



ГРЗ



ПЛАН

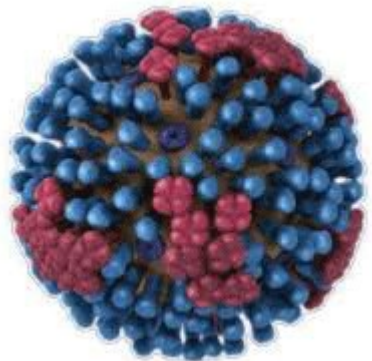
- ГРВІ
- Кашлюк
- СР гемофільна інфекція

Гострі респіраторні захворювання (далі — ГРЗ) — збірна група захворювань, спричинюваних різними збудниками, що поєднані на основі спільності особливостей епідеміології, патогенезу та особливостей клініки.

- **Захворювання верхніх дихальних шляхів є найбільш поширеними інфекційними захворюваннями. Серед причин тимчасової втрати працездатності вони посідають перше місце — навіть в міжепідемічний період на них хворіє шоста частина населення планети. В Україні щорічно на ГРЗ хворіє від 10 до 14 млн. осіб, що становить 25–30% усієї та близько 75–90% інфекційної захворюваності в країні. ГРЗ, які спричинюються вірусами, називаються гострими респіраторними вірусними захворюваннями (далі — ГРВЗ).**
- **Поширеність цих хвороб на земній кулі, залучення в епідемічний процес великої кількості людей, інколи важкі наслідки, значні економічні збитки зумовлюють актуальність респіраторних інфекцій для людства.**



- Респіраторні віруси розповсюджені як в людській популяції, так і серед тварин. У природних умовах вони непатогенні або мало патогенні для людини. Але, за певних умов, вони можуть викликати захворювання у людини — **тяжкий гострий респіраторний синдром (англ. — SARS), пташиний грип.**
- ВООЗ здійснює роботу з глобального моніторингу грипу. Це пов'язано насамперед з поширенням пташиного грипу і очікуваннями його швидкої трансформації у людський штам, а також з тим, що з часів пандемії грипу А (H3N2) Hong Kong 1968 року не реєструвалося серйозних епідемій грипу. Нині можна сказати, що претендентів на роль нового епідемічного штаму грипу поки що не видно.



Клінічні ознаки гострих респіраторних вірусних захворювань.

Різні збудники вражають більшою мірою певні відділи дихальних шляхів:

риновіруси та коронавіруси — переважно слизову оболонку носа,

реовіруси — носа та глотки,

парагрипозні віруси — гортані,

вірус грипу — трахеї,

РС-вірус — бронхів та бронхіол,

аденовіруси — лімфоїдну тканину глотки та кон'юнктиви.

Хоча у цілому вони обумовлюють запалення усіх відділів дихальних шляхів, **однак різною мірою.**



Симптоми ГРВІ:



Мал. 5: Локалізація симптомів ГРВІ

- **Риніт** — це запалення слизової оболонки носа, котре суб'єктивно проявляється відчуттям закладеності носових ходів і утрудненим диханням через ніс, чиханням, виділеннями з носа (нежить). При об'єктивному обстеженні спостерігаються серозні, слизисті, слизисто-гнійні або кров'янисті виділення, слизова оболонка гіперемійована, набрякла, іноді вкрита кірочками.
- **Фарингіт** — це запалення слизової оболонки глотки, яке суб'єктивно проявляється відчуттям помірного болю при ковтанні, рідше — печінням. При прямій фарингоскопії спостерігається гіперемія та набряк слизової оболонки задньої стінки глотки, своєрідна зернистість, інколи — дрібні крововиливи.
- **Ларингіт** — це запалення слизової оболонки гортані, що може виникнути не лише за умови дії інфекційних агентів, але й інших факторів — переохолодження, подразнення парами хімічних речовин, димом при палінні, зловживання алкоголем, голосового навантаження. Суб'єктивно хворий відчуває пирхотіння, садніння або помірний біль в горлі, кашель. Об'єктивно спостерігається зміна тембру голосу (сиплий, навіть до афонії), сухий, так званий «гавкаючий», кашель. При ларингоскопії виявляють гіперемію та набряк слизової оболонки гортані, потовщення та гіперемію істинних голосових зв'язок.

