**Содержание**

[1. Сущность инфекции 3](#_Toc162886323)

[2. Скарлатина 3](#_Toc162886324)

[3. Корь 4](#_Toc162886325)

[4. Краснуха 5](#_Toc162886326)

[5. Ветряная оспа (ветрянка) 6](#_Toc162886327)

[6. Ангина (острый тонзиллит) 6](#_Toc162886328)

[7. Паротит эпидемический (свинка) 7](#_Toc162886329)

[8. Дифтерия 9](#_Toc162886330)

[9. Коклюш 12](#_Toc162886331)

[10. Бронхит 14](#_Toc162886332)

[Список использованной литературы 16](#_Toc162886333)

**1. Сущность инфекции**

ИНФЕКЦИЯ (от лат. infectio – заражение) – внедрение и размножение в организме человека или животного болезнетворных микроорганизмов, сопровождающееся комплексом реактивных процессов; завершается инфекционным заболеванием, бактерионосительством или гибелью микробов.

Источник возбудителя инфекции заражает здоровых при соприкосновении, через рот (с водой и пищей), воздух (с капельками слюны и слизи), членистоногих переносчиков.

Дети наиболее всего подвержены инфекционным болезням, так как гигиенические навыки у них не закреплены. Среди наиболее известных инфекций, передающихся воздушно-капельным путем, у детей: скарлатина, корь, краснуха, ветряная оспа, ангина, паротит эпидемический (свинка), дифтерия, коклюш, бронхит и др.

# 

# 2. Скарлатина

Одна из наиболее распространенных детских инфекций. При этом заболевании возбудитель передается воздушно – капельным путем. Однако при появлении скарлатины в квартире инфекция обычно не распространяется в соседние комнаты, если жильцы не общаются между собой. Обычно заражение может происходить через инфицированные вещи, которые ребенок берет в рот (игрушки, чашки, ложки, блюдца и т.п.). Чаще всего болеют дети в возрасте от 2 до 6–7 лет. После 15 лет скарлатина встречается редко.

Начало заболевания острое. Оно проявляется повышением температуры и слабостью. Почти сразу появляются боли при глотании, миндалины при этом ярко-красные, иногда с налетом. Главным признаком скарлатины является сыпь, которая появляется на первые же сутки болезни (редко – на вторые). Сначала сыпь появляется на коже шеи и верхней части туловища, а затем быстро распространяется на лицо и конечности. Сыпь очень мелкая (точечная), ярко-розового или красного цвета, причем центр пятнышка окрашен интенсивнее, чем его периферия. При первом взгляде на больного создается впечатление сплошной красноты кожи. При надавливании пальцем на кожу сыпь бледнеет, образуя белое пятно, но затем быстро восстанавливает первоначальный красный цвет. Характерный вид приобретает лицо больного – на фоне красного лба и щек выделяется белый носогубной треугольник, резко ограниченный с краев носогубными складками. Если Вы выявили у своего ребенка эти симптомы, Вам необходимо во избежание осложнений как можно скорее вызвать врача и начать лечение. Помните, что для профилактики осложнений ребенку можно вставать с постели только в конце первой недели заболевания, его надо часто и много поить, а в начале заболевания кормить полужидкой и жидкой пищей. Антибактериальную терапию должен назначить врач.

# 

# 3. Корь

Заражение осуществляется воздушно-капельным путем, причем возбудитель может перемещаться на достаточно большие расстояния. Так при появлении кори в жилом доме можно заразиться ей, находясь в другой квартире и даже на другом этаже. Поэтому у детей, которые находятся в одной комнате с заболевшим ребенком, очень высок риск заражения. Через третьи предметы корь не переносится.

Начинается болезнь с подъема температуры (38–39), головной боли. В отличие от скарлатины, это заболевание сопровождается насморком, кашлем и чиханием. Развивается сильная светобоязнь и слезотечение. Без сомнения поставить диагноз кори можно тогда, когда вы увидите на слизистой оболочке щек напротив малых коренных зубов группы белесоватых возвышений, каждое из которых окружено красной каймой. Ни при каком другом заболевании этого симптома нет. Этот признак позволит вам поставить точный диагноз задолго до появления сыпи. Сыпь при кори начинается за ушами и в центре лица и в течение суток распространяется на все лицо, шею и верхнюю часть груди.

Кожа носогубного треугольника также покрыта сыпью. На 2-ые сутки сыпь распространяется на все туловище и начальные отделы конечностей, а на 3-и сутки покрывает всю кожу конечностей. Сыпь сначала представляет собой розовый бугорок, окруженный красной каймой, а затем эти бугорки сливаются в одно крупное пятно.

