**ЛЕКЦІЯ 9**

**Тема: ГОСТРІ ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

**ПЛАН.**

1. Кір. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви
2. Паротитна інфекція. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви
3. Дифтерія. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви
4. Краснуха. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви
5. Скарлатина. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви
6. Вітряна віспа. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви
7. Коклюш. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви

**1.Кір. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви**

Кір - гостра інфекційна хвороба дитячого віку, яка характеризується загальною інтоксикацією, підвищенням температури тіла, катаром слизових оболонок дихальних шляхів і кон'юнктив очей, висипами на шкірі.

Збудник кору - вірус, що містить РНК. Він нестійкий у навколишньому середовищі, чутливий до ультрафіолетового опромінення, сонячного світла, висихання. Поза організмом людини вірус гине протягом ЗО хв., тому заключна дезінфекція при кору не проводиться.

Джерелом інфекції є хворий на кір. Найбільша заразність спостерігається в початковому катаральному періоді і в перші дні висипання.

Шляхи передачі кору - повітряно-краплинний (через повітря, із бризками слини", з виділеннями з носа та горла, з очей, під час розмови, кашлю, чхання). Вірус може поширюватися на значні відстані - через коридори, сходові клітки в сусідні кімнати та квартири. Заразитися можна в перші 4-5 днів, доки не з'явився на шкірі висип та протягом усього періоду висипання. Найчастіше заражаються діти від 1 до 10 років.

Сприйнятливість до кору дуже висока. У дитячих колективах (ясла, садки, школи) хвороба охоплює майже всіх дітей, котрі в минулому не хворіли на кір і не пройшли щеплення. Після 3-місячного віку, коли зникають передані матір'ю антитіла (якщо вона свого часу перехворіла), діти можуть захворіти в будь-якому віці.

Інкубаційний період (період розвитку) триває приблизно 10-12 днів. У хворих, які одержали гамаглобулін, цей період триває до 28 днів.

Інвазія (період перед висипанням) триває 3-4 дні, доки з'являється висип на шкірі. Температура поступово підвищується й іноді досягає 39-40°С. Починається носовий та очний катар: дитина чхає, кашляє, з носа тече водяниста секреція, очі червоніють, сльозяться, повіки припухають, прикриваючи очі; яскраве світло дратує дитину. Хвороба схожа на простуду, її часто помилково трактують як грип, нежить чи ринофарингіт.

Для періоду інвазії характерний так званий показник Філатова-Копліка: на слизовій оболонці щік, на рівні корінних зубів з'являються червоні плямки навколо білих горбочків (немов манні крупи), розсипаних по слизовій оболонці. Глотка стає яскраво-червоного кольору, на м'якому піднебінні видно маленькі червоні крапки (крововиливи). Загальний стан погіршується: дитина стає сонливою, відмовляється їсти, старші діти скаржаться на головний біль і біль у м'язах.

Період висипання. Висип (екзантема) з'являється на шкірі через 3-4 дні від початку хвороби: спершу поза вухами, на обличчі та на шиї. Наступного дня плями з'являються на тулубі, а ще через 2-3 дні поширюються по всіх кінцівках (згори аж до пальців). Коли висип досягає рук та ніг, він починає бліднішати на обличчі та шиї, а температура спадає. Протягом усього періоду висипання температура тримається на високому рівні (39-40°С).

Висип на шкірі у хворого на кір має вигляд червоних плям різної величини, неправильної форми; подекуди плями зливаються; між плямами завжди залишаються ділянки здорової шкіри. Якщо натиснути, плями зникають, якщо помацати, вони здаються випуклими та оксамитними. Через 3-4 дні висипання блідне й зникає в тій самій послідовності, що й з'явилося (згори донизу).

Період видужання починається через 6-8 днів від початку хвороби. На місці висипу залишаються коричневі плями, потім вони лущаться (це триває близько тижня). Поступово зникає кашель та виділення з носа. Загальний стан поліпшується, дитина стає жвавішою, просить їсти. Через 9-10 днів хвороба минає. У цей період часто розвиваються ускладнення, особливо в дітей до 2-3 років. Після кору захисні функції організму різко знижуються, мікробні інфекції набувають важких форм, загрожують життю дитини.

Найтяжчі ускладнення в дитини молодшої 2-х років – це бронхопневмонія, коровий круп (закупорювальний ларингіт), який може призвести до ядухи дитини через звуження та закриття голосової щілини.

Кір лікують удома під наглядом лікаря.

