# Содержание

## Введение

## Причины возникновения инфекционных заболеваний

## Пути передачи инфекций

## Периоды инфекционного заболевания

## Воздушно-капельные инфекции и профилактика

Общая профилактика инфекционных заболеваний

## Заключение

Список использованной литературы

Введение

Когда ребенок заболевает, у родителей возникает много вопросов: что с малышом, насколько это опасно, как долго он будет заразен для окружающих, какими осложнениями чревата та или иная детская инфекция. На любой из этих вопросов сможет ответить педиатр и инфекционист, но знание основных симптомов, возможных осложнений поможет родителям сориентироваться в состоянии ребенка, и со знанием дела оказывать малышу помощь в соответствии с рекомендациями. Детские инфекции не случайно выделены в особую группу. Во-первых, этими инфекционными заболеваниями болеют дети раннего и дошкольного возраста, во-вторых, все они являются чрезвычайно заразными, поэтому заболевают практически все проконтактировавшие с больным ребенком, а в-третьих, почти всегда после перенесенной детской инфекции формируется стойкий пожизненный иммунитет. Существует мнение, что всем детям необходимо переболеть этими заболеваниями для того, чтобы не заболеть в более старшем возрасте. Так ли это? В группу детских инфекций входят такие заболевания как корь, краснуха, ветряная оспа, эпидемический паротит (свинка), скарлатина. Дети первого года жизни детскими инфекциями не болеют, т.к. во время беременности мать (в том случае, если она перенесла эти инфекции в течение своей жизни) передает антитела к возбудителям через плаценту. Эти антитела несут информацию о микроорганизме, вызвавшем инфекционный процесс у матери. После рождения ребенок начинает получать материнское молозиво, которое также содержит иммуноглобулины (антитела) ко всем инфекциям, с которыми «познакомилась» мама до наступления беременности. Таким образом, ребенок получает своеобразную прививку от многих заразных заболеваний. Если грудное вскармливание продолжается на протяжении всего первого года жизни ребенка, иммунитет к детским инфекциям сохраняется более продолжительно, но из этого правила существуют исключения - отмечаются редкие случаи, когда находящийся на естественном вскармливании ребенок оказывается восприимчив к микроорганизмам, вызывающим ветряную оспу, краснуху, эпидемический паротит, корь даже в том случае, когда его мама имеет иммунитет к ним. Когда заканчивается период грудного вскармливания, ребенок вступает в период раннего детства. Вслед за этим расширяется круг его общения. Вполне закономерно, что одновременно резко возрастает риск возникновения любых инфекционных заболеваний, в том числе и детских инфекций.

Причины возникновения инфекционных заболеваний

Инфекционные болезни возникают в результате проникновения в организм человека бактерий, вирусов, грибов, микроплазм и хламидий. Заболевания, вызываемые простейшими, гельминтами, насекомыми, являются паразитарными, но по своей структуре их можно отнести к инфекционным.

Развитие любого инфекционного заболевания начинается с проникновения возбудителя в организм человека. В ответ на внедрение инфекционного агента организм реагирует образованием защитных реакций, направленных на ограничение и полное освобождение организма от возбудителя и на восстановление нарушенных функций пораженных органов и систем. Решающим в возникновении болезни является состояние организма человека, в особенности его иммунной системы.

Иммунная система (иммунитет) - комплекс процессов, которые направлены на постоянство внутренней среды организма, препятствуют проникновению заразных и других чужеродных агентов.

# Пути передачи инфекции

Для каждой инфекционной болезни имеется свой путь передачи микроорганизмов, который сформировался в процессе эволюции и является основным способом сохранения возбудителя как вида.

Почти при всех детских инфекционных заболеваниях микробы и вирусы (возбудители болезни) находятся у больного на слизистых оболочках носа, глотки, зева и верхних дыхательных путей (при кори, коклюше, скарлатине, дифтерии, гриппе, гриппоподобных заболеваниях и др.). При разговоре, кашле, чиханье вместе с мельчайшими капельками слюны и мокроты возбудители болезни рассеиваются в воздухе и, попадая в организм здорового ребенка, заражают его. Установлено, что мелкие капельки слюны могут разбрасываться в воздухе на расстояние до 3 метров, а иногда и значительно дальше. Чем меньше капельки мокроты и чем мельче возбудитель болезни (например, вирус кори и гриппа), тем на большие расстояния рассеиваются они в воздухе. Считают также, что величина капелек зависит от вязкости слюны и мокроты. Например, при коклюше слюна и мокрота очень вязкие, тягучие, поэтому капельки образуются более крупные, и они рассеиваются от больного на расстояние до 2-3 м. А при кори и гриппе выделения из носа и мокрота более жидкие и образующиеся мельчайшие капельки переносятся с током воздуха на десятки метров. Поэтому больного коклюшем достаточно изолировать в отдельной комнате, следить, чтобы остальные дети в квартире с ним не встречались, и они не заболеют. При кори же и гриппе этого недостаточно: с током воздуха мельчайшие капельки зараженной слюны рассеиваются по всей квартире, и всех находящихся в ней не болевших корью детей нужно считать заразившимися. Такой путь передачи инфекции называется воздушно-капельным. При кори, коклюше, гриппе, гриппоподобных заболеваниях, краснухе, ветряной оспе и свинке этот способ заражения является основным. Поэтому заражение здорового ребенка происходит только при встрече его с больным.