Обратите внимание, сыпи при кори и скарлатине имеют совершенно разный характер и их легко отличить друг от друга. Также Вам надо знать, что при кори антибиотики не используются, потому что это заболевание вызывается не бактериями, а вирусами, против которых применять антибиотики бессмысленно. Быстрому выздоровлению ребенка способствует хороший уход, свежий воздух, обильное питье и полноценная диета.

# 

# 4. Краснуха

Типичные симптомы – это припухание и болезненность лимфатических узлов. Сыпь при этой патологии всего за несколько часов распространяется по всему телу и преимущественно локализуется на спине и ягодицах. Сыпь не мелкоточечная, а крупная, может достигать размера чечевичного зерна. Высыпание сопровождается умеренным повышением температуры (чаще не выше 38), самочувствие, как правило, не нарушено. Лечения краснуха не требует. Это заболевание наиболее опасно для беременных женщин, потому что тогда возникает огромная угроза рождения ребенка с различными врожденными уродствами. Некоторые врачи даже считают, что перенесенная на ранних сроках краснуха является показанием к прерыванию беременности.

# 5. Ветряная оспа (ветрянка)

Заражение происходит воздушно-капельным путем. Начинается болезнь с быстрого подъема температуры до 38 и выше, сильной головной боли, возможна рвота. У грудничков часто бывает понос. Одновременно с повышением температуры появляется оспенная сыпь на всем теле и на слизистых оболочках (рот, веки, половые органы). Сначала сыпь представляет собой бледно-красные бугорки, которые в течение нескольких часов превращаются в пузырьки величиной с горошину. При проколе такого пузырька из него вытекает жидкость.

Лечение ветрянки заключается в ежедневной обработке высыпаний зеленкой и содержании кожи в чистоте, можно применять ванночки со слабым раствором марганцовки. Надо следить за чистотой рук и коротко стричь ногти, для того, чтобы избежать инфицирования пузырьков.

# 

# 6. Ангина (острый тонзиллит)

Острое инфекционное заболевание с преимущественным поражением небных миндалин (так называемых гланд), расположенных в глотке по обе стороны от язычка мягкого неба. Заболевание вызывают различные микробы, главным образом стрептококки, попадающие в глотку при тесном контакте с больным ангиной. В ряде случаев под влиянием неблагоприятных условий микробы, находящиеся в глотке и обычно не вызывающие заболевание, становятся активными. Некоторым людям достаточно лишь переохладить ноги, съесть мороженое или искупаться в холодной воде, чтобы заболеть ангиной. Заболеванию могут способствовать систематическое раздражение слизистой оболочки глотки табачным дымом, промышленной или бытовой пылью, алкоголем и др., хронический тонзиллит, болезни носоглотки, при которых нарушается носовое дыхание (например, аденоиды). Часто повторяющиеся ангины могут быть связаны с хроническими процессами в полости носа и придаточных (околоносовых) пазухах (например, гайморит), а также очагами инфекции в полости рта (например, кариес зубов).

Начало болезни острое. Появляется недомогание, тяжесть в голове, боль при глотании, сухость и саднение в горле. Заболевшему кажется, что горло сузилось, температура тела повышается. Местные изменения в горле в зависимости от степени поражения проявляются увеличением и покраснением миндалин (катаральная ангина), образованием на их поверхности точечного гнойного налета (фолликулярная ангина), в ряде случаев возникновением гнойных налетов в углублениях миндалин – лакунах (лакунарная ангина). Возможны увеличение и болезненность близко расположенных лимфатических узлов. Ангина относится к коварным болезням, оказывающим серьезное влияние на весь организм. Она может обусловить развитие воспалительного процесса в почках, ревматизма, множественного поражения суставов. У большинства людей ангина возникает эпизодически с интервалом в несколько лет, но в ряде случаев изменения в миндалинах не исчезают бесследно и острый воспалительный процесс переходит в хронический.

# 

# 7. Паротит эпидемический (свинка)

Острое вирусное инфекционное заболевание, поражающее преимущественно детей до 15 лет; характеризуется воспалением слюнных желез и других железистых органов и нередко развитием серозного менингита.

Возбудитель – вирус из семейства парамиксовирусов, малоустойчив во внешней среде. Инфекция передается главным образом воздушно-капельным путем. Входные ворота инфекции – слизистые оболочки носа, рта, носоглотки. Гематогенно возбудитель заносится в различные органы, проявляя тропизм в отношении железистых органов и ЦНС (преимущественно мягких мозговых оболочек). Наиболее часто поражаются околоушные железы, в которых развиваются явления перипаротита. После перенесенного заболевания создается стойкий иммунитет.

