунитет.
- Более тяжело болеют дети с плохим физическим развитием. Вирус через верхние дыхательные пути попадает в кровь.

11

- *Возбудитель кори* – вирус.
- Вне организма человека он быстро погибает, высыхает под действием солнечных лучей. Единственным источником инфекции является человек (ребенок), так как это заболевание в основном детское. Вирус передается воздушно-капельным путем: при кашле, чихании, при смехе и т.д. Чаще болеют корью дети от 1-5 лет.

12

В клиническом течении различают четыре периода:

- инкубационный,
- катаральный,
- период появления высыпания сыпи
- пигментация (угасание сыпи).

13

- Инкубационный период длится от 9-11 до 21 дня.
- **Катаральный период** (продромальный) характеризуется ярко выраженным воспалением слизистой верхних дыхательных путей и конъюнктивы глаза.
- Болезнь начинается с повышения температуры тела до 38-39°C. Ребенок вялый, плаксивый, снижается аппетит, нарушается сон. Из носа выделяется обильный секрет. Ребенок часто чихает. Развивается конъюнктивит, слезотечение, светобоязнь. Появляется надсадный сухой кашель, осиплость голоса.

14

На 2-3 день продромального периода появляется характерный симптом для кори – пятна Бельского-Филатова-Коплика в виде очень мелких беловатых точек (похожи на манную крупу). Они располагаются на слизистой оболочке щек напротив малых коренных зубов и окружены красным ободком.

15

- **Период высыпания** начинается на 4-5 день болезни и продолжается 3-4 дня. Пятнисто-папулезная сыпь в начале появляется за ушами и в центре лица, потом распространяется на все лицо, шею, на туловище, на 3-й день на конечности.
- Элементы сыпи представляют собой розовые пятна неправильной формы диаметром до 5 мм. Они постепенно увеличиваются, приподнимаются над кожей и могут сливаться между собой.
- Первые два дня тяжелые, сопровождаются высокой температурой, лицо одутловатое, насморк, кашель, у грудных детей может быть жидкий стул.

16

- В период пигментации сыпь начинает темнеть (коричневый оттенок). Этот период длится 7-10 дней, затем исчезает в том же порядке. В конце исчезновения сыпи и воспалительных процессов слизистых оболочек верхних дыхательных путей и глаз ребенок быстро поправляется.

17

- Оценка эпидемиологической ситуации.
- Клиническая картина (выраженные катаральные явления, генерализованная сыпь, этапность высыпания, с пятнами Филатова-Бельского- Коплика на слизистой рта)
- Лабораторные данные : общий анализ крови (лимфопения, нейтропения),серологические исследования (определение специфических антител: IgM обнаруживаются в первые 2 суток после появления сыпи).

18



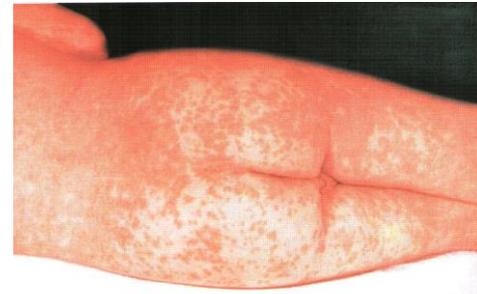
19



20



21



. Коревая сыпь на спине и в поясничной области у взрослой пациентки.

22

Катаральный период:

- Выраженность и продолжительность катарально-респираторного синдрома (*кашель, насморк, гиперемия зева, конъюнктивит, боль в горле*)
- Выраженный интоксикационный синдром (*температура тела от 38,10 до 40 С в течение 5-7 дней, интенсивная головная боль*)
- Энантема сохраняется до периода высыпаний

23

- Обильная экзантема.
- Крупнопятнистая сыпь сливного характера.
- Геморрагический компонент сыпи.
- Полилимфаденит.

24

- Помутнение роговицы (абсолютная слепота).
- Глубокие и обширные язвы рта
- Пневмония
- Энцефалит
- Серозный менингит
- Отит

25

- Вирус кори вызывает тяжелое медленно прогрессирующее дегенеративное заболевание – подострый склерозирующий панэнцефалит (6-22 случая на 1млн заболевших корью)
- С вирусом кори ассоциируется развитие хронических заболеваний
 - Системная красная волчанка
 - Рассеянный склероз
 - Гломерулонефрит

26

-
- Распространение вируса кори значительно возросло из-за того, что люди не прививаются, поэтому корь продолжает оставаться острой проблемой в ряде Европейских стран и США.
 - В последнее время, не смотря на успехи в глобальной борьбе против кори, происходит многочисленные вспышки в Европе и Африке.