- **Трахеїт** — це запалення слизової оболонки трахеї, клінічна симптоматика якого надто мізерна. Хворі скаржаться на дряпання та біль за грудиною, сухий кашель. Інколи під час аускультатії вислуховуються жорстке дихання та сухі хрипи над трахесю. Об'єктивні зміни можна отримати лише за фібротрахеобронхоскопії, однак, враховуючи коротку тривалість ГРВЗ, цю процедуру навряд чи варто рекомендувати.
- **Бронхіт та бронхіоліт** — розглядаються як компонент ГРВЗ, якщо вони поєднуються з ураженням верхніх відділів респіраторного тракту, а за умови РС-інфекції вони є провідним синдромом. У випадках поєднання з пневмонією, бронхіт та бронхіоліт не відносять до ГРВЗ. Клінічними ознаками бронхіту є кашель, спочатку сухий, а надалі зі слизистим харкотинням, сухі хрипи, порушення бронхіальної прохідності у вигляді подовженого видиху, утруднення дихання, що краще визначити за допомогою спірографії або пневмотахометрії. Бронхіоліт — це найважча форма гострого бронхіту зі значним порушенням бронхіальної прохідності, що проявляється задишкою, розвитком обструктивної емфіземи та дихальною недостатністю. Хворих непокоїть болісний кашель з мізерною кількістю харкотиння.
- **Альвеоліт** — запальний процес дистального відділу респіраторного тракту внаслідок перетворення альвеолярно-капілярного бар'єру на гіалінову мембрану, спричинений локальними крововиливами, некрозом, апоптозом та десквамацією клітин респіраторного епітелію альвеол, що призводить до порушення легеневого газообміну (гіпоксемія, гіперкапнія) і клінічно проявляється дихальною недостатністю.

Окрім відмінностей у клінічній картині різних гострих респіраторних захворювань, що зумовлені різноманітністю синдрому органних уражень, є й певні спільні риси, що їх об'єднують.

Ознаки, характерні для всіх ГРВЗ:

- 1. Скарги: більше чи менше виражені симптоми загальної інтоксикації, катаральні симптоми — пирхотіння, значно рідше — біль в горлі, нежить, сухий кашель.**
- 2. Помірна гіперемія, в основному дужок, м'якого піднебіння, язичка, задньої стінки глотки із наявністю зернистості (збільшені лімфатичні фолікули).**
- 3. Гіперемія слизової оболонки носових ходів.**
- 4. Мигдалики переважно інтактні (за винятком аденовірусної інфекції).**
- 5. Кон'юнктивіт (виражений більше чи менше, залежно від виду ГРВЗ).**
- 6. Ознаки ураження кількох відділів верхніх дихальних шляхів.**
- 7. Для кожного виду є характерним найважче ураження одного відділу верхніх дихальних шляхів з розвитком характерної симптоматики.**
- 8. В гемограмі, зазвичай, спостерігається лейкопенія (нормоцитоз) з паличкоядерним зсувом і відносним лімфомоноцитозом.**
- 9. Під час рентгенологічного дослідження органів грудної порожнини — посилення легеневого малюнку.**



У дітей синдром ларингіту може ускладнитися розвитком **несправжнього крупу**, що у своєму перебігу проходить три послідовні фази: **катаральну, стенотичну та асфіктичну.**

Симптоматика виникає в розпалі хвороби, раптово, переважно в нічний час.

Катаральна стадія крупу характеризується такими клінічними ознаками:

- **охриплість голосу;**
- **грубий «гавкаючий» кашель;**
- **напади утрудненого дихання.**



У стенотичну стадію до вищенаведених симптомів приєднуються:

- **задишка;**
- **гучне дихання, що чути на відстані;**
- **ціаноз;**
- **втягнення на вдиху піддатливих ділянок грудної клітки;**
- **збудження, відчуття страху;**
- **вимушене положення — ортопное;**
- **підвищена пітливість;**
- **дихання над легенями майже не вислуховується.**



Асфіктична стадія характеризується такими симптомами:

- тотальний ціаноз;
- частий ниткоподібний пульс;
- артеріальна гіпотензія;
- розширення зіниць;
- втрата свідомості.
- При проведенні **диференціації** зі справжнім (дифтерійним) крупом, слід враховувати, що найбільш яскравими рисами несправжнього крупу є його гострий, раптовий початок, короткотривалий перебіг та **відсутність афонії** навіть в асфіктичній стадії.



В стадії неповної компенсації гострого стенозуючого ларинготрахеїту розвивається:

- A* Задихка змішаного типу**
- B* Експіраторна задихка**
- C* Кінцеві фаланги у вигляді барабанних паличок**
- D* Гіперемія мигдаликів**
- E* Ціаноз носогубного трикутника**

Невідкладна мед. допомога при ГСЛТ:

- **Стеноз I ступеня:** заспокоїти, тепле пиття, доступ свіжого повітря, відволікаюча терапія – гірчичні ванни, гірчичники на литки, інгаляції соляно-лужні, зволоженого кисню, антигістамінні препарати.
- **Стеноз II ступеня:** інгаляції з протинабряковою сумішшю, заспокійливі засоби, антигістамінні препарати, для зменшення спазму м'язів гортані – еуфілін 2,4%, глюкокортикостероїди, антибактеріальна терапія.
- **Стеноз III ступеня:** глюкокортикостероїди, інфузійна терапія, інтубація трахеї, трахеостомія.

Під час огляду зіву у дитини 12 років ви звернули увагу, що мигдалики гіперемовані, навколо лакун білуватий наліт, який легко знімається ватними тампоном.

З яким захворюванням треба провести дифдіагностику?