Инкубационный период продолжается от 11 до 23 дней (чаще 15–20 дней). Болезнь начинается с повышения температуры тела и болезненного припухания околоушной железы, иногда одновременно с обеих сторон. Примерно в половине случаев в процесс вовлекаются подчелюстные и изредка подъязычные слюнные железы. В первые дни припухлость увеличивается, а с 3–4-го дня уменьшается одновременно со снижением температуры и к 8–10-му дню обычно полностью исчезает. Нагноения не происходит. У подростков и молодых мужчин нередко возникает орхит; реже поражается поджелудочная железа (острый панкреатит) и еще реже – другие железистые органы (мастит, бартолинит, дакриоцистит и пр.). Нередкое проявление болезни – острый серозный менингит (в цереброспинальной жидкости лимфоцитарный плеоцитоз, небольшое увеличение содержания сахара и хлоридов). Очень редким и опасным осложнением является энцефалит или менингоэнцефалит; может возникнуть поражение среднего уха.

При диагностике следует исключить вторичные бактериальные паротиты, верхнешейный лимфаденит, а при наличии серозного менингита-энтеровирусный и туберкулезный менингит. При необходимости используют лабораторные методы (РСК, РТГА).

Лечение симптоматическое. Местно – тепловые процедуры, УВЧ-терапия. При орхите, панкреатите и менингите – лечение по общим правилам. При тяжелом орхите рекомендуются кортикостероиды.

Прогноз благоприятный. Редкое поражение внутреннего уха может привести к развитию стойкой глухоты. Последствием двустороннего орхита может быть атрофия яичек с последующим нарушением генеративной функции.

Профилактика. Больной изолируется на дому на 9 дней с момента заболевания при условии исчезновения острых клинических явлений. Госпитализация проводится лишь при тяжелом течении болезни и по эпидемиологическим показаниям. Дети до 10-летнего возраста, бывшие в контакте с больным, подлежат разобщению на 21 день. При точном установлении времени контакта их не допускают и детские учреждения с 11-го до 21-го дня с момента возможного заражения. Активная иммунизация живой паротитной вакциной проводится детям в возрасте 15–18 мес одновременно с вакцинацией против кори

# 

# 8. Дифтерия

Дифтерия – одно из самых тяжелых инфекционных заболеваний. Дифтерией болеют и взрослые, но чаще она поражает детей в возрасте до 12 лет. Раньше, когда эта болезнь была малоизучена, она уносила много человеческих жизней. В настоящее время найдены способы, как предупредить это заболевание и лечить заболевших. Дифтерия вызывается особым микробом, имеющим вид палочки. Здоровый человек может заразиться дифтерией, вдыхая воздух, в котором содержатся возбудители этой болезни. Можно также заразиться, пользуясь предметами, на которые попали дифтерийные палочки; например посудой, полотенцем, игрушками, книгами, которые находились в комнате больного или которыми пользовался бактерионоситель.  
Иногда дифтерийные палочки могут находиться в организме человека, который в данное время дифтерией не болеет. Это бывает у лиц, не восприимчивых к этой болезни или недавно выздоровевших от дифтерии. Таких людей называют бактерионосителями. Бактерионосители особенно опасны для окружающих, так как они, не зная этого, наряду с больными могут являться источником заражения здоровых людей. Дифтерийные палочки долго сохраняют жизнеспособность даже при высыхании. Поэтому необходимо тщательно дезинфицировать все вещи и помещение, в котором находился больной до отправки в больницу.

Самая частая форма этой болезни у детей – дифтерия зева.

Болезнь начинается через 2–7 дней после заражения. При легкой форме температура повышается незначительно, ребенок чувствует себя неплохо, не страдает от боли в горле, и только налеты на миндалинах указывают на дифтерию. При тяжелой форме болезни самочувствие ребенка очень плохое – он бледен, безразличен к окружающему, дышит хрипло и с трудом. Температура достигает 39–40°. У ребенка опухает шея, появляется неприятный запах изо рта. На слизистой оболочке зева, носа, гортани образуются серовато-белые, иногда пропитанные кровью пленки, или налеты. Такая форма болезни встречается сравнительно редко. Обычно при дифтерии зева бывают налеты в виде островков на миндалинах. Распознать их в начале болезни может только врач при тщательном осмотре зева. Поэтому необходимо при всяком недомогании ребенка и повышении температуры у него показывать его врачу.