Микробы и вирусы (возбудители указанных заболеваний) очень нестойки и очень быстро погибают во внешней среде. Только в редких случаях, если, например, на игрушку во время кашля попала мокрота больного коклюшем, и ее тут же взял в рот здоровый ребенок (хотя и находящийся в другой комнате), он может заразиться. В высохших же капельках микроб погибает. Поэтому практически при указанных заболеваниях заражение через вещи не происходит. Однако при скарлатине, дифтерии, дизентерии и натуральной оспе, когда возбудители могут длительное время сохранять жизнеспособность, источником распространения инфекции может быть не только сам больной, но и вещи, на которые падали выделения больного - белье, игрушки, посуда, а также лица, которые ухаживали за больным или имели с ним контакт. Особенно существенное значение в распространении инфекции играет несоблюдение личной гигиены ухаживающими за больным взрослыми (если они не моют руки и не снимают халат, отходя от больного). В распространении болезни участвуют и здоровые носители инфекции. Например, нередко дети и взрослые, особенно имевшие контакт с больными дифтерией, со слизистой носа или зева выделяют дифтерийного микроба, хотя сами при этом остаются здоровыми. Они являются бациллоносителями и могут быть источниками распространения дифтерии. Основным источником распространения инфекции является сам больной, особенно при инфекциях с нестойкими возбудителями. При инфекциях со стойкими возбудителями, кроме больного, источником распространения болезней могут быть бациллоносители, а также вещи, бывшие в употреблении у больного.

# Периоды инфекционного заболевания

Все взрослые и детские инфекционные заболевания протекают циклично. Различают пять периодов протекания болезни:

· 1-й период инфекционного заболевания - скрытый (инкубационный), от момента заражения ребенка, до появления первых признаков болезни. В данный период инфекционного заболевания ребенок здоров, активен, и никаких жалоб у него нет. При разных инфекциях скрытый период имеет разную продолжительность.

· 2-й период инфекционного заболевания - продромальный, или начало болезни. Отмечаются общие симптомы (головная боль, вялость, повышение температуры; могут быть тошнота, озноб), которые встречаются при любых заболеваниях. В этот период диагноз поставить еще нельзя. Обычно такое состояние длится от нескольких часов до 1-3 дней.

· 3-й период инфекционного заболевания - разгар заболевания, когда проявляются признаки, характерные для конкретной инфекции. Этот период называют ещё периодом острых проявлений. Длительность его также разная.

· 4-й период инфекционного заболевания - затихание болезни. Малыш начинает поправляться, он ещё плохо ест, сонливый, вялый, но температура уже не повышается, а проявления болезни уже исчезают. Обычно родители перестают волноваться именно в это время - температуры нет, стал веселее, беспокоиться не о чем... А как раз этот период самый опасный, так как именно сейчас могут выявиться осложнения.

Если ваш малыш пошел на поправку, стал веселым, активным, а через 2-3 дня вдруг опять повысилась температура, и он стал вялым - срочно вызывайте врача! Уложите малыша в постель, но не давайте никаких лекарств до прихода педиатра, так как это может изменить картину осложнения, и диагноз будет поставить сложно.

· 5-й период инфекционного заболевания - выздоровление. Самочувствие ребенка улучшается, болезнь отступает.

Длительность первых двух периодов (инкубационного периода инфекционных заболеваний и продромального) у всех детских инфекционных заболеваний вполне определенная. А вот продолжительность остальных периодов зависит от защитных возможностей ребенка, тяжести болезни и, разумеется, от того, насколько хорошо ухаживают за малышом.

# Воздушно-капельные инфекции и их профилактика

В детских учреждениях встречаются воздушно-капельные инфекции, обладающие большой способностью к распространению. Из них детскими инфекциями являются дифтерия, скарлатина, корь, коклюш, эпидемический паротит (свинка), ветряная оспа, краснуха и др.