***Гігієнічне та дієтичне лікування.*** Поки тримається гарячка та під час ускладнень дитину потрібно тримати в ліжку. Треба уникати контакту з особами, що мають якісь недуги (нежить, грип, тонзиліти, нашкірні інфекції тощо). Кімнату дитини не можна перегрівати, її треба добре провітрювати та забезпечувати вологість повітря (ставити посуд із водою біля калорифера чи на батареях, розвішувати вологі рушники). Якщо в дитини запалені очі, а яскраве світло її дратує, треба вночі користуватися меншими лампочками, а вдень завішувати вікна..Відразу ж після того, як спала температура, дитині роблять загальну ванну. Поки тримається гарячка й дитина відмовляється від їжі, не треба примушувати її; можна давати їй пити, потроху, але часто. Коли в дитини з'являється апетит, їй можна давати нормальну їжу, залежно від її смаків і бажань.

***Профілактика.*** У нашій країні обов'язкова планова активна імунізація живою коровою вакциною. Згідно з календарем профілактичних щеплень, щеплення проводиться двічі: у 12-15 місяців та в 6 років. У разі епідемічних показань та наявності протипоказань до щеплення використовують як специфічний засіб профілактики протикоровий імуноглобулін. Він вводиться дітям до 1 року (починаючи з тримісячного віку), яким не було зроблено протикорової вакцинації; дітям у віці до 6 років з протипоказаннями до щеплень і ослабленим дітям (без обмеження віку). Імуноглобулін вводять не пізніше 6-го дня від моменту контакту.

Заходи у вогнищі. 1. Хворого на кір ізолюють удома або госпіталізують до стаціонару. Строки ізоляції від моменту появи висипу - 5 днів, у разі ускладнень - 10 днів. Після вказаних строків ізоляції та клінічного видужання реконвалесцент кору може перебувати в дитячому колективі. 2. Строк карантину для контактних, які не хворіли, і невакцинованих становить 17 днів, при введенні імуноглобуліну - 21 день. Якщо хворого на кір виявлено в дитячому колективі, де всіх дітей вакциновано або вони раніше вже хворіли на кір, карантин не встановлюється. 3. У зв'язку з малою стійкістю вірусу кору заключну дезінфекцію не роблять. 4. За вогнищем встановлюють медичний нагляд.

**2Паротитна інфекція. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви**

Паротитна інфекція (свинка) - це гостре інфекційне захворювання, яке характеризується загальною інтоксикацією, ураженням слинних залоз, рідше - інших залозистих органів та нервової системи.

Збудник паротитної інфекції - вірус, який малостійкий у навколишньому середовищі.

Джерелом інфекції є хвора людина, контагіозна з останнього дня інкубаційного періоду і до 9-го дня від початку хвороби.

Шлях передачі паротитної інфекції - повітряно-краплинний, найчастіше на близькій відстані від хворого.

Вхідними воротами інфекції є верхні дихальні шляхи. В епітелії слизових оболонок верхніх дихальних шляхів вірус паротитної інфекції розмножується, проникає в русло крові і розноситься по всьому організму. Володіючи тропізмом до залозистої та нервової тканин, вірус фіксується у них, розмножується, нагромаджується у великих кількостях і спричиняє запальну реакцію. Уражується один із органів або кілька (одночасно або послідовно). Найчастіше вражається одна або дві привушні слинні залози, через що хворобу назвали паротитна інфекція (типова форма хвороби).

Розмноження та нагромадження вірусу у великій кількості у слинних залозах, виділення його зі слиною сприяють тому, що інфекція передається повітряно-краплинним шляхом. При ураженні інших залозистих органів і нервової системи розвиваються атипові форми паротитної інфекції (субмаксиліт, сублінгвіт, панкреатит, серозний менінгіт, менінгоенцефаліт та ін). Вони можуть розвиватися первинно або на певному етапі хвороби - на фоні попереднього ураження привушних слинних залоз. У таких випадках атипові форми не можна трактувати як ускладнення. Це безпосередні прояви паротитної інфекції.

Інкубаційний період становить 11 -23 дні, найчастіше 18-20 днів.

Клініка паротитної інфекції дуже різноманітна, що пов'язано з різною локалізацією патологічного процесу. Типова форма хвороби, власне епідемічний паротит, починається звичайно гостро з підвищення температури тіла та появи набряку в ділянці привушних слинних залоз (з одного боку, іноді одночасно з обох). Набрякають привушна слинна залоза та підшкірна основа, що оточує її. Набряк заповнює ямку між гілками нижньої щелепи та соскоподібним відростком, може поширюватися на шию та обличчя. Шкіра над ураженою залозою напружена, блискуча, але зберігає нормальне забарвлення. Поява набряку супроводиться болем, який посилюється під час жування та ковтання. Часто, через 1-2 дні, набрякає друга привушна залоза. Обличчя має характерний вигляд, з чим пов'язують назву хвороби - свинка. Набряк ураженої слинної залози збільшується протягом 3-5 днів, потім поступово зменшується і на 8-ІО-й день повністю зникає.