27

-
- Вакцинация применяется в течение 40 лет .
 - Вакцинация – плановая: двумя дозами вакцины (в возрасте 1год и 6 лет)
 - Эффективность вакцинации составляет 95-98%
 - Поствакцинальный иммунитет сохраняется не менее 25 лет
 - С учетом современной эпид.ситуации нужна иммунизация взрослых

28

- Вакцина живая коревая
- Рувакс
- Приорикс

29

- **Лечение** в основном в домашних условиях. Особое значение имеет уход и санитарно-гигиенические условия (светлое, чистое, проветренное помещение). Постельный режим следует соблюдать в течение всего периода лихорадки и в первые 2-3 дня после снижения температуры.
- **Вакцинация против кори проводится живой вакциной КПК в возрасте 12 месяцев и 6 лет.**

30

- Подать экстренное извещение в СЭС.
- Изоляция больного.
- Выявление контактных и наблюдение за ними в течение 21 дня
- Прививать не привитых в очаге в течение 72 часов вакциной против кори.

31

- Острое инфекционное заболевание, протекающее кратковременной лихорадкой, интоксикацией, мелкопятнистой сыпью, похожей на корь, увеличением лимфатических узлов, особенно затылочных.

32

- Возбудителем краснухи является РНК содержащий фильтрующийся вирус, неустойчивый во внешней среде, чувствителен к УФО.

33

- Источник инфекции – больной человек и вирусоноситель.
- Пути передачи:
- Воздушно –капельный, трансплацентарный.
- Заражение краснухой в первые три месяца беременности приводит у половины женщин к выкидышу плода. В противном случае ребенок рождается с тяжелыми пороками развития, слепой, глухой, пороками сердца, микроцефалией, повреждением костей.

34

- Болеют дети от 6 месяцев до 10-12 лет. После заболевания формируется стойкий пожизненный иммунитет.
- Инкубационный период заболевания 14-21 день.

35

Вирус размножается на слизистой оболочке верхних дыхательных путей, затем проникает в кровь, ЦНС, дерму, лимфатические узлы. В случае внутриутробной краснухи, проникает в плаценту, инфицирует плод формируются различные аномалии развития плода.

36

- **Инкубационный период:** около 3-х недель .
- **Продромальный период:** недомогание, головная боль, катаральные явления, увеличение лимфоузлов (переднешейные – заднешейные – затылочные).
- **Период разгара:** нисходящая пятнистая сливающаяся сыпь, которая сохраняется 4-5 суток.
Увеличение печени и селезенки.
У женщин и девушек нередко отмечается полиартрит, сохраняющийся до 2-х недель.

37

- Начало острое: недомогание, повышение температуры до 37-38°C. И одновременно появляется мелкая бледнорозовая сыпь величиной с булавочную головку или рисовое зерно. Сыпь в начале возникает на лице и быстро покрывает тело. Исчезает она через три дня без шелушения и пигментации.
Важным симптомом является увеличение заушных, затылочных и заднешейных лимфатических узлов.

38

- В периоды эпидемического подъема заболеваемости краснухой растет число заболевших среди взрослых.
- Доля взрослых в общей структуре заболевших краснухой составляет около 22%.
- Количество не иммунных к краснухе женщин составляет от 2 до 35%.

39

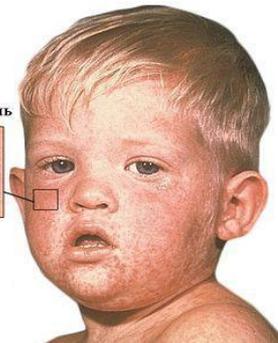
КРАСНУХА

мелкая красная сыпь

на шее

бедрах

и туловище



40

- Экстренное извещение в СЭС.
- Изоляция больного на дому в течение 5 дней с момента высыпания. Карантин не устанавливается для контактных детей, но за ними в течение 17 дней ведется наблюдение.
- Беременные женщины, не болевшие краснухой, должны избегать общения с больными!!!

41

Более тяжелое течение, чем у детей:

- Длительная и высокая лихорадка.
- Поздние сроки появления экзантемы.
- Обильная мелко-пятнистая сыпь.
- Продолжительный период экзантемы.

42

В периферической крови:

В периоде разгара – умеренная лейкопения, лимфоцитоз, появление плазматических клеток (10 – 20%) .

Плазматические клетки сохраняются в течение нескольких недель и даже месяцев в периоде реконвалесценции.

