

“ Вітряна віспа.
Скарлатина ”



План лекції

- Вітряна віспа
- Скарлатина





Вітряна віспа (varicella)



Вітряна віспа

- гостре інфекційне захворювання, яке спричинюється фільтруючим вірусом. Характеризується помірною інтоксикацією та висипкою на шкірі та слизових оболонках.

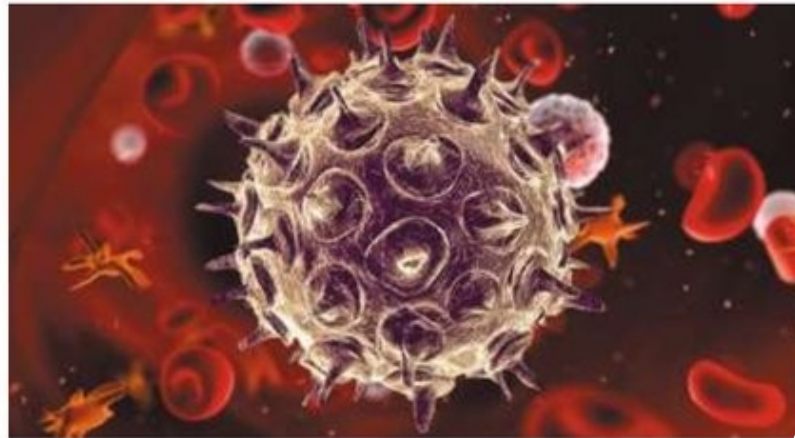
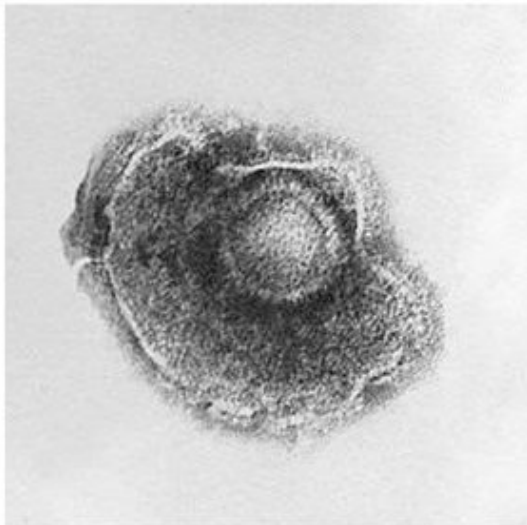
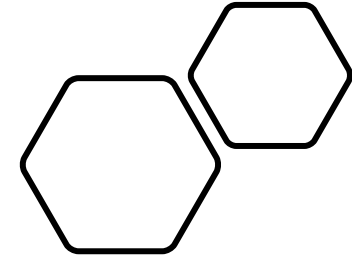


Загальні відомості:

- * Вітряна віспа відноситься до некерованих імунопро-філактикою інфекційних захворювань і зустрічається переважно у дітей віком 2-8 років. Збудником захворювання є ДНК-вмістний вірус, який відноситься до групи **герпетичних вірусів**. Після перенесеного захворювання вірус на протязі всього життя залишається в нервових гангліях. При неблагоприємних обставинах вірус активується і виникає оперізуючий герпес. Джерелом інфекції є хворі вітряною віспою та оперезуючим герпесом. Інкубаційний період становить 11-21 дні. В патогенезі хвороби вирішального значення надають тропізму віруса до епітелію шкіри та слизових оболонок.

Етіологія

- збудником кору з фільтруючий вірус. Він нестійкий в умовах зовнішнього середовища, чутливий до УФ-опромінення і видимого світла, гине на відкритому повітрі. Зберігається тільки в умовах дуже низьких температур. Приміщення, з якого виведено хворого, вже через 10-15 хвилин є безпечним для інших дітей.





Епідеміологія

- Джерело збудника - хвора дитина з 10 -го дня інкубаційного періоду до 5-го дня від моменту останніх висипань.
- **Механізм передачі інфекції**- повітряно-крапельний. Вірус у великій кількості потрапляє в навколишнє середовище з потоком повітря , Він поширюється на великі відстані. Через
- предмети догляду, іграшки збудник не передається.
- Воротами проникнення вірусу в організм є слизові оболонки верхніх дихальних шляхів.
- **Чинники, що сприяють виникненню захворювання :**
 - - вік дитини - 5-10 років
 - - відсутність активної імунізації
 - - часті захворювання дитини
 - - імунодефіцитні стани
 - - тривале лікування глюкокортикостероїдами.
- **Сезонність** - хворіють на протязі усього року, але максимальне підвищення захворюваності
- спостерігається в холодну пору року - з січня до травня.

Вітряна віспа

Інкубаційний період 10 - 21 днів

Хворий може заражати інших за 2 дні до появи висипань

Заразність утримується до 5 днів

після останніх висипань

- дуже висока, найчастіше хворіють діти з вікової групи 5-10 років, однак захворіти можуть особи будь-якого віку, в тому числі новонароджені. Перенесена хвороба залишає стійкий імунітет.
- Захворювання вагітної жінки на вітряну віспу не впливає на виношування плоду. Якщо захворювання прийшлося на останні місяці вагітності, можлива природжена вітряна віспа.



СПРИЙНЯТЛИВІСТЬ

ПАТОГЕНЕЗ



- Первинна інфекція проявляється у вигляді вітряної віспи, при цьому вхідними воротами інфекції є слизові оболонки верхніх дихальних шляхів, де проходить реплікація та первинне накопичення вірусу. Потім по лімфатичних шляхах вірус проникає в кров.

Класифікація : (В.П.Верцнер, 1963)

Форма	Тяжкість	Перебіг
Типова	Легка	Гладкий
Атипова:	Середньотяжка	Ускладнени
<ul style="list-style-type: none">• Стерта• Пустульозна• Геморагічна• Гангренозна• Генералізована	Тяжка Показники тяжкості: гіпертермія, значний висип, геморагічний синдром, ней-ротоксикоз із судомним син-дромом, менігоенцефалітич-на реакція, синдром крупу	й



Атипові форми.

- **Рудиментарна форма** – спостерігається у дітей, які отримували імуноглобулін під час інкубаційного періоду
 - **Геморагічна форма** - розвивається у виснажених дітей, ослаблених дітей зі змінами імунної системи.
 - **Бульозна форма**- виникає внаслідок приєднання бульозної стрептодермії
 - **Міліарна форма** – характеризується своєрідною висипкою у вигляді дрібних щільних вузликів, а надалі пухирців
 - **Гангренозна форма** – виникає у ослаблених дітей в разі поганого догляду, що сприяє приєднанню вторинної інфекції.
-
- Генералізована або вісцеральна - у дітей першого року життя
 - Природжена - у новонароджених до і 1 днів життя, коли мати боліла віспою у період вагітності

Клініка

Інкубаційний період

триває в середньому 11-21 день, найчастіше 14 днів. У більшості випадків захворювання починається гостро з підвищення температури тіла і висипки на шкірі та слизових оболонках.