Одночасно з ураженням привушної слинної залози або через 2-7 днів можуть розвиватися інші прояви паротитної інфекції (атипова форма). Субмаксиліт та сублінгвіт характеризуються набряком відповідної залози та підшкірної основи шиї, температура тіла звичайно підвищується, самопочуття погіршується. Панкреатит у типових випадках характеризується сильним, часто оперізуючим, болем у надчеревній ділянці. Спостерігаються нудота, повторне блювання, іноді - пронос.

Орхіт розвивається в період статевого дозрівання та у молодих чоловіків, як правило, після попереднього, віддаленого у часі на 5-7 днів, ураження слинних залоз. Явища загальної інтоксикації при орхіті -чітко виражені загальне нездужання, значне підвищення температури тіла (39°С і вище), судинна недостатність. Біль у ділянці яєчка ірадіює в пахвинну ділянку та в поперек. Яєчко набрякає, значно збільшується, стає болючим. Мошонка також набрякає. Двобічний орхіт спостерігається дуже рідко. Поліпшення загального стану та зменшення локального процесу починається через 2-3 дні. Ці прояви хвороби в наступні дні поступово зменшуються і зникають через 7-10 днів. Оофорит, мастит спостерігаються іноді у дівчаток у період статевого дозрівання та у молодих жінок.

Серозний менінгіт звичайно розвивається на фоні попереднього паротиту чи субмаксиліту, через 3-7 днів, рідко передує їм; буває він також ізольованим як єдиний прояв паротитної інфекції - первинний паротитний менінгіт. Початок хвороби гострий: головний біль, повторне блювання, підвищення температури тіла. Перебіг паротитного менінгіту звичайно доброякісний. Госпіталізація обов'язкова.

Хворий на паротитну інфекцію повинен дотримувати постільного режиму протягом усього гострого періоду хвороби.

***Профілактика.*** Проводять планову активну імунізацію всіх дітей живою ослабленою протипаротитною вакциною у віці 12-15 міс. Повторне щеплення (ревакцинація) проти паротиту проводиться в 6 років і в 15 років хлопцям.

Заходи у вогнищі.

1. Хворого на паротитну інфекцію ізолюють вдома або госпіталізують (якщо є показання). Строки ізоляції становлять 9 днів від початку хвороби.

2. Карантин накладають на дітей до десятирічного віку, які були в контакті з хворим на паротитну інфекцію і не мали раніше цього захворювання, строком на 21 день. Коли точно встановлено час контакту, таких дітей допускають у дитячі заклади перші 10 днів після контакту (мінімальний інкубаційний період) та ізолюють з 11-го по 21-й день з моменту контакту.

3. Заключну дезінфекцію не проводять. Після ізоляції хворого провітрюють приміщення.

4. За вогнищем установлюють медичний нагляд. Важливим є облік стертих і атипових форм епідемічного паротиту.

**3.Дифтерія. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви**

Дифтерія - гостра інфекційна хвороба переважно дитячого віку, яка характеризується загальною інтоксикацією та місцевим запальним процесом з утворенням фібринозних плівок на слизових оболонках зіва (глотки), носа, гортані, трахеї, бронхів, очей, зовнішніх статевих органів і на пошкодженій шкірі.

Збудником дифтерії є дифтерійна паличка. У навколишньому середовищі вона стійка, чутлива до високої температури та дезінфікуючих засобів. Бувають токсичні та нетоксичні штами дифтерійної палички. Клінічні прояви дифтерії виникають тільки при розмноженні в організмі токсичних дифтерійних паличок.

Джерело інфекції- хвора на дифтерію людина та бактеріоносій. Найбільш небезпечним джерелом інфекції є хворий на дифтерію, який виділяє в навколишнє середовище значну кількість токсигенних дифтерійних паличок, особливо під час гострого періоду хвороби.

Шляхи передачі. Дифтерія - типова повітряно-краплинна інфекція. Проте у зв'язку зі стійкістю збудника буває і контактна передача інфекції: прямий контакт (наприклад, поцілунок) і непрямий (передача збудника через предмети, з якими стикався хворий - посуд, іграшки та ін.). Заразитися дифтерією можна і через харчові продукти (наприклад, молоко).

До дифтерії сприйнятливі всі вікові групи, але найчастіше хворіють діти від 1 до 10 років. Останнім часом серед хворих на дифтерію збільшується питома вага дітей старшого шкільного віку та дорослих. Індекс контагіозності при дифтерії становить 0,15-0,2. В умовах тісного та тривалого контакту з хворим або дифтерійним бактеріоносієм індекс контагіозності підвищується.