- A*** Дифтерія
- B*** ГРВІ
- C*** Бронхіт
- D*** Краснуха
- E*** Хронічний тонзиліт

Грип:



- В клініці грипу можна виділити два основних синдроми — **інтоксикаційний та катаральний**. Серед всіх ГРВЗ саме при грипі **інтоксикаційний синдром найбільш значний**. Особливостями цього синдрому є: висока короткочасна (3–5 днів) лихоманка після відчуття мерзлякуватості, значний м'язовий біль, типова локалізація головного болю — в надбрівних дугах, параорбітальних та скроневих ділянках.
- **Катаральний синдром** проявляється переважно у вигляді **трахеобронхіту**. Однак, спостерігаються симптоми ураження інших відділів дихальної системи: сухість та дертя у горлі як прояв фарингіту, закладеність та сухість слизової оболонки носу — риніт.
- Зовнішній вигляд хворого на грип нагадує такий у заплаканої дитини: набряк та гіперемія обличчя, блискучі очі, ін'єкція судин кон'юнктиви.

Парагрип:



У клінічній картині парагрипу ураження верхніх дихальних шляхів переважають над проявами токсикозу. Для захворювання характерні: **поступовий початок та млявий перебіг з максимальним напруженням клінічних симптомів на 3 — 4 добу хвороби**. Симптоми загальної інтоксикації виражені **слабко**, температура переважно субфебрильна тривалістю від 1 до 8 днів, іноді може сягати фебрильного рівня з досить вираженою інтоксикацією. Катаральний синдром, як правило, представлений ларингітом, однак, спостерігаються менш значні явища риніту з мізерними серозними / слизистими виділеннями та катарального фарингіту. Іноді у процес залучаються трахея та бронхи з розвитком відповідної симптоматики. Анатомічна будова гортані обумовлює можливість розвитку стенозуючого ларингіту (**несправжнього крупу**) переважно у дітей.

Медсестра оглядає хлопчика 5 років. Під час огляду дитина закашлялась. Кашель нападає подібний з глибоким свистячим вдихом, закінчився відходженням в'язкого мокротиння і блюванням.

Про яке захворювання може подумати медсестра?

- A* Кашлюк
- B* Парагрип
- C* Бронхіт
- D* Ларинготрахеїт
- E* Пневмонія



Риновірусна інфекція:

- Риновірусна інфекція характеризується наявністю назофарингіту з надмірною носовою секрецією серозного або серозно-слизистого характеру на тлі мінімальних ознак токсикозу, що пов'язано з відсутністю вірусемії.**

аденовірусна інфекція



Найчастіше аденовірусна інфекція маніфестує ураженням верхніх дихальних шляхів у вигляді затяжного (до 4 тижнів) риніту з рясним серозним / слизистим секретом, гранульозного фарингіту (симптомом «бруківки»), тонзиліту з помірною гіперемією та значним набряком слизових оболонок тканин ротоглотки, з можливою появою на мигдаликах ніжних фібринозних нашарувань внаслідок ексудації фібрину та некрозу епітеліальних клітин. Можливе залучення до запального процесу слизової оболонки трахеї та бронхів. Особливістю аденовірусного захворювання є поєднання катарального синдрому з ураженням інших органів, що багаті лімфоїдною тканиною — катаральним, фолікулярним або плівчастим, частіше одnobічним, кон'юнктивітом, генералізованою лімфаденопатією, ентеритом, гепато-лієнальним синдромом. Перебіг захворювання характеризується послідовною появою окремих клінічних симптомів, що свідчить про втягнення в патологічний процес нових органів и систем.

Підставою для постанови діагнозу слугує наявність хоча би 3-х синдромів органних уражень.

Респіраторно-синцитійна інфекція (РС-інфекція)

Клінічна картина РС-інфекції варіює залежно від віку хворого. У дітей молодшого віку вірус переважно вражає нижні відділи респіраторного тракту, перебігаючи у вигляді бронхіту та/або бронхіоліту. У дорослих та дітей старшого віку захворювання перебігає, як правило, легко, у вигляді риніту, трахеобронхіту, без підвищення температури тіла або з нетривалим субфебрилітетом.





Коронавірусна інфекція:

- **Тяжкість перебігу коронавірусної інфекції корелює з віком хворого. У дітей до 3-річного віку захворювання характеризується гострим початком зі значним токсикозом, тяжким ураженням верхніх дихальних шляхів у вигляді назофарингіту, з можливим поширенням запального процесу на гортань та трахею (ларинготрахеїт). У 80% дітей молодшого віку хвороба ускладнюється розвитком стенозуючого ларингіту (несправжній круп).**
- **У дітей більш старшого віку хвороба починається поступово, симптоми токсикозу відсутні, катаральний синдром характеризується ринітом зі слизистим секретом. Іноколи спостерігаються симптоми гастроентериту.**

SARS:

- **«Нетипова пневмонія» або SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)** — нове інфекційне захворювання, яке виникло в середині листопаду 2002 року в Південному Китаї, провінції Гуандун, та поширилося на території 29 держав світу. Вперше описане лікарем К. Урбані в Гонконзі. Офіційно повідомлено про 8422 випадки захворювання, серед яких понад 900 закінчилося смертю. Після 2004 року повідомлень про захворювання на «SARS» не було.
- Збудником хвороби є новий штам РНК-вмісного коронавірусу тварин, який став патогенним для людини внаслідок мутацій. Джерелом інфекції є хвора людина, не виключаються також деякі тварини. Шлях передачі — краплинний або повітряно-пиловий (вірус виділяється не лише з секретом дихальних шляхів, а й з сечею та калом). Хворіють переважно особи молодого і середнього віку, рідко — діти (значно легше), особи похилого віку. Не виключається штучне походження вірусу.
- Інкубаційний період 2–10 днів, тяжкість захворювання варіює від мінімальних проявів до прогресивної дихальної недостатності з летальним кінцем. Початок гострий, з підвищення температури тіла понад 38° С.
- Виокремлюють 3 фази перебігу:

SARS:

- період продрому триває 3–7 діб і характеризується лихоманкою, міалгіями, головним болем, слабо вираженим сухим кашлем, що не супроводжується нежиттю та чханням; при дослідженні крові — нормоцитоз або лейкопенія, абсолютна лімфопенія, висока активність КФК, помірне підвищення АлАТ, АсАТ;**
- через 3 — 7 днів кашель посилюється, з'являються задишка та відчуття нестачі повітря; в легенях, переважно в базальних відділах, вислуховується крепітація; наростає гіпоксемія. Частина хворих (близько 15%) на цьому етапі одужує;**
- у 85% хворих з другого тижня хвороби спостерігається наростання клінічної симптоматики — стан прогресивно погіршується, відмічається новий пік гарячки, з'являється водяниста діарея, рентгенологічна картина характеризується негативною динамікою — прогресування респіраторних симптомів супроводжується появою нових вогнищ іншої локалізації. Розвивається гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС), що потребує проведення інтенсивної терапії (10 — 20% хворих). Зміни в гемограмі аналогічні таким в першій фазі, однак приєднується тромбоцитопенія.**
- Рентгенологічні зміни корелюють з тяжкістю перебігу та варіюють від нормального малюнка до поширеної багаточисельної інфільтрації легеневої тканини, переважно в периферійних відділах одно- або двобічної локалізації.**

Реовірусна інфекція:

- Тропізм реовірусів відображений в їх назві — *respiratory enteric orphans*. Захворювання зустрічається спорадично, супроводжується помірним токсикозом та ринофарингітом. З боку шлунково-кишкового тракту можливі ознаки гастроентериту з болем в животі, нудотою, блюванням, діареєю. Часто спостерігається збільшення печінки.



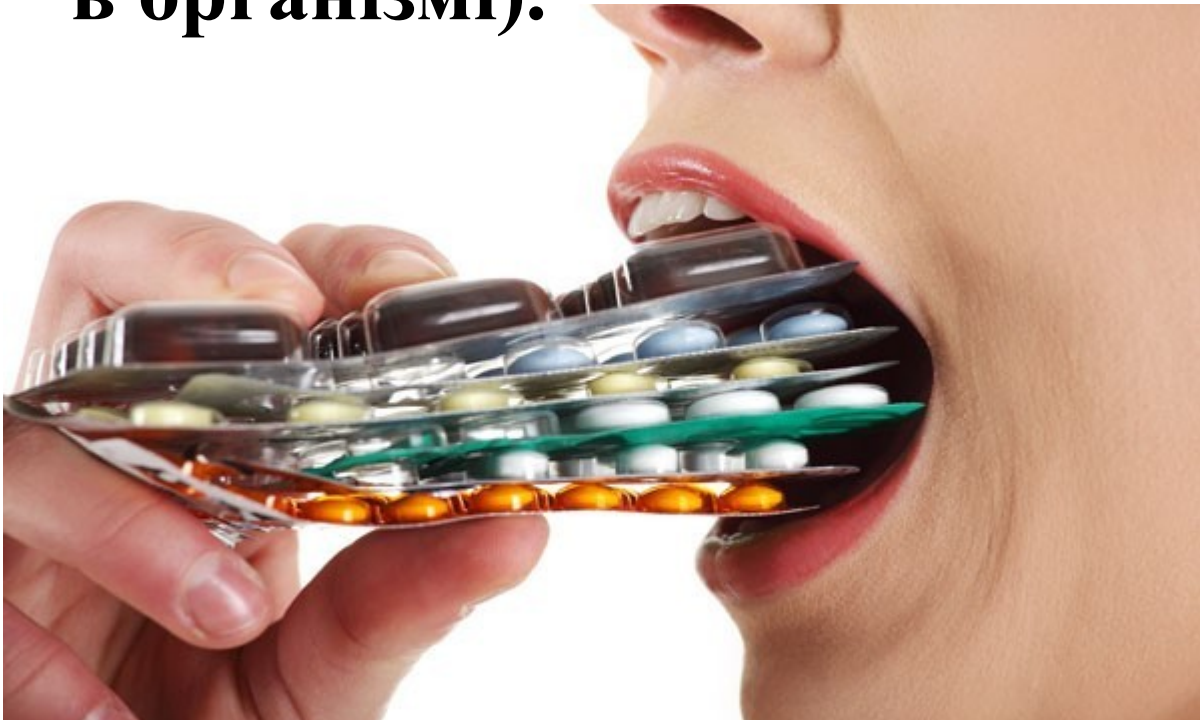
Ентеровірусні захворювання:



- Ентеровірусні захворювання — це група гострих інфекційних хвороб, з поліморфною клінічною симптоматикою, широким діапазоном тяжкості та високим ступенем контагіозності. Частина з них, що спричинені вірусами Коксакі та ЕСНО, можуть проявлятися, крім інших, й респіраторним синдромом: «літній грип», гострий ринофарингіт / тонзиліт, «мала хвороба». Властива переважно літня захворюваність.
- Клінічні ознаки ентеровірусних гострих респіраторних захворювань, які отримали назву «літній грип», значною мірою визначаються видом та серотипом вірусу. За умови інфікування вірусами Коксакі клініка захворювання характеризується ураженням верхніх дихальних шляхів переважно у вигляді ринофарингіту на тлі помірного токсикозу. Якщо ж хвороба обумовлена ЕСНО-вірусами, то розвивається трахеїт або трахеобронхіт зі значним токсикозом.
- Гарячкові захворювання, так звані «мала хвороба», Коксакі-гарячка або триденна гарячка, характеризуються катаральним запаленням та гіперплазією лімфоїдної тканини слизової оболонки глотки, кон'юнктивітом на тлі помірного токсикозу. Особливістю цієї форми є можливість ураження міокарду та нервової системи (серозний менінгіт).

Ускладнення ГРВЗ:

- Ускладнення гострих респіраторних вірусних захворювань умовно можна розділити на дві групи — специфічні, що зумовлені безпосередньою дією етіологічного фактора, та неспецифічні, що зумовлені дією інших етіологічних чинників (суперінфекцією або активацією хронічного вогнища інфекції в організмі).



Вас – викликали до дитини віком 1 рік, яка хворіє на ГРВІ. Скарги матері на неспокій дитини, сухий нав'язливий “гавкаючий” кашель, осиплість голосу, підвищення температури до 38,5°C. Відмічається інспіраторна задишка, дихання з втягненням податливих місць грудної клітки, роздуванням крил носа.

Який з перерахованих препаратів Ви введете дитині?

- A*** Преднізолон
- B*** Ампіцилін
- C*** Магнію сульфат
- D*** Цефотаксим
- E*** Контрикал

Ви прибули на виклик до дитини 1,5 року, яка хворіє на ГРВІ. Вночі стан її погіршився з'явився “гавкаючий” кашель, інспіраторна задишка, періоральний ціаноз.

Яку допомогу найдоцільніше надати дитині?

- A* Подразнити корінь язика**
- B* Ввести р-н преднізолону 1-3 мг/кг маси тіла**
- C* Ввести р-н анальгін 0,2 мл**
- D* Ввести р-н седуксену 0,5 мг/кг маси тіла**
- C* Ввести амоксицилін**

Дитині 1,5 роки. Часто хворіє ГРЗ, які мають затяжний перебіг. Перенесла 3 рази бронхопневмонію. Об'єктивно: дитина бліда, пастозна, збільшені лімфатичні вузли, аденоїдні вегетації II ст., компенсований хронічний тонзиліт.

Для якого стану характерні такі проблеми?

- A* Лімфатико-гіпопластичного діатезу
- B* Вродженого гіпотиреозу
- C* Аліментарного ожиріння
- D* Ексудативно-катарального діатезу
- E* Алергічного діатезу

Специфічна лабораторна діагностика ГРВЗ:

- Для верифікації діагнозу ГРВЗ необхідно застосовувати специфічні методи діагностики, які базуються на виділенні збудника чи його антигенів та/або виявленні специфічних противірусних антитіл. Особливої ваги набуває застосування експрес-діагностики ГРВЗ, зважаючи на появу засобів етіотропного лікування, які найефективніші в перші 2 доби захворювання. У цей термін застосовується реакція імунохроматографії, перевага якої насамперед в швидкості (результат отримується через 15 — 20 хв. після постановки реакції, що може проводитися безпосередньо біля ліжка хворого, не потрібен лабораторний персонал та спеціальне оснащення — Сіто-тест), реакція імунофлюоресценції (результат отримують через 2 — 3 год., проводиться в умовах лабораторії). При підозрі на грип метод імунохроматографії дозволяє швидко встановити тип і навіть підтип вірусу, яким уражений пацієнт. Метод дозволяє також швидко відібрати контингент для поглибленого серологічного та вірусологічного обстеження на грип.
- Серологічні дослідження в парних сироватках крові є методом ретроспективної діагностики. Найбільш вагомими з них є реакція зв'язування комплементу (РЗК), реакція гальмування гемаглютинації (РГГА) та реакція непрямой гемаглютинації (РНГА). Доказовим є чотириразове наростання титру антитіл. Вірусологічне дослідження є найбільш тривалим, трудомістким і дорогим методом, тому застосовується лише в епідеміологічній практиці та наукових дослідженнях.