К воздушно-капельным инфекциям, поражающим одинаково взрослых и детей и часто встречающихся в детских учреждениях, относится грипп и катар верхних дыхательных путей.

При капельной инфекции выделение заразных микробов во внешнюю среду происходит при выдохе, кашле, чихании, разговоре. Со струей воздуха, с каплями слюны и слизи микробы от больного поступают в воздух, а затем в дыхательные пути здорового человека. Так и происходит заражение.

Многие возбудители инфекции оседают, прилипают к поверхности различных предметов и быстро погибают вследствие слабой приспособляемости их к внешней среде. Лишь некоторые возбудители (гемолитический стрептококк, дифтерийная палочка и др.) обладают достаточной жизнеспособностью вне человеческого организма. Кроме крупных капель слизи, в воздух выделяется большое количество мелких капель. При благоприятных условиях температуры, влажности и движения воздуха они могут держаться во взвешенном состоянии (в воздухе) в течение нескольких часов. Этим и объясняется широкое распространение капельных инфекций.

Знание особенностей передачи капельных инфекций от больного человека к здоровому, умелое пользование приемами, которыми располагает медицина, помогают ликвидировать эти инфекции в самом начале их появления. Прежде всего, нельзя допускать встречи здоровых детей с больными капельными инфекциями. Непосредственная встреча с источником инфекции особенно опасна. Ранняя, своевременная изоляция больного служит решающим моментом в предупреждении распространения инфекции. После этого должны быть проведены и другие противоэпидемические мероприятия - тщательная уборка или дезинфекция. При гриппе, кори, коклюше, ветряной оспе, свинке, краснухе заключительная дезинфекция не требуется, так как жизнеспособность возбудителей этих инфекций во внешней среде незначительна. Поэтому после удаления из детского коллектива таких больных достаточно сделать тщательную уборку помещения с широким проветриванием и в дальнейшем строго соблюдать санитарный режим детского учреждения. При дифтерии, полиомиелите и некоторых других болезнях микробы долго сохраняются в воздухе помещений и на предметах обихода. Поэтому при указанных инфекционных заболеваниях необходимы текущая и заключительная дезинфекция помещения и предметов обихода.

Чтобы предупредить рассеивание дифтерии, скарлатины, кори, коклюша, ветряной оспы, свинки, должны приниматься определенные санитарно-противоэпидемические мероприятия.

Дифтерия. Заболевание вызывается дифтерийной палочкой Леффлера. Источником заболевания является больной или бациллоноситель, причем очаги чаще возникают там, где болезнь не распознана. Различают заболевание дифтерией носа, зева, гортани, глаз, ушей, половых органов (у девочек), кожи.

Ребенка при подозрении на заболевание дифтерией немедленно изолируют в детском учреждении или направляют домой под наблюдение участкового врача.

При точном установлении диагноза ребенку тотчас же вводят противодифтерийную сыворотку и направляют в больницу. В детском учреждении после изоляции больного ребенка проводится текущая дезинфекция. Посуду для еды, бывшую в употреблении больного, кипятят или погружают в 0,05-процентный (5 г на 10 л воды) раствор хлорамина на 30 минут, если посуда не содержит остатков пищи, или в 1-процентный раствор хлорамина на 1 час при наличии на ней остатков пищи. Чистую посуду больного держат закрытой. Посуду для выделений из зева заливают 3-процентным раствором хлорамина или лизола на 2 часа, затем ее промывают горячей водой. Носовые платки и полотенца после их использования необходимо прокипятить в содовом растворе (2 чайные ложки соды на 1 л воды) в течение 30 минут или замочить в 3-5-процентном растворе лизола или хлорамина. Белье больного нужно собрать и замочить в 0,2-процентном растворе хлорамина на 1,5 часа. Игрушки (резиновые, целлулоидные), которыми пользовался изолированный больной, замачивают в дезинфицирующем растворе. Игрушки мягкие, из папье-маше, книжки, картинки сжигают. После установления диагноза дифтерии проводится заключительная дезинфекция санитарно-эпидемиологической станцией с последующей уборкой помещения, назначается карантин.

Дети и персонал той группы, где произошло заболевание, обследуются на бациллоносительство (берутся для анализа мазки из зева и носа). До проведения дезинфекции и получения отрицательных результатов бактериологического исследования дети этой группы в детское учреждение не допускаются. После дезинфекции и получения отрицательных анализов на бациллоносительство детей направляют в группу, но за ними в течение 7-8 дней устанавливают врачебное наблюдение.

В случае обнаружения у кого-либо из детей или персонала дифтерийных палочек разобщение их со здоровыми детьми прекращается только после получения отрицательных результатов двукратного (с 2-дневными промежутками) бактериологического исследования.