Інкубаційний період триває 2-10 днів. Залежно від локалізації процесу визначають дифтерію зіва (глотки), носа, гортані, трахеї, бронхів, очей, зовнішніх статевих органів та пошкодженої шкіри. Найчастішою формою дифтерії є дифтерія зіва, або дифтерія глотки -дифтерійна ангіна. Дифтерія зіва поєднується в окремих випадках з дифтерією гортані (комбінована форма). Дифтерія гортані може бути самостійним захворюванням (дифтерійний круп). Дифтерія носа нерідко також поєднується з іншою локалізацією процесу (наприклад, дифтерія носа та зіва, дифтерія носа та гортані та ін.). До дифтерії рідкісних локалізацій належить дифтерія очей, вуха, зовнішніх статевих органів, пошкодженої шкіри та пупкової ранки.

Дифтерія зіва (глотки, ротоглотки). Залежно від ступеня загальної інтоксикації та поширення місцевого процесу розрізняють локалізовану, поширену та токсичну дифтерію зіва.

Локалізована дифтерія зіва характеризується помірною інтоксикацією та місцевим запальним процесом, що обмежується ділянкою піднебінних мигдаликів. Хвороба починається нездужанням, втратою апетиту, субфебрильним або фебрильним підвищенням температури тіла, болем при ковтанні, помірним збільшенням дещо болісних піднижньощелепних (тонзилярних) лімфовузлів. Залежно від характеру ураження піднебінних мигдаликів локалізовану дифтерію зіва поділяють на плівчасту, острівцеву та катаральну.

При плівчастій формі локалізованої дифтерії зіва слизова оболонка помірно червона, мигдалики збільшені, на їхній поверхні є білуваті, сірувато-білі або сірі нальоти з гладенькою або дещо хвилястою поверхнею, чітко окресленими краями. Нальоти щільно влаштовані на прилеглій тканині, важко знімаються шпателем. Зняття нальоту зумовлює кровотечу з ураженої ділянки мигдалика. Якщо знятий наліт помістити у воду кімнатної температури, то він зберігає свою форму, навіть якщо на нього діяти предметом з тупими краями (наприклад, шпателем). Це свідчить про його фібринозний характер. Бактерійний наліт у воді поступово «розчиняється», змінює форму, його легко можна роз'єднати шпателем.

При острівцевій формі локалізованої дифтерії зіва спостерігається щільно зв'язані з поверхнею помірно збільшених і почервонілих мигдаликів острівки нальотів білуватого або білувато-сірого кольору з неправильними обрисами.

При катаральній формі локалізованої дифтерії помірно збільшуються і червоніють мигдалики. Температура тіла субфебрильна або нормальна, симптомів загальної інтоксикації практично немає. Катаральну форму дифтерії зіва можна встановити тільки у разі бактеріологічного обстеження контактних у вогнищах інфекції.

Поширена дифтерія зіва характеризується чіткіше вираженими явищами загальної інтоксикації. З'являються слабкість, анорексія, температура тіла підвищується до фебрильних чисел (38°С і вище), спостерігаються помірний біль у горлі, який іноді значно посилюється під час ковтання, болючість збільшених тонзилярних лімфатичних вузлів. Типовими є фібринозні сірувато-білого або брудно-сірого кольору нальоти, які поширюються за межі мигдаликів - на передні піднебінні дужки, язичок, зрідка на задню стінку глотки. Слизова оболонка зіва помірно червоніє. Набрякає слизова оболонка зіва навколо ділянки ураження нальотами (перифокальний набряк зіва).

Токсична дифтерія зіва розвивається іноді з локалізованої або поширеної, але найчастіше з самого початку починається як токсична. Початок хвороби гострий; температура тіла швидко підвищується до 39°С і більше, з'являються головний біль, різка загальна слабкість, анорексія. Спостерігається нейротоксикоз (раніше він вважався нехарактерним для дифтерії), особливо у дітей раннього віку. Збудження, марення (особливо вночі), іноді навіть порушення свідомості - все це прояви нервово-психічних розладів при дифтерії. Проявами інтоксикації при токсичній дифтерії є блювання та біль у животі. Блювання здебільшого повторне і, поряд з болем у животі, відображує ступінь тяжкості дифтерійної інтоксикації. Незважаючи на інтенсивність локального запального процесу в зіві, біль у горлі звичайно помірний. Мигдалики дуже збільшені, іноді торкаються один одного, їхня поверхня вкрита товстими білувато-сірими, сірими, брудно-сірими нальотами з нерівною поверхнею. Нальоти поширюються на передні піднебінні дужки, язичок, м'яке, а іноді і тверде піднебіння, задню стінку глотки, носоглотку. Спостерігаються помірне почервоніння і різкий набряк слизової оболонки зіва (ротоглотки) і прилеглих тканин. Значний набряк та товсті нальоти при токсичній дифтерії зіва утруднюють дихання -воно стає шумним, хрипкуватим. Голос гугнявий. Обличчя бліде, губи сухі, потріскані. Рот напіввідкритий. При огляді зіва відчувається неприємний солодкувато-гнилий запах. Набрякає підшкірна основа шиї. Шкіра над ділянкою набряку не змінюється. Набряк шиї, як правило, двобічний, щільнуватий. Останнім часом дедалі частіше спостеріга­ються значна щільність набряку шиї та синюватий колір шкіри цієї ділянки. Розрізняють токсичну дифтерію І ступеня - набряк поширюється до середини шиї, II ступеня - до ключиці і III ступеня -нижче ключиці. При токсичній дифтерії часто бувають носові кровотечі та інші прояви геморагічного діатезу.