Дитина, 7 років, захворіла гостро. З'явився біль у животі, попереку, підвищилась температура тіла до 39°C. під час огляду: позитивний симптом Пастернацького з обох боків. В аналізі сечі: лейкоцити вкривають все поле зору.

Яке захворювання є найбільш імовірним?

- A*** Гострий пієлонефрит
- B*** Гострий гломерулонефрит
- C*** Грип
- D*** Гострий цистит
- E*** Сечокам'яна хвороба

Принципи лікування ГРВЗ:



- 1. Ліжковий режим, можливе лікування вдома за умови легкого/середньотяжкого перебігу.
- 2. Повноцінне харчування, дієта № 13.
- 3. За наявності інтоксикації — рясне питво (морс, чай, фруктові соки, мінеральна вода). При необхідності — внутрішньовенна дезінтоксикаційна терапія кристалоїдними розчинами, реосорбілактом.
- 4. Аскорбінова кислота, рутин в звичайних дозах.
- 5. Протигістамінні препарати II — III генерації.
- 6. Бронхо-секретолітичні засоби.
- 7. Особам з ХНЗЛ, цукровим діабетом, наявністю хронічних вогнищ інфекції антибіотики для профілактики ускладнень — макроліди, фторхінолони, цефалоспорины, захищені пеніциліни.
- 8. Противірусні засоби.

Лікування ГРЗ

- **Основа – симптомоорієнтоване допоміжне лікування**
- **Етіотропне – тільки по показанням, при наявній бактеріальній інфекції-антибіоткотерапія**
- **Жарознижувальні – питво постійне, при фебрильній температурі, також при поганому перенесенні гарячки**
- **Сольові препарати (аквамаріс, х'юмар)**
- **Деконгестанти (септоназал)**
- **Дефлю сільвер-захист (ніс, горло, цинк)**
- **Бензидіамін (Тартум Веде, Ергомуцін)**
- **Амброксол льодяники та таблетки, аброл**
- **Ермуцін**
- **Лантіген Б**
- **Біо Гая**
- **Альпікол**
- **Єстімун**
- **Вітамін Д**
- **Гербіон – ісландський мох, гербіон –плющ. Проспан (плющ)**
- **При обструктивному бронхіту -пульмікорт**

Специфічна профілактика:



- Специфічна профілактика грипу та інших ГРВЗ є важливою проблемою сьогодення з огляду на високу сезонну захворюваність.
- Специфічна профілактика має 2 основних компоненти, співвідношення між якими залежить від рівня захворюваності на грип та інші ГРВЗ:
 - вакцинопрофілактика;
 - хіміопрофілактика.
- При загрозі розвитку епідемії (пандемії) грипу специфічна вакцинопрофілактика проводиться за 2–3 місяці до передбачуваного початку епідемії. Під час епідемії вона доповнюється хіміопрофілактикою протівірусними препаратами та індукторами інтерферону в осіб, які з певних причин не отримали щеплення проти грипу.
- Іншим повинен бути підхід до профілактики грипу та інших ГРВЗ в міжепідемічний період під час сезонного підвищення захворюваності. Основне значення має хіміопрофілактика препаратами, що стимулюють утворення інтерферону. Її може доповнювати щеплення окремих груп ризику у випадку можливості розвитку обмеженого спалаху грипу. Однак для цього повинен проводитися серологічний та вірусологічний моніторинг поширення вірусів респіраторної групи.

Профілактика:

- Ізоляція хворих на 5-7 діб, допуск в дитячі колективи після одужання.
- Провітрювання і дезинфекція предметів догляду.
- Носіння марлевих пов'язок.
- Щоденний огляд дітей, кварцування приміщень.
- Інтерферон 3-5 крап. в ніс 2 рази на добу 2-3 тижні.



Кашлюк

- гостре інфекційне захворювання, яке спричинюється паличкою Борде - Жангу. Головними проявами його є кашель з поступовим розвитком нападів спазматичного характеру, який закінчується відходженням скловидного мокротиння, блювання



Етіологія: грамнегативна паличка
Bordetella pertussis

Джерело інфекції: хворі останні дні інкубації,
протягом 30 днів з часу захворювання

Шлях зараження: Краплинний

Механізм передачі: повітряно-краплинний при
тривалому контакті.

Вікові категорії, що вражаються найчастіше:
немовлята, діти раннього віку

Вид імунітету після перенесеного тривалий,
пожиттєвий.



ЗБУДНИК – bact. *Haemophilus pertussis* (паличка Борде-Жангу), овоїдна паличка, нерухома, грамнегативна, малостійка в навколишньому середовищу. Для *виділення кашлюкової палички* використовують середовище Борде-Жангу чи кров'яний агар з додавання *пенициліну*.