Если, несмотря на принятые меры, будут повторные заболевания дифтерией (в одной и той же или в других группах), можно предполагать, что источник инфекции находится в самом детском учреждении. В таких случаях по предписанию эпидемиолога или санитарного врача приходится иногда временно закрывать детское учреждение. После окончания карантина у всех детей и персонала снова берется анализ на дифтерию.

Дети, а также персонал, у которых дома был больной дифтерией, допускаются в детское учреждение лишь после его госпитализации, дезинфекции и отрицательных результатов анализа слизи из зева и носа. В случае положительного результата бактериологического исследования носители дифтерийной палочки не допускаются в коллектив до получения двукратного (с промежутками в 2-3 дня) отрицательного анализа.

Основная мера профилактики дифтерии - обязательное проведение прививок детям, начиная с 5-6-месячного возраста. В настоящее время применяется комбинированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина.

Скарлатина

Возбудитель скарлатины окончательно не установлен. Одни исследователи считают возбудителем гемолитический стрептококк, другие - фильтрующийся вирус, под действием которого стрептококк активизируется.

Главным источником инфекции является больной. При выявлении больного скарлатиной его немедленно изолируют в отдельную комнату или бокс и в зависимости от бытовых условий ребенка отправляют домой или принимают меры для срочной госпитализации. После удаления заболевшего в детском учреждении проводится текущая дезинфекция и тщательная уборка, кипячение посуды и белья, а также проветривание помещений. Учреждение продолжает функционировать.

Группа, в которой было заболевание, полностью изолируется от остальных на 7 дней, прием в нее новых детей, не болевших скарлатиной, на это время прекращается.

Во время карантина врач ежедневно тщательно следит за состоянием зева, кожи у детей этой группы и персонала, измеряет температуру. Ребенка и взрослого при малейшем подозрении на легкую ангину, особенно в том случае, если они общались с больным скарлатиной, надо немедленно удалять. Их не допускают в детское учреждение в течение 12 дней. Они подлежат изоляции дома. Дети карантинной группы должны проводить длительное время на свежем воздухе, во время сна кровати их следует максимально раздвинуть. Для повышения устойчивости организма против болезни желательно больше давать детям витаминов, особенно витамина С (в виде настоя шиповника, лимона, аскорбиновой кислоты и др.).

В случае контакта с больным скарлатиной дома дети, не болевшие ею, допускаются в детское учреждение через 7 дней после госпитализации или прекращения общения с больным ребенком.

Работники дошкольного учреждения, соприкасавшиеся с больным скарлатиной вне детского учреждения, могут быть допущены на работу при отсутствии у них воспалительных явлений зева и носоглотки. В течение 7 дней (после изоляции больного) за ними проводится медицинское наблюдение. Для предупреждения заражения от переболевших детей с болезненным состоянием носоглотки (острый и хронический насморк, воспаление миндалин и т.д.) удлиняют срок пребывания их и лечение дома.

Корь. Вызывается фильтрующимся вирусом. Так же как и при других инфекциях, сам больной корью является распространителем болезни. Поэтому ребенка, заболевшего корью, немедленно изолируют от здоровых детей, направляют домой или в больницу. Он может быть допущен в детское учреждение на 5-й день после появления сыпи и при отсутствии осложнений, а при наличии осложнений -через 11 дней от начала высыпания.

Учитывая высокую заразительность кори, группа детей, имевшая общение с больным, практически должна считаться зараженной. Детей надо подвергать самой строгой изоляции от других групп (отдельная приемная, вход, заклеивание щелей в дверях с двух сторон бумагой в два слоя и т. д.). Заключительная дезинфекция не проводится. Помещение подвергается уборке и, что особенно важно, усиленному проветриванию.

Из боязни распространения кори в некоторых детских учреждениях заклеивают вентиляционные отверстия и тем нарушают воздухообмен. Между тем передача коревого вируса через вентиляционные ходы может произойти только в том случае, если две находящиеся одна над другой группы присоединены к одному каналу, что недопустимо. При правильном же устройстве вентиляций подобная опасность исключена.

Единственной мерой борьбы с распространением кори до последнего времени являлось введение ребенку противокоревой сыворотки или гамма-глобулина. Однако невосприимчивость ребенка, вызванная прививкой, длится всего 3-4 недели, и поэтому проблема борьбы с корью этим не разрешается. Многие годы ученые добивались создания такой вакцины, при введении которой организм становится невосприимчивым к кори. В настоящее время вакцина против кори найдена. Это отечественная живая коревая вакцина. Живой коревой вакциной прививают детей в возрасте от 10 месяцев до 8 лет, кроме переболевших корью и имеющих медицинские противопоказания. Детей, посещающих детские дошкольные учреждения, прививают в этих учреждениях. Родители должны быть оповещены о прививках детям, чтобы вести наблюдения за ними после прививки.