1. Краснуха. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви
2. Скарлатина. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви
3. Вітряна віспа. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви
4. Коклюш. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви

**4.Краснуха. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви**

Краснуха - гостра інфекційна хвороба, яка характеризується незначною або помірною інтоксикацією, дрібним плямисто-папульозним висипом та лімфаденопатією (збільшенням лімфатичних вузлів).

Краснуха в минулому вважалася однією з найлегших інфекційних хвороб і становила інтерес лише з погляду диференціальної діагностики з кором. Останнім часом цю інфекцію розглядають також у зв'язку з установленням її ролі у виникненні природжених вад розвитку.

Збудник краснухи - вірус, що містить РНК. Досить стійкий у навколишньому середовищі, може зберігатися при кімнатній температурі та висушуванні. При ультрафіолетовому опроміненні відразу гине. Чутливий до дії хімічних речовин та високої температури.

Джерелом інфекції є хвора людина. Найбільш заразна вона на 1 -2-й день до появи висипу і в перші 5 днів після його появи.

***Основний шлях передачі краснухи*** – повітряно - краплинний. Так як вірус є в крові, сечі, випорожненнях та має відносну стійкість, припускають можливість передачі краснухи контактним шляхом, а також безпосередньо через кров під час ін'єкцій. Краснуха передається також через плаценту плода від вагітної з клінічно вираженою або безсимптомною формою хвороби.

Сприйнятливість дітей до краснухи висока. Хворіють в основному діти від 1 до 10 років. Діти старшого віку та дорослі хворіють рідко. Після перенесеної краснухи залишається стійкий імунітет.

Інкубаційний період становить 15-21 день, може тривати до 24 днів. Продромального періоду не буває, або він дуже слабко виражений. Спостерігаються субфебрильне підвищення температури тіла, нездужання, незначний нежить, покашлювання, катаральний кон'юнктивіт.

Типовим раннім симптомом краснухи є збільшення задньошийних, потиличних, білявушнах та інших лімфатичних вузлів. Цей симптом з'являється за 1-3 дні до висипу і зберігається 10-14 днів. Висип з'являється на обличчі, шиї, поширюючись протягом кількох годин по всьому тілу. Переважна локалізація висипу - розгинальні поверхні кінцівок, спина, сідниці. На обличчі, грудях та животі кількість висипань менша. Елементи висипу при краснусі - рожеві, круглої й овальної форми плями або папули, які дещо піднімаються над шкірою. За величиною вони бувають від макового зернятка до сочевиці. У деяких хворих переважають дрібніші елементи, в інших - більші. Елементи висипу"не схильні до злиття. Висип утримується протягом 2-3 днів, безслідно зникає і не залишає пігментації та лущення.

Тяжко переносять краснуху дорослі. У них часто спостерігаються явища загальної інтоксикації (головний біль, слабкість, втрата апетиту), біль у м'язах, особливо шийних, у суглобах, помірно або інтенсивно виражені катаральні явища з боку верхніх дихальних шляхів і кон'юнктив. Температура тіла може досягати 39°С. Висип рясний і має схильність до злиття. Такий перебіг краснухи буває іноді й у дітей.

Внутрішньоутробне зараження в початкові строки вагітності (перші 2-3 міс.) нерідко веде до порушень ембріогенезу та розвитку виродливості (мікроцефалія, гідроцефалія, катаракта, глухота, ретинопатія, глаукома, пороки серця, зміни в будові скелета). Різноманітні форми ембріопатій можуть комбінуватися (природжений синдром краснухи).

При зараженні краснухою після завершення ембріогенезу розвиваються фетопатії: гепатит, ураження легень, тромбоцитопенічна пурпура, анемія та ін. У разі зараження плоду наприкінці вагітності може народитися хвора на краснуху дитина. Хвороба в таких випадках має затяжний характер, тривалим є вірусоносійство.

Хворий на краснуху повинен дотримуватися постільного режиму до повної ліквідації клінічних симптомів хвороби.