Bordetella pertussis

ПАТОГЕНЕЗ

Вхідні ворота - слизові дихальних шляхів

**Бронхогенне розповсюдження по дрібним бронхам і
бронхіолам без бактеріємії**

**Підвищення збудливості рецепторів слизових дихальних
шляхів**

**Формування застійного вогнища збудження в кашльовому
центрі**

**Зміна ритму дихання і з'явлення характерного спазматичного
кашлю**

Гіпоксемія та гіпоксія

Гіпоксична енцефалопатія



Клінічні прояви

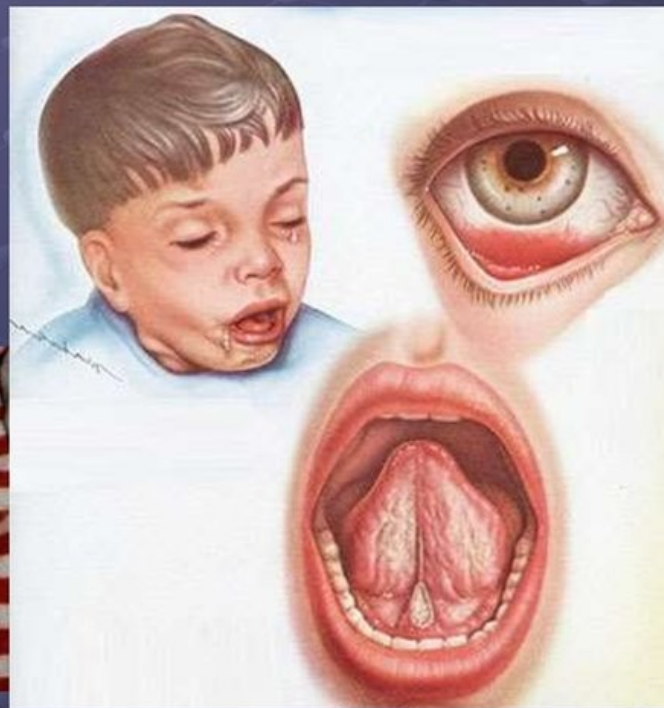
- Інкубаційний період триває 5-9 днів. Перебіг хвороби поділяють на три періоди: катаральний (2 тижні), спазматичний або конвульсивний (4-6 тижнів) і завершення (2-3 тижні).

Хвороба починається запаленням верхніх дихальних шляхів, незначним підвищенням температури. Потім з'являються кашель, нежить, чхання. Пізніше окремі покашлювання переходять у приступи кашлю, які набувають тривалого характеру. Після серії кашльових поштовхів настає форсований свистячий вдих. Це може повторюватися багато разів. Захворювання супроводжується такими ускладненнями, як ларингіт, бронхіт, пневмонія.



ВИГЛЯД ДИТИНИ при нападу кашлю

- обличчя стає червоним
- шийні вени роздуваються , пульсують
- судини очей переповнюються кров'ю, з'являються сльози
- язик висунутий
- виділяється велика кількість слини



Критерії тяжкості:

o Легка форма:

- частота нападів кашлю - до 15 на добу, число репризів – до 5;
- напади кашлю короткі;
- загальне самопочуття хворого не порушується.

o Середньотяжка форма:

- частота нападів кашлю - до 25 на добу, число репризів – до 10;
- напади кашлю тривалі;
- часто наприкінці нападів виникає блювання;
- загальне самопочуття помірно порушене.

o Тяжка форма:

- частота нападів кашлю - більше 25 на добу, число репризів - більше 10;
- напади кашлю тривалі, майже завжди закінчуються блюванням , крововиливами у шкіру, слизові оболонки, спостерігаються носові кровотечі, мимовільне сечовипускання, дефекація;
- порушення самопочуття (порушення сну, відсутність апетиту);
- наявність апное;
- наявність ознак гіпоксії (блідість, ціаноз, тахікардія);
- розвиток ускладнень.

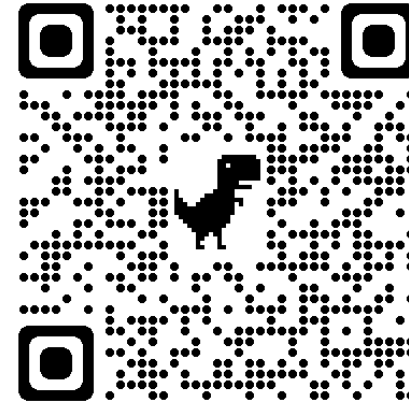


**Коклюш, кровоизлияния в
конъюнктиву обеих глазных яблок**



Спазматичний кашель

<https://www.youtube.com/watch?v=QVUPJwk3bvs>



[Кашлюк](#)

<https://www.youtube.com/watch?v=WtUfpJPK79I&t=121s>

.Мати дитини 5 років звернулася на прийом зі скаргами на те, що в дитини підвищилась температур тіла до 38°C, з'явився сухий кашель, переважно вночі, після кашлю - блювання. Щодня кашель частішає і складається із серії видихуваних поштовхів з глибоким свистячим вдихом. Напади кашлю до 10-15 разів на добу. Обличчя дитини набрякле. Крововиливи в склеру очей.

Яку хворобу можна запідозрити:

- A* Пневмонія**
- B* Кашлюк**
- C* Стенозуючий ларинготрахеїт**
- D* Обструктивний бронхіт**
- E* Бронхіальна астма**

Ускладнення

- Пневмонія, енцефаліт, менінгіт.
- У маленьких дітей ускладнення викликають загрозливі для життя стани – зупинка дихання



Медицина діагностика.

- Епідеміологічний анамнез.
- Клінічні прояви відсутність підвищення температури тіла, спазматичний кашель з репризами, характерний вигляд дитини.
- Рентгенологічне дослідження - горизонтальне положення ребер, підвищена прозорість легеневого поля, низьке стояння діафрагми, розширення легневих коренів, посилення легеневого малюнка у вигляді лінійних тяжів
- Загальний аналіз крові - лейкоцитоз, помірне збільшення ШОЄ
- Серологічні реакції - в яких спостерігається наростання титру антитіл.
- Бактеріологічне дослідження збудника в перші тижні захворювання - метод кашльових пластинок



Ви повинні провести забір матеріалу з носоглотки на чашку Петрі для виявлення палички Борде-Жангу.

При якому найбільш імовірному діагнозі проводиться таке дослідження?

- A* При кашлюку**
- B* При туберкульозі**
- C* При дифтерії**
- D* При менінгококовій інфекції**
- E* При скарлатині**

Лікування:

1. Режим - підтримання оптимального повітряного режиму (часті провітрювання, вологе прибирання). При легких та середньо-тяжких формах призначається тривале перебування на свіжому повітрі.

2. Дієта - добовий об'єм їжі зберігається, збільшується число годувань.

3. Етіотропна терапія.

Всім хворим в перші 3 тижні від початку захворювання призначається **еритроміцин** або інші **антибіотики** з групи макролідів.

Тривалість курсу - 14 днів (**азитроміцину** - 5 днів).

Препаратом другого ряду (при непереносимості макролідів):
ампіцилін, які призначаються тривалістю 14 днів.

Призначення етіотропної терапії у строках після 3 тижнів від початку захворювання вирішується індивідуально.

При тяжких формах:- **аміназін** 1-2,5 мг/кг/добу на 2-3 введення перед денним і нічним сном;

Профілактика.



Неспецифічна:

- своєчасне діагностування кашлюку.
- надсилання повідомлення до СЕС
- встановлення карантину на 14 днів
- санітарно-протиепідемічний режим - провітрювання, вологе прибирання з дезрозчинами, заключна дезінфекція не проводиться
- ізоляція хворої дитини на 25 днів від початку захворювання
- у разі підозри на кашлюк - бактеріологічне обстеження



Інфанрикс™

вакцина для профілактики кашлюку, дифтерії та правця
р.п. №261/01-300200000



Інфанрикс™ іпв

вакцина для профілактики кашлюку, дифтерії, правця та поліомієліту
р.п. №458/04-300200000



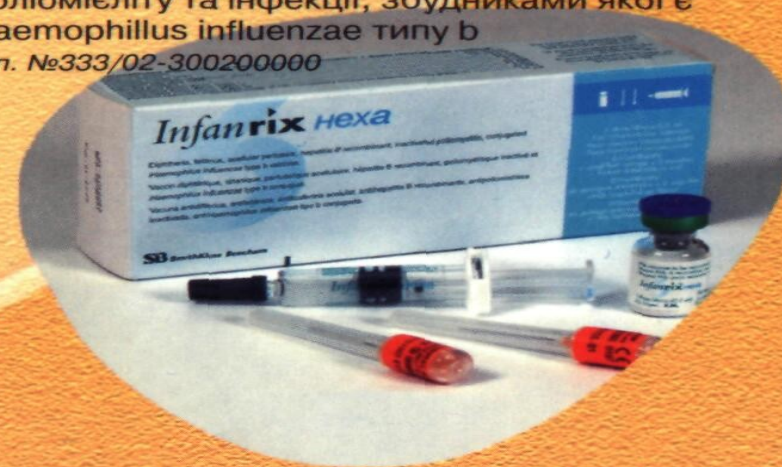
Інфанрикс™ пента

вакцина для профілактики кашлюку, дифтерії, правця, гепатиту В та поліомієліту
р.п. №348/03-300200000



Інфанрикс™ гекса

вакцина для профілактики кашлюку, дифтерії, правця, гепатиту В, поліомієліту та інфекції, збудниками якої є Haemophilus influenzae типу b
р.п. №333/02-300200000



GlaxoSmithKline

І
М
У
Н
О
П
Р
О
Ф
І
Л
А
К
Т
И
К
А

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!



Дякую за увагу!