Сочетание наличия плазматических клеток с гиперплазией лимфоидной ткани является одним из достоверных признаков краснухи.

43

Самые опасные: энцефалит, менингоэнцефалит, энцефаломиелит.

Другие осложнения: пневмония, отит, ангина, артрит, связанный с присоединением вторичной инфекции.

Возможно развитие геморрагического синдрома: кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки, кровотечения различных локализаций, повышенная ломкость сосудов

44

- Вирус краснухи обладает тропизмом к эмбриональной ткани.
- Частота поражения плода зависит от срока беременности.
- Заболевание беременной женщины краснухой на 3 – 4 неделе беременности обуславливает врожденные уродства в 60% ,а на 13-16 неделе – в 7%.
- При заболевании у беременной вирус попадает в плаценту и инфицирует плод.

45

Частота синдрома врожденной краснухи в России – 2-5 на 1000 живых новорожденных;

- В США во время эпидемии 1964-65 гг. зарегистрировано 12,5 млн. случаев краснухи и 20000 случаев синдрома врожденной краснухи;
- В мире ежегодно регистрируется 300 тыс. случаев синдрома врожденной краснухи.

46

- :
- Одно- или двусторонняя катаракта иногда в сочетании с микрофтальмией;
 - Пороки сердца;
 - Глухота;
 - Геморрагическая сыпь;
 - Микроцефалия;
 - Анемия, тромбоцитопения;
 - Гепатит;
 - Пневмония;
 - Менингоэнцефалит;
 - Повышенная возбудимость, гиперкинезы, спастические параличи и парезы.

47

-
- Клиническая и эпидемиологическая
 - Лабораторная: обнаружение специфических антител (в парных сыворотках) с 4-х кратным нарастанием титра в РСК и РПГА.

48

Календарь профилактических прививок

- Первая вакцинация: 12 мес-КПК
- Ревакцинация: 6 лет- ККВ (КПК)

49

- Ветряная оспа – острая вирусная антропонозная инфекционная болезнь с аэрозольным механизмом передачи возбудителя. Характерна полиморфная макулопапулезно-везикулезная сыпь и лихорадка.

50

Возбудитель инфекции- вирус , содержащий ДНК, летучий, неустойчивый во внешней среде. Разносится на значительное расстояние , проникая в соседние помещения через щели, открытые форточки. Вирус обладает тропизмом к дерме, ЦНС, слизистым дыхательных путей, конъюнктивы, половых органов.

51

- Источник инфекции больной ветряной оспой и опоясывающим лишаем. Больной заразен с момента появления сыпи и до 5 го дня после появления последних свежих высыпаний.
- Пути передачи: воздушно-капельный.
- Иммуитет: стойкий, пожизненный.
- Инкубационный период 11-21 день.

52

Заболевание начинается остро. Сыпь локализуется на лице, волосистой части головы, туловище, конечностях. Сыпь полиморфная начиная с пятно, папула, везикула, корочка, рубец.

Одномоментно может встречаться сыпи в разных стадиях развития. Каждая высыпания сопровождается с подъемом температуры.



218

53

54

- Круп,
- пневмония,
- энцефалит,
- нефрит,
- артрит.
- Осложнения обусловленные вторичной инфекцией: нагноение пузырьков, абсцессы, флегмоны, лимфадениты.

55

Заболевание протекает тяжелее:

- Продолжительный продромальный период с явлениями интоксикации.
- Позднее появление специфической экзантемы .
- Обильные высыпания, у большинства – пустулезные.
- Наличие буллезных, геморрагических и гангренозных форм .
- Период отпадения корочек наступает позже и продолжается дольше .
- Высокая и продолжительная лихорадка.
- Висцеральные поражения (чаще – пневмония, может быть энцефалит.
- Вероятность осложнений гнойного характера.

56

- У лиц старше 15 лет осложнения и необходимость в госпитализации наблюдаются чаще.
- Пневмония является наиболее частым осложнением, и регистрируется у 15% пациентов данной возрастной группы .
- Летальность ветряной оспы у исходно здоровых взрослых в 30–40 раз выше по сравнению с детьми в возрасте 5–9 лет.