***Профілактика.*** Згідно з календарем профілактичних щеплень, проводиться вакцинація у 12 місяців, ревакцинація - 6 років. Другу ревакцинацію проводять тільки дівчатам у 15 років.

Заходи у вогнищі.

1. Ізоляція хворих до 5-го дня від моменту висипань.

2. Дітей, які були в контакті з хворим, не ізолюють.

3. Потрібно оберігати вагітних жінок, які не хворіли на краснуху, від спілкування з тими, хто захворів. Вважають, що захворювання жінки в перші місяці вагітності лабораторно підтвердженою краснухою є підставою для припинення вагітності у зв'язку з великим ризиком ембріопатії.

4. Введення муноглобуліну з метою профілактики краснухи у контактних з хворим (дітей та дорослих) не є ефективним.

5. За вогнищем установлюють медичний нагляд.

**5.Скарлатина. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви**

Скарлатина — гостре інфекційне захворювання переважно дитячого віку, яке характеризується явищами загальної інтоксикації, ангіною, регіонарним лімфаденітом, дрібноточковим висипом з наступним пластинчастим лущенням.

Збудник скарлатини — бета-гемолітичний стрептокок групи А. Відомо 46 серологічних типів цього стрептокока. Кожен з них може спричинити скарлатину. Антитіла, які утворюються в організмі після перенесеної скарлатини у відповідь на дію токсину, зв'язують токсини стрептокока всіх типів (антитоксичний імунітет); антибактеріальні антитіла виробляються тільки проти того типу стрептокока, який викликав захворювання.

Джерелом інфекції є хворий на скарлатину, контагіозний з моменту захворювання до 22-го дня від початку хвороби, а також хворий (дитина або дорослий), в якого є інша стрептококова хвороба (ангіна, назофарингіт, стрептодермія та ін.).

Основний шлях передачі скарлатини — повітряно-краплинний. Певну роль при поширенні скарлатини відіграє передавання інфекції контактним шляхом - через третю особу та через предмети, яких торкався хворий. Бувають також харчові спалахи скарлатини - через молоко, холодець тощо.

Найбільше випадків захворювання скарлатиною спостерігається серед дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Діти першого року життя і після 15-річного віку на скарлатину хворіють рідко. Індекс контагіозності при скарлатині становить 0,4.

Інкубаційний період при скарлатині триває 2-7 днів, іноді збільшуючись до 12 днів.

Початок хвороби гострий. Температура тіла підвищується до 38-39°С і більше, з'являються біль у горлі під час ковтання, головний біль, нездужання, часто - блювання. Вже на першу добу або на 2-й день з'являється висип. Скарлатинозний висип дрібноточковий, яскраво-рожевий або червоний на гіперемімованому тлі шкіри. Найбільше висипань у пахвовій, лобковій, пахвинній та сідничній ділянках, на згинальних поверхнях кінцівок. Висип у деяких випадках має дрібнопапульозний характер.

Постійним симптомом скарлатини є ангіна — від катарального запалення до глибоких некротичних змін піднебінних мигдаликів. Спостерігається яскрава гіперемія слизової оболонки передніх піднебінних дуг, м'якого піднебіння, язичка (палаючий зів). Відповідно до ступеня ураження зіва в процес втягуються регіонарні лімфатичні вузли: вони збільшені, щільні, болісні при пальпації. Язик обкладений густим білим нальотом, через 2-3 дні він очищається від нього, стає яскраво-червоним, сосочки гіпертрофуються (малиновий язик).

Явища загальної інтоксикації, залежно від тяжкості хвороби, зберігаються протягом 2-7 днів. Паралельно з поліпшенням загального стану (зниження та нормалізація температури тіла, поліпшення самопочуття) зменшується ступінь запальних змін зіва, блідне і поступово зникає висип. На місці висипу спостерігається лущення: висівкоподібне на обличчі та шиї, пластинчасте - на тулубі та кінцівках. Поява лущення припадає на кінець першого - початок другого тижня. Більш інтенсивним лущення буває після рясного висипання, особливо - міліарного. Найчіткіше скарлатинозне пластинчасте лущення на долонях та підошвах.

Типова скарлатина проявляється в легкій, середньотяжкій та тяжкій формах. Тяжка форма скарлатини, при якій домінують загальнотоксичні розлади (гіпертермія, багаторазове блювання, нейротоксикоз, геморагічний синдром) токсична.

***Профілактика.*** Специфічної профілактики скарлатини не розроблено.

Заходи у вогнищі. 1. Хворого на скарлатину ізолюють удома або госпіталізують, якщо це важка та ускладнена форми хвороби, неможливість забезпечити догляд за хворим або ізолювати його вдома тощо. Реконвалесценти, які відвідують дитячі дошкільні заклади та перші два класи школи, допускаються в ці заклади, коли мине 22 дні від початку хвороби. 2. Карантин для контактних дітей дошкільного віку та учнів перших двох класів встановлюється на 7 днів. 3. За вогнищем встановлюють медичний нагляд. Важливо виявити стерті та атипові (наприклад, ангіна) форми хвороби.