Введение живой коревой вакцины не сопровождается реакцией непосредственно после прививки, и лишь с 6-го по 18-й день у некоторых вакцинированных детей могут возникнуть клинические проявления, вызванные введением вакцины (повышение температуры, катаральный конъюнктивит <http://click01.begun.ru/click.jsp?url=toW35jkyMzI5q00XSkTpP7JtS5qFpXK0ytMrYS4IILye0815DwxuLLf\*IG9XaMpaOymG-UlOWfq\*qXzlzVsw1JWlVx6mm1j\*ddTlsVtApPL\*bhg-f-Ng8virdrHe3wWc5hMyfmJWO93HmiHI7GB46rJgc8goJqsGvAF7VA17SRBTomGMHxbj00lr1guGhRcCXZ-xU7Cy05364-4qHyK9UbtbP6dDEDerTnW58CL1Id9sAWmjW5xgIXueI\*\*KS1Hxku8rFubaxtXe9xeFiruSXFTKBHqfa0nXyFHvjDOVFanu\*OnY-C5z1LFNP1MQz0Rh-lnhk6mH3rm4xsTIFlwvGrK3zA-qQ9-T3Twa3A\*uFOqshqQaFU6\*LHmm0F3KdWexP94cnNef4cfLGtHuZOIsWWubZ\*WnQa6xOHycJ5S63XW8uNmB7-DI8Bg0bXzdbh7BwuHa4h0SOVxYG-2Y3FSW6zXnyssv33daDnmCyA&eurl%5B%5D=toW35nNyc3ILvllMUnldIhuH27yvuo-uU97Nv\*FeaiVVckRs>, катар носоглотки, атипичная необильная кореподобная сыпь), которые продолжаются не более 2-3 дней. При наличии средних и сильных реакций дети нуждаются в постельном режиме и наблюдении врача.

В случае заноса кори в детские учреждения та группа, которая находилась в контакте с больными детьми, ставится на карантин только при наличии в ней восприимчивых к кори детей (не болевших, не привитых). Срок карантина зависит от принятых мероприятий: если всем детям проведена активная иммунизация, то срок карантина ограничивается 17 днями с момента прививки; при проведении хотя бы у части детей пассивной профилактики гамма-глобулином срок удлиняется до 21 дня, считая с момента последнего заболевания. При отсутствии в группе восприимчивых детей (все привиты или переболели) карантин не вводится. Дети, соприкасавшиеся с больными корью, не болевшие и не привитые ранее и не имеющие клинических противопоказаний, подлежат в срочном порядке прививкам коревой вакциной. Дети, встречавшиеся с заболевшим и в день прививки случайно не оказавшиеся в детском учреждении, должны быть привиты на дому. Такая прививка не гарантирует полностью от заболевания, если заражение уже произошло при первом контакте, но защищает при последующих контактах.

Прививки можно проводить и в более поздние сроки, даже в сформировавшихся очагах, но эффективность их будет снижаться по мере удлинения срока от момента контакта. Детям, не болевшим корью и не подлежащим прививкам по медицинским показаниям, следует вводить гамма-глобулин.

Коклюш. Возбудителем коклюша является палочка Борде-Жангу. Ребенка, заболевшего коклюшем, удаляют из детского учреждения, куда он может быть допущен снова не ранее чем через 40 дней от начала заболевания. Группа, в которой возникло заболевание коклюшем, подвергается карантину на 14 дней, прием новых детей в течение этого времени запрещен. Если после удаления последнего больного в группе имеются дети с катаральным кашлем, срок карантина удлиняется, так как это может быть начальной стадией коклюша. Дети, перенесшие коклюш, могут посещать детское учреждение, не подвергаясь изоляции. Дети, не болевшие коклюшем и общавшиеся дома с больным, в детское учреждение не допускаются в течение 40 дней. В помещении, где находился больной коклюшем, проводится влажная уборка и проветривание. Персонал, обслуживающий группу, разобщению не подлежит. За ним устанавливается медицинское наблюдение на 14 дней. Ветряная оспа. Возбудитель ветряной оспы - фильтрующийся вирус. Ребенка, заболевшего ветряной оспой, удаляют из детского учреждения и принимают обратно после отпадения корочек.