При дифтерии может поражаться сердце, и последствия этого могут остаться на всю жизнь. Вследствие поражения нервной системы чаще всего бывает паралич мягкого неба, вследствие чего ребенок начинает гнусавить, поперхивать во время еды; иногда наблюдается паралич ног, косоглазие. Дифтерия зева длится от 3 недель до нескольких месяцев.

Дифтерия гортани, или круп, чаще всего наблюдается у детей первых 3 лет жизни. При этом заболевании у ребенка появляется грубый, «лающий» кашель, голос становится сиплым. При тяжелой форме крупа ребенок может задохнуться, если ему вовремя не сделать операцию. Поэтому, если у ребенка появились признаки крупа, надо немедленно вызвать врача.

У детей, болеющих дифтерией носа, бывает гнойный насморк с кровянистыми или сукровичными выделениями. Так как эти выделения разъедают кожу вокруг носа, на ней образуются долго не заживающие язвочки. У ребенка, которого своевременно не лечат от дифтерии носа, может развиться круп.

Дифтерия глаза наблюдается у ослабленных и истощенных детей. Это очень опасная форма заболевания. Если поздно начать лечение, то это может привести к полной слепоте, так как пленки, образующиеся на слизистой оболочке век, могут распространиться на глазное яблоко.

При дифтерии пупка у новорожденного образуется незаживающая пупочная язва, покрытая грязно-серой пленкой. Состояние новорожденного при этом резко ухудшается, он плохо сосет и теряет в весе.

Для лечения этой болезни есть могущественное средство – противодифтерийная сыворотка, в которой содержатся защитные вещества против яда дифтерийных микробов. Ее вводят в самом начале болезни. Действие противодифтерийной сыворотки один ученый удачно сравнил с действием воды при пожаре: вода прекращает пожар, но не может восстановить уже причиненные им повреждения. Потому очень важно ввести сыворотку как можно раньше, когда токсин, выделяемый микробами, еще не успел нанести организму тяжелых повреждений. Если сыворотку не ввести своевременно, ребенок может на всю жизнь остаться с больным сердцем, а в некоторых случаях даже умереть от нарушения сердечной деятельности или поражения органов дыхания.

Помимо лечения сывороткой, больному необходимо предоставить полный покой и строго соблюдать режим, указанный врачом. Особенно большое значение имеет внимательный уход за ребенком при крупе. Волнение, беспокойство, страх ухудшают дыхание у ребенка. Мать, если ее оставляют при ребенке в больнице, или медицинская сестра должна всячески успокаивать ребенка, брать его на руки, по возможности отвлекать игрушками. Хорошо действуют прогулки на свежем воздухе. Такие прогулки проводятся по назначению врача.

Большое значение для предупреждения дифтерии имеют специальные прививки. Первую прививку делают детям в возрасте 6 месяцев, вторую – через 3 недели после первой и третью – через 3–6 месяцев после второй.

Для получения результата нужно обязательно сделать все три прививки. В дальнейшем делают ребенку одноразовые повторные прививки в возрасте 3–4, 7–8 и 11 – 12 лет.

# 

# 9. Коклюш

Некоторые родители не уделяют должного внимания ребенку, заболевшему коклюшем, и только когда ему становится плохо, обращаются к врачу. Между тем даже при относительно легком течении коклюш вызывает в организме ребенка ряд изменений, которые резко ослабляют его и создают благоприятные условия для возникновения различных осложнений, в первую очередь воспаления легких. Кроме того, коклюш часто обостряет туберкулезный процесс, если ребенок болен туберкулезом. Обострение туберкулеза может привести к тяжелым и трудно устранимым последствиям.

Возбудитель коклюша содержится в большом количестве в мокроте больного. Вместе с мельчайшими каплями мокроты, выделяющимися при кашле, возбудители коклюша попадают в воздух, а оттуда в дыхательные пути здорового человека. Иногда микробы коклюша оседают на игрушках, посуде и других предметах, которыми пользуется больной. Если этими предметами затем будет пользоваться здоровый ребенок, то он заразится коклюшем. Особенно легко заражаются таким путем маленькие дети, которые все, что им попадается, берут в рот. Больной коклюшем особенно заразителен в начале заболевания, он остается заразительным в течение 5–6 недель. Коклюшем болеют дети в любом возрасте, но чаще всего в младшем – до 5 лет. Ребенок, перенесший коклюш, вторично им не заболевает.