57



58

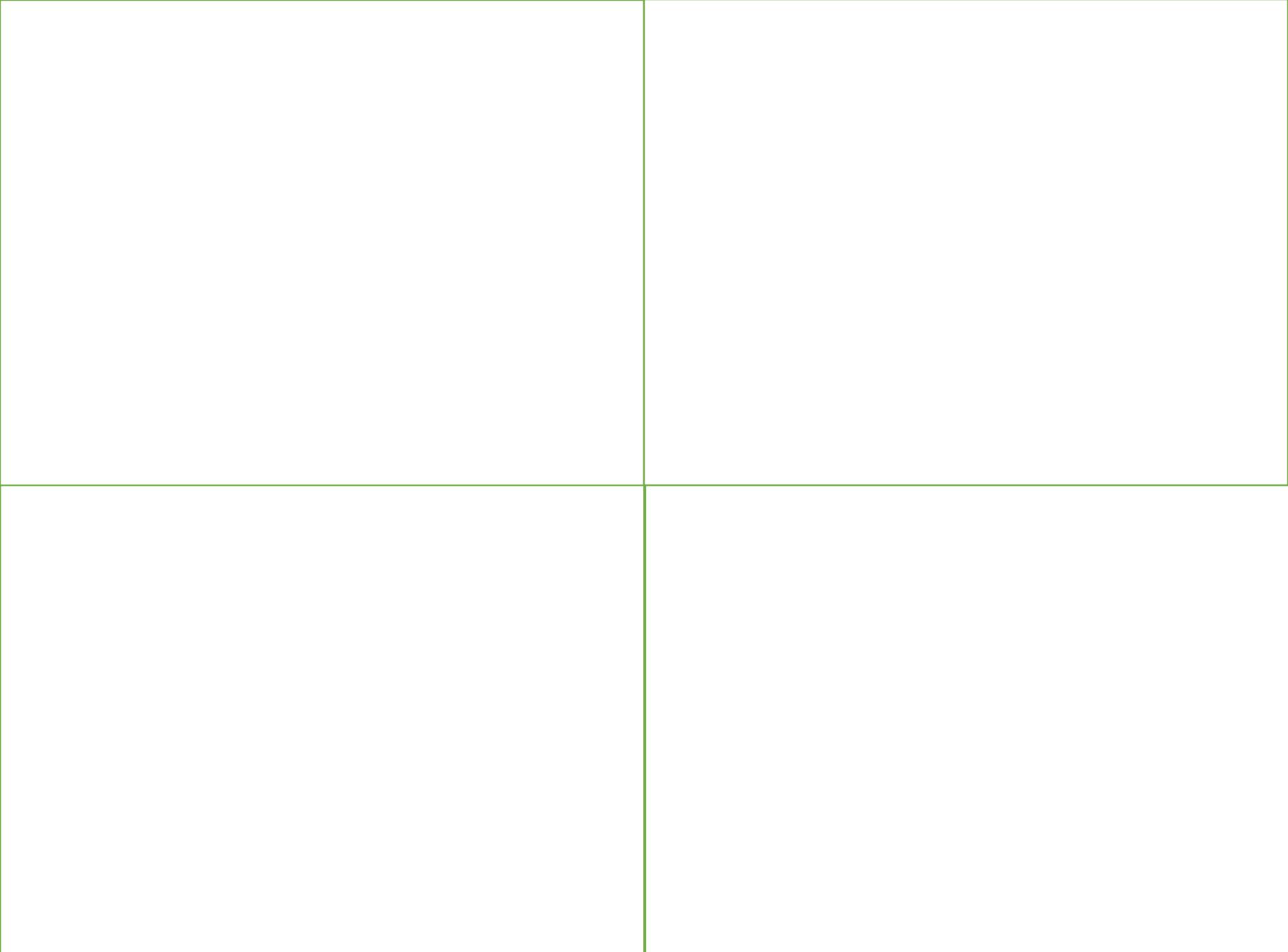
-
- Течение ветряной оспы у пациентов с иммунодефицитом
 - Более тяжелое течение заболевания по сравнению с исходно здоровыми лицами.
 - Период высыпаний длится дольше, вызывая большие страдания
 - Риск заражения выше, чем у здоровых лиц .
 - Летальность достигает 7-10%.
 - Факторы риска:
 - ВИЧ- инфекция.
 - Онкопатология .
 - Терапия, приводящая к иммуносупрессии.
 - Приобретенные иммунодефициты.
 - Первичные иммунодефициты.

59

Мероприятия в очаге

- Экстренное извещение в СЭС.
- Изоляция больных до 9 дня с момента заболевания
- Наблюдение за контактными 21 день.
- Контактные дети подлежат разобщению от здоровых детей с 11 дня контакта до 21 дня.