При повторных заболеваниях в группе ветряной оспой переболевшие дети допускаются после исчезновения острых явлений (снижения температуры). Объявляется карантин на 21 день, считая с момента возникновения последнего заболевания. Новых детей в это время, за исключением переболевших, не принимают. При установлении точного срока контакта с заболевшим, дети допускаются в детское учреждение в течение первых 10 дней инкубационного периода и подлежат разобщению с 11-го по 21-й день. Взрослые не изолируются. Дети, не болевшие ветряной оспой, но имеющие контакт с больным дома, не допускаются в детское учреждение в течение 21 дня. В помещении, где был больной, проводится влажная уборка и усиленное проветривание.

Свинка. Это воспалительное заболевание околоушной железы. Различают острый паротит, возникающий на фоне гриппозной инфекции и воспалений ротовой полости и хронический. Паротитом могут заболеть дети возрастной категории от одного до пятнадцати лет. Заболеванию чаще подвержены мальчики. Возникновение заболевания в подростковом и более позднем периоде может характеризоваться более тяжелым течением и опасностью развития осложнений.

Ребенка, заболевшего свинкой (эпидемическим паротитом), удаляют из детского учреждения и принимают вновь после исчезновения припухлости желез и установления нормальной температуры, но не ранее чем через 9 дней от начала заболевания.

В случае повторных заболеваний свинкой в детском учреждении объявляется карантин на 21 день, в течение которого дети, не болевшие свинкой, в группу не принимаются. Ребенок, имевший общение дома с больным свинкой, не допускается в детское учреждение в течение 21 дня от начала контакта с больным. В отношении взрослых, бывших в общении с больным, изоляция не применяется. При выявлении заболевания помещение подвергается влажной уборке и проветриванию.

Основное средство профилактики паротита - это вакцинация, которая в соответствии с российским Национальным календарем проводится в детстве, в возрасте 12-15 месяцев, а второй раз в 6-7 лет.

Краснуха - это острое инфекционное заболевание. Вызывается вирусом краснухи. Характеризуется умеренной интоксикацией, мелкопятнистой экзантемой (высыпания в виде розовых пятнышек круглой или овальной формы, с гладкой поверхностью, величиной от спичечной головки до чечевицы), воспалением слизистых оболочек глаз и носа, увеличением лимфатических узлов, преимущественно околоушных, задних шейных и затылочных.

Болеют краснухой в основном дети дошкольного и школьного возраста, реже взрослые. Передается вирус воздушно-капельным путем, возможно трансплацентарное заражение (через плаценту от беременной женщины плоду). Источник инфекции - больной краснухой человек. Заразным больной считается в конце инкубационного периода и в течение 2 - 5 дней с момента появления высыпаний. У беременных женщин вирус краснухи может вызвать нарушения развития плода: врожденные пороки сердца, врожденная глухота, катаракта, поражение костей, умственную отсталость. После перенесенной краснухи формируется стойкий пожизненный иммунитет.

Инкубационный период продолжается 14-21 день, чаще всего 15-18 дней. Предвестники болезни - вялость, насморк, кашель часто не вызывают настороженности. Температуры тела 37,1-38,0оС, общее состояние ребенка страдает незначительно. В первый день болезни появляется сыпь, которая нередко является единственным проявлением краснухи. Вначале сыпь появляется на лице и в течение нескольких часов распространяется на кожу туловища и конечностей. Преимущественная локализация высыпаний на разгибательных поверхностях рук и ног, спине, ягодицах. Элементы сыпи представлены розовыми пятнышками округлой или овальной формы, с гладкой поверхностью, величиной от спичечной головки до чечевицы, без тенденции к слиянию, расположены на неизмененном фоне. Исчезает через 1-3 дня без остаточных изменений. У большинства больных наблюдаются округлые розовые пятна на нёбе (энантема). Другим проявлением краснухи является увеличение, уплотнение и болезненность лимфатических узлов (подчелюстных, задних шейных, околоушных и других групп). В период разгара болезни возможно появление насморка и конъюнктивита (воспаление слизистой глаз).

В период высыпания больному рекомендуется постельный режим. Для уменьшения симптомов интоксикации ребенку необходимо обильное питье в виде морсов, натуральных соков, компотов, щелочной минеральной воды. Рекомендован прием витамина К, С. Специфическое лечение при краснухе не проводится. Больного изолируют дома в течение 5 дней с момента появления высыпаний. Так как вирус может оказывать тератогенное воздействие на плод, необходимо исключить контакт беременных, не болевших ранее краснухой, с больным ребенком. При заражении краснухой, в первые недели беременности развитие врожденных пороков составляет 100%, на втором месяце - 40%, на третьем - 10%, с четвертого месяца - 4%. При врожденной краснухе у новорожденного чаще всего наблюдается три основные аномалии развития: врожденный порок сердца, глухота и катаракта. Кроме этих пороков развития могут наблюдаться различные аномалии развития костей, легких, анемии, гепатит, хронические менингоэнцефалиты (поражение головного мозга и его оболочек). Дети с врожденной краснухой нередко отстают в физическом и умственном развитии от своих сверстников. Гинеколог должен принять решение о необходимости прерывания беременности, если беременная заболела в первом её триместре. В случае контакта беременной с больным краснухой необходимы повторные серологические исследования с интервалом в 10-12 дней для выявления бессимптомной формы течения болезни.