**6. Вітряна віспа. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви**

Вітряна віспа - це гостре інфекційне захворювання, яке супроводиться підвищенням температури тіла та плямисто-папульозно-везикульозним висипом на шкірі та слизових оболонках.

Збудник вітряної віспи - вірус, у навколишньому середовищі нестійкий.

Джерелом інфекції є хворий на вітряну віспу, починаючи з 1-2-го дня інкубаційного періоду і до 9-го дня з моменту появи висипу. Джерелом захворювання може бути також хворий на оперізуючий лишай.

Вітряна віспа передається повітряно-краплинним шляхом на відносно далекі відстані (через сусідні кімнати і квартири). Внаслідок малої стійкості збудника через третю особу та предмети, з якими стикався хворий, не передається.

Сприйнятливість до вітряної віспи загальна. Хворіють діти всіх вікових груп. Переважна більшість хворих - це діти до 10 років життя.

Інкубаційний період при вітряній віспі триває від 11-го до 21 дня, найчастіше близько 14 днів.

Продромальні явища зводяться до незначних симптомів загальної інтоксикації: нездужання, втрата апетиту, субфебрильна температура тіла тощо). На такому тлі або без будь-яких передвісників на шкірі з'являються висипання, що часто супроводяться підвищенням температури тіла. Перші елементи висипу можуть з'явитися при нормальній температурі тіла. Висип локалізується на обличчі, волосистій частині голови, тулубі та кінцівках. При інтенсивному висипу елементи його можна знайти на долонях та підошвах. Елементи висипу, пройшовши через стадії плями та дрібної папули, швидко перетворюються на характерні для вітряної віспи елементи -везикули (пухирці). Деякі плями зникають, папули розсмоктуються, не доходячи до стадії везикули. Везикули при вітряній віспі мають круглу або овальну форму та різноманітну величину (від макового зернятка до великої горошини), їхня стінка напружена, блискуча, вміст прозорий. Навколо везикули є вузька смужка гіперемії. У разі проколу везикула спорожнюється завдяки своїй однокамерності. Окремі везикули мають пупкоподібні заглибини, що пов'язується з початком розсмоктування їхнього вмісту.

Везикули швидко підсихають (через 1-3 дні), на їхньому місці утворюються бурі кірочки, які відпадають через 1-3 тижні.

Висип при вітряній віспі з'являється протягом кількох днів поштовхами, тому для вітряної віспи характерна поліморфність висипань - на певній ділянці шкіри можна знайти елементи висипу, що перебувають на різних стадіях розвитку (папули, везикули, кірочки). У деяких хворих одночасно з висипом на шкірі з 'являються елементи висипу на слизових оболонках порожнини рота, носоглотки, гортані, статевих органах та в інших місцях. Це енантема, характерним елементом якої при вітряній віспі, як і на шкірі, є пухирець (везикула). Енантема може випереджати висипання на шкірі. Вітрянкових пухирців на слизових оболонках звичайно мало. Вони нестійкі, швидко перетворюються на поверхневі ерозії, які через кілька днів епітелізуються.

Одночасно з підсиханням елементів висипу при вітряній віспі знижується температура тіла і поліпшується загальний стан хворого.

Ускладнення при вітряній віспі бувають рідко. Вони можуть бути зумовлені вторинною інфекцією, проявляються по-різному (нагноєння пухирців, виникнення абсцесу, флегмони, лімфаденіту); у дітей раннього віку бувають також пневмонія і гнійний отит.

***Профілактика.*** Активна імунізація вивчається. У нашій країні одержано тканинні живі атенуйовані штами вірусу вітряної віспи. Але доцільність вакцинопрофілактики вітряної віспи сумнівна, оскільки, з одного боку, перебіг хвороби переважно легкий, а з другого -треба утриматися від подальшого перевантаження календаря щеплень.

Заходи у вогнищі.

1. Хворого на вітряну віспу ізолюють удома, якщо є показання, -у стаціонарі, на 9 днів від моменту появи висипу.

2. Карантин накладають на дітей до 7 років, які були в контакті з хворим на вітряну віспу або оперізуючий лишай і не хворіли на вітряну віспу, на строк від 11 до 21 дня від моменту контакту.

3. У зв'язку з нестійкістю збудника заключну дезінфекцію не проводять. Проводять провітрювання приміщення.