60



- Стрептококки выделяются во внешнюю среду со слюной, слизью из зева и носа. Скарлатиной можно заразиться через инфицированные предметы (игрушки, посуду, одежду и др.), а также через продукты (мороженое, молоко, кондитерские изделия с кремом).
- Чаще всего заболевают дети от 1 до 9 лет. Возможны случаи заболевания взрослых, которые не болели в детском возрасте.

65

Входными воротами инфекции являются миндалины, раневая или ожоговая поверхность кожных покровов. Развитие скарлатины обусловлено септическим, токсическим и аллергическим воздействием стрептококка.

66

Инкубационный период длится от 1 до 12 дней.

- Заболевание начинается остро, появляется озноб, резко поднимается температура до 39-40°С. Головная боль, недомогание, общая слабость, может быть рвота. Возникает боль при глотании.

Яркая гиперемия мягкого неба, язычка и миндалин – «пылающий зев». Ангина становится главным признаком заболевания. Она может быть фолликулярной, лакунарной и некротической.

- Увеличиваются подчелюстные и шейные лимфоузлы. Они становятся плотными, болезненными. Язык покрывается серо-белым налетом.

67

Обычно на первый день, редко на 2-3-й появляется ярко-красная мелкоточечная сыпь, колючая появляется на гиперемизированном фоне кожи, проявляется ярче и гуще в подмышечных впадинах, в паховых складках, локтевых сгибах и в подколенных ямках). На лице сыпь проявляется в виде сплошной гиперемии на щеках, лбу, оставляя носогубный треугольник.

68

Сыпь при скарлатине сохраняется яркой 1-3 дня, затем бледнеет и к 8-10 дню исчезает, не оставляя пигментации. После исчезновения сыпи начинается шелушение, вначале на мочке ушей, шее, затем на туловище и конечностях. На кистях и стопах шелушение крупнопластинчатое. Кожные покровы при скарлатине сухие шершавые, характерен белый дермографизм.

69



70



71

- лимфаденит,
- отит,
- синусит,
- гломерулонефрит,
- миокардит,
- ревматизм.
- Госпитализации подлежат дети с тяжелыми осложнениями. Для лечения используют антибиотики, антигистаминные средства. Особое внимание уделяется уходу за слизистой ротовой полости, небных миндалин.

72

- **Профилактика.** Больных детей изолируют на 10 дней с момента заболевания.
- Выздоровливающие допускаются к посещению ДУ и 1-2-х классов общеобразовательных школ через 22 дня от начала заболевания.
- После изоляции больного все его вещи, постельное белье, книги, игрушки дезинфицируют 0,5% раствором хлорной извести.
- Взрослые, которые были в контакте с больными, могут продолжать работать в детском коллективе, но обязаны находиться под медицинским наблюдением в течение 7 дней.

73

- Лейкоцитоз
- Нейтрофилез
- Ускоренная СОЭ
- Эозинофилия (в начале 3 недели)
- лимфоцитоз

74

- Септические (лимфаденит, отит, синусит, мастоидит, аденофлегмона)
- Аллергические (гломерулонефрит, миокардит, ревматизм, капилляротоксикоз, синовии)

75

Дз:



76

Дз:



77

- Преобладает стертая форма:
- Слабая интоксикация
- Катаральное воспаление в ротоглотке
- Скучная бледная, быстро исчезающая сыпь
- Возможно тяжелое течение с развитием токсико-септической формы

78

Токсикосептическая скарлатина

- Гипертермия
- Геморрагии, акроцианоз
- Низкое артериальное давление, глухие тоны сердца, слабый пульс
- Осложнения
- Поражение почек
- Некротическая ангина
- Миокардит
- Артрит
- Отит

79

- Лечение проводится на дому
- Обезболивающие препараты: ибупрофен, парацетамол и др.
- Местные антисептики НЕ показаны; можно использовать местные анальгетики (спрей или таблетки для рассасывания)
- Если оценка по Центору 2 балла и более, назначьте 10-дневный курс антибиотиков

80

- внутри за 1 час до или 2 часа
после еды

 - детям < 27 кг: 20 мг/кг/сутки, в 3 приема через 8 часов
 - детям > 27 кг и взрослым: 500 мг каждые 8 часов
- - Детям <27 кг: 50 мг/кг/сутки* в 2 приема внутри через 12 часов
 - Детям >27 кг и взрослым: 875 мг каждые 12 часов
- - в/м однократно
 - детям 1-10 лет – 600 тыс. ЕД
 - детям старше 10 лет – 1.2 млн. ЕД.

81

бензатин бензилпенициллин целесообразно назначать при:

- обоснованных сомнениях в том, что пациент будет соблюдать предписанный режим перорального приема

**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**