Ветряная оспа Самый характерный признак этого заболевания - появление на коже и слизистых оболочках пузырьков с прозрачным, чуть желтоватым содержимым.

Заражение происходит воздушно капельным путем при контакте с больным ветряной оспой уже в последние дни инкубационного периода и в течение всего периода высыпания. Заразиться можно и от больного опоясывающим лишаем, так как возбудители этих инфекций схожи. Восприимчивость к ветряной оспе высокая, не болеют только дети первых месяцев жизни.

Инкубационный период - от 11 до 21 дня, в среднем - 14 дней. Обычно заболевание начинается остро: повышается температура, и почти сразу же появляются первые пузырьки. Для ветряной оспы характерно их появление не постепенно, а этапами с промежутками в 1-2 дня, поэтому одновременно на коже можно видеть не только пузырьки, но и пятнышки, и папулки, и подсыхающие корочки. Больной, у которого высыпания закончились, уже не заразен.

Как правило заболевание протекает не тяжело, медикаментозное лечение не требуется, но ребенку необходим тщательный, гигиенический уход, который не только облегчает его состояние, уменьшает зуд, но и способствует предупреждению гнойных осложнений.

Нужно следить, чтобы ребенок не расчесывал кожу, так как расчесы могут приоткрыть ворота для проникновения вторичной инфекции.

Пузырьки смазывают 1%-ным раствором бриллиантового зеленого. Кроме того, не только можно, но и нужно делать общие ванны со слабым раствором перманганата калия, обязательно полоскание рта после еды.

Диеты при ветряной оспе не требуется, но если у ребенка держится температура, ему предпочтительнее легкоусвояемые молочные и овощные блюда, а мясные молотые, паровые. Давайте ребенку прохладное питье - чай с лимоном, ягодные морсы, соки, компоты.

Необходимость постельного режима определяется состоянием ребенка: если он чувствует себя хорошо, режим может быть домашним. Детям до трех лет, которые были в контакте с больным ветряной оспой и ранее не болели, не разрешается посещать детские учреждения с 10-го по 21 день с момента контакта.

Ветряная оспа может иногда протекать и апатично, давать осложнения (лимфаденит, рожа, абсцесс и даже менингоэнцефалит). В этих случаях, конечно, требуется лечение в стационаре. Профилактические меры по отношению к ветряной оспе практически не используются - это болезнь, защититься от которой не представляется возможным, особенно детям, посещающим детские учреждения. Единственное, что можно сделать - это изолировать от детского коллектива больных детей и детей, бывших в непосредственном контакте с больными, на срок не менее 21 дня.

инфекционный заболевание вакцинация детский

Сравнительная характеристика некоторых воздушно-капельных инфекций

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Корь | Краснуха | Эпид. паротит | Ветряная оспа | Скарлатина | Инфекционная эритема |
| Путь инфицирования | воздушно-капельный | воздушно-капельный | воздушно-капельный | воздушно-капельный | воздушно-капельный | воздушно-капельный |
| Возбудитель | вирус кори | вирус краснухи | вирус | вирус герпеса | стрептококк | вирус |
| Инкубационный период (от момента заражения до появления симптомов) | от 7 до 14 дней | от 14 до 21 дня | от 12 до 21 дня | от 14 до 21 дня | от нескольких часов до 7 дней | 7-14 дней |
| карантин | 10 дней | 14 дней | 21 день | 21 день | 7 дней | 14 дней |
| Интоксикация (головная боль, ломота в теле, плохое самочувствие, капризы) | выраженная | умеренная | от умеренной до выраженной | от умеренной до выраженной | выраженная | умеренная |
| Повышение температуры | до 40 градусов и выше | до 38 градусов С | до 38,5 градусов С | до 40 градусов С и выше | до 39 градусов С | До 38 градусов С |
| Характер сыпи | плоские красноватые пятна различного размера на бледном фоне (100%) | плоские мелкие розовые пятна на бледном фоне (в 70%) | сыпи нет | красные зудящие пятна, которые превращаются в пузырьки с прозрачным содержимым, впоследствии вскрывающиеся и покрывающееся корочками (100%) | ярко-красные мелкоточечные пятна на красном фоне, сливаются в сплошное покраснение (100%) | На щеках сначала красные точки, затем пятна. Затем припухшие красные пятна, бледноватые в центре на теле |
| Распространенность сыпи | на лице и за ушами, распространяется на тело и руки | на лице, распространяется на тело | сыпи нет | на лице и теле, распространяется на конечности, слизистые оболочки | по всему телу, наиболее ярко - в складках; сыпь отсутствует на участке кожи между носом и верхней губой | Сначала на щеках, затем по всему телу |
| Катаралные явления | кашель, насморк, конъюнктивит предшествуют появлению сыпи | насморк, кашель - иногда | не характерны | не характерны | ангина | насморк |
| Осложнения | пневмония, отит, в редких случаях - энцефалит | редко - энцефалит | менингит, панкреатит, воспаление половых желез, пиелонефрит | энцефалит, менингоэнцефалит, миокардит, нефрит | ревматизм, миокардит, энцефалит, отит, нефрит | Редко - артрит |
| Период заразности | с момента появления первых симптомов и до 4-го дня после появления первых высыпаний | за 7 дней до и 4 дня после появления сыпи | с последних дней инкубационного периода и до 10 дня после появления симптомов | с последних дней инкубационного периода и до 4-го дня после появления последних высыпаний | с последних дней инкубационного периода и до конца периода высыпаний | В период катаральных явлений |