Коклюш в отличие от других заразных болезней начинается незаметно. Болезнь проявляется через 7–21 день после заражения. Иногда возникает небольшой насморк, слегка повышается температура, но эти явления могут остаться незамеченными. Наиболее постоянный и важный признак коклюша – кашель. Он постепенно усиливается, и через 7–10 дней начинаются характерные приступы кашля с закатыванием. Такой приступ может продолжаться от нескольких секунд до 1–2 минут. В конце приступа у ребенка выделяется тягучая, густая мокрота, а иногда бывает и рвота.

Тяжелые приступы продолжаются обычно 1–2 недели, затем ребенок начинает понемногу поправляться. В среднем дети болеют 5–6 недель, а некоторые 2–3 месяца. Коклюш длится долго, если он осложняется воспалением легких или вызывает обострение туберкулеза.

Самое важное условие успешного лечения больного коклюшем – это возможно более длительное пребывание его на свежем воздухе. Дети, вынесенные на воздух, не кашляют и спокойно засыпают. В теплое время года ребенка, больного коклюшем, надо держать на воздухе весь день. Зимой он должен проводить 4–8 часов на воздухе при температуре не ниже -12°. Целесообразно и дневной сон организовать на воздухе, при этом ребенка следует тепло одеть, укрыть теплым одеялом. Еще лучше использовать теплый стеганый или меховой мешок. Если к коклюшу присоединилось воспаление легких, ребенка также следует выносить на воздух. Это способствует более легкому течению болезни. Пища ребенка, больного коклюшем, должна содержать много витаминов. Ему нужно поэтому давать побольше фруктов и ягодных соков, ягод и овощей, богатых витаминами. Если приступы кашля сопровождаются рвотой, то ребенок теряет при этом часть съеденной пищи. Поэтому надо стараться кормить его чаще – каждые 2–3 часа небольшими порциями, давать вкусную и разнообразную пищу. Если ребенку, больному коклюшем, невозможно обеспечить дома необходимый уход или у него появились тяжелые осложнения, надо отправить его в больницу.

# 

# 10. Бронхит

**Бронхит (острый, обструктивный, рецидивирующий, хронический)** представляет собой воспалительное заболевание бронхов различной этиологии (инфекция, аллергия, химические и физические факторы).

**Острый бронхит** у детей, как правило, проявление респираторной вирусной инфекции. Предрасполагающие факторы – охлаждение или перегревание, загрязненный воздух, пассивное курение (курение взрослых в присутствии ребенка). Обычно появлению бронхита предшествует повышение температуры, головная боль, слабость, насморк, подкашливание и саднение в горле, хриплый голос, боль за грудиной, сухой болезненный кашель, конъюктивит. Основным проявлением острого бронхита является кашель, вначале сухой, затем более мягкий, влажный. Иногда дети жалуются на болезненность в низу грудной клетки, усиливающуюся при кашле. При бронхите выслушиваются рассеянные сухие вначале, влажные в конце заболевания хрипы с обеих сторон. Дыхательная недостаточность при простом бронхите нетяжелая. Мокроту дети в отличие от взрослых не откашливают.

**Обструктивный бронхит** диагностируют у ребенка при наличии удлиненного, свистящего выдоха, слышимого на расстоянии, сухих хрипов, участия в акте дыхания вспомогательных мышц, вздутия грудной клетки. Течение заболевания волнообразное: могут быть колебания интенсивности кашля, общего состояния, температуры тела. О затяжном течении бронхита говорят, когда он продолжается более месяца.

Типичным осложнением **бронхита** являются синуситы, отиты. Наиболее частое осложнение – пневмония.

Рецидивирующий бронхит диагностируют в том случае, если у ребенка в течение года бывают 3 и более случаев заболевания с затяжным кашлем и другими проявлениями острого бронхита без астматического компонента, но имеющие склонность к затяжному течению. При нерациональном лечении заболевание может трансформироваться в бронхиальную астму. **Рецидивирующий бронхит**, длящийся более 5 лет, – предвестник **хронического бронхита**.

**Список использованной литературы**

1. Курс лекций для матерей. (Глава «Детские заразные болезни») – М.: Медгиз, 1958. – 412 с.
2. Педиатрия. – М.: изд-во «Профит-Стайл», 2006. – 724 с.
3. [Педиатрия, детские болезни, диагностика, лечение](http://pediatr.boxmail.biz/). //pediatr.boxmail.biz
4. [Nedug. Ru – Инфекции у детей](http://www.nedug.ru/catalogue/moscow/1/217/222/). // www.nedug.ru