4. За вогнищем (у дитячих колективах до 7-річного віку) встановлюють медичний нагляд. Проводять огляд шкіри і волосистої частини голови, термометрію у всіх контактних з хворим дітей.

**7.Коклюш. Краснуха. Збудник. Шляхи зараження. Інкубаційний період. Прояви**

Коклюш - гостра інфекційна хвороба, яка характеризується початковими нетривалими, незначними або помірними явищами загальної інтоксикації та своєрідним спазматичним кашлем, який закінчується відходженням в'язкого скловидного харкотиння, блюванням, рідко - мимовільним сечовиділенням і актом дефекації.

Збудник коклюшу - паличка Борде-Жангу, нестійка в навко­лишньому середовищі, дуже чутлива до дії високої температури, сонячного світла, висушування та дезінфікуючих засобів.

Джерело інфекції - хворий на типовий або нетиповий ("звичайний кашель") коклюш протягом 25 днів від початку хвороби.

Шлях передачі інфекції - повітряно-краплинний. Радіус розсіювання інфекції обмежується двома метрами. Внаслідок нестійкості збудника коклюш не передається через третю особу та предмети, з якими стикався хворий.

Сприйнятливість до коклюшу загальна; хворіють діти всіх вікових груп. Заразитися коклюшем можна з першого дня життя. Найбільша кількість захворювань припадає на вік від 2 до 5 років.

При коклюші розрізняють такі періоди: інкубаційний, катаральний, період спазматичного кашлю і період завершення.

Інкубаційний період триває 3-15 днів, найчастіше 5-8 днів.

Катаральний період проявляється незначними або помірними явищами загальної інтоксикації, які зберігаються протягом 2-5 днів.

Явища загальної інтоксикації іноді зовсім відсутні. Характерне короткочасне підвищення температури тіла. Тільки в деяких випадках спостерігається істотне підвищення температури тіла до 38-39°С, в основному у хворих немовлят. З'являється сухий кашель. У катаральному періоді нерідко буває нежить. Кашель стає дедалі частішим, змінюється його характер. Варто відзначити деякі особливості кашлю в катаральному періоді, які можна використати у ранньому розпізнаванні коклюшу: а) переважно нічний кашель; б) після звичайного кашлю - блювання. Тривалість катарального періоду коклюшу - 3-14 днів.

Період спазматичного кашлю розвивається поступово, супроводиться типовим приступоподібним спазматичним кашлем. Він виникає раптово або після коротких передвісників (аури). Характерним для аури є відчуття тривоги, лоскотання в горлі, тиснення за грудиною. Приступ спазматичного кашлю складається з серії видихальних кашльових поштовхів, відділених від наступної серії таких самих кашльових поштовхів глибоким свистячим вдихом (реприз). Протягом приступу кашлю може бути кілька репризів. Закінчується приступ відкашлюванням в'язкого склоподібного харкотиння, часто - блюванням. Під час приступу кашлю досить характерний зовнішній вигляд хворого: обличчя одутле, ціанотичне, шийні вени набрякають, очі наливаються кров'ю, язик до краю висовується назовні. Тяжкий приступ кашлю, крім блювання, супроводиться мимовільним відходженням сечі, газів, калу. Приступи кашлю при коклюші бувають переважно вночі. Тривалість періоду спазматичного кашлю різна -2-10 тижнів, найчастіше - 4-6 тижнів.

У період завершення кашель поступово втрачає спазматичний характер. Харкотиння стає слизово-гнійним, легше відкашлюється. Поступово зникають уві симптоми хвороби. Цей період триває 2-4 тижні.

Коклюш у немовлят має деякі особливості. Незважаючи на тяжкий перебіг, у цьому віці коклюш не завжди є типовим, відсутні, зокрема, репризи. У дітей першого року життя бувають зупинки дихання (апное), які з'являються після приступу кашлю. В деяких випадках періодичні зупинки дихання виникають без попереднього кашлю.

***Профілактика.*** Основну роль у боротьбі з коклюшем відіграє активна імунізація. В нашій країні щеплення проти коклюшу роблять усім дітям асоційованою коклюшно-дифтерійно-правцевою вакциною (АКДП). Строки вакцинації та ревакцинації проводяться згідно з календарем профілактичних щеплень (таблиця 16).

Заходи у вогнищі.

1.Хворого на коклюш ізолюють удома або госпіталізують (якщо є показання). Строк ізоляції - 25 днів від початку хвороби.

2. Карантину підлягають діти до 7 років, які були в контакті з хворим, але самі не хворіли на коклюш. Тривалість карантину - 14 днів.

3. У зв'язку з нестійкістю збудника заключну дезінфекцію не проводять.

4. За вогнищем встановлюють медичний нагляд. Важливими є виявлення та облік атипових форм коклюшу. При підозрі на коклюш треба провести бактеріологічне обстеження.