# Общая профилактика инфекционных заболеваний

Особенностью детей дошкольного возраста является их большая восприимчивость к инфекционным заболеваниям. В коллективе при тесном общении детей друг с другом возможность заражения увеличивается. Поэтому важнейшая задача работников детских дошкольных учреждений состоит в ограждении детского коллектива от возникновения в нем заразных болезней и их распространения.

Для профилактики инфекционных заболеваний в детских учреждениях следует выполнять следующие правила:

· групповая изоляция, т. е. для каждой группы выделены отдельные помещения и вход в здание, а на участке площадка, то создается возможность при появлении инфекционного заболевания ограничить его распространение.

· не менее важен правильный порядок утреннего приема детей. В приемной и раздевальной не должно быть большого скопления, длительного пребывания детей и родителей.

· если при приеме у ребенка обнаруживаются признаки инфекционного заболевания, его нужно немедленно отправить домой и принять меры, предупреждающие разнос инфекции через предметы, воздух, руки и одежду персонала, контактировавшего с больным. Срочно производится уборка и текущая дезинфекция (влажное обтирание стен, пола, мебели, игрушек дезинфицирующим раствором) и широкое проветривание помещения. Няня, которой поручена уборка помещения, должна твердо знать, как производить текущую дезинфекцию.

· заболевшего в группе ребенка медицинский работник должен как можно скорее осмотреть и в случае надобности вызвать кого-либо из родителей. Ребенка направляют домой под наблюдение участкового врача или в больницу, В этой группе устанавливается карантин, прием новых и временно отсутствовавших детей на срок инкубационного периода прекращается. Во время карантина группа полностью разобщена с остальными как в помещении, так и на участке. Если во время карантина обнаруживается в данной группе новый случай этого же заболевания, то устанавливается новый срок карантина, считая от даты последнего заболевания.

· Обслуживающему персоналу карантинной группы также не следует общаться с персоналом других групп. В течение карантина необходимо проводить соответствующие санитарные и дезинфекционные мероприятия, которые зависят от характера инфекции и способа ее передачи.

Заключение

Вакцинация - единственный способ защиты от ряда заболеваний, которые невозможно вылечить другими средствами или само лечение может вызвать осложнение (например, корь, дифтерия и пр.). Врожденной невосприимчивости к инфекционным заболеваниям, от которых существуют прививки - нет. Если мама ребенка когда-то болела ими, то первые 3--6 месяцев жизни доношенный ребенок может быть защищен материнскими антителами, которые попали к нему через плаценту во время беременности и через грудное молоко. У недоношенных детей и детей на искусственном вскармливании такой защиты нет. Поскольку возможность заболеть из-за контактов с другими людьми велика, очень важно прививать малышей с самого раннего возраста.

Список использованных источников

1. Методические рекомендации "Профилактика острых респираторных вирусных инфекций в детских дошкольных учреждениях" (утв. Минздравом СССР 12 июня 1980 Г. N 08-14/4-14)

2. <http://akusherstvo.policlinica.ru/vet6.html>

. <http://www.detskiysad.ru/gigiena/osnovy12.html>

. <http://www.tebyan.net/index.aspx?pid=191754>

. <http://www.tiensmed.ru/news/post\_new2744.html>

. <http://2mm.ru/zdorovie/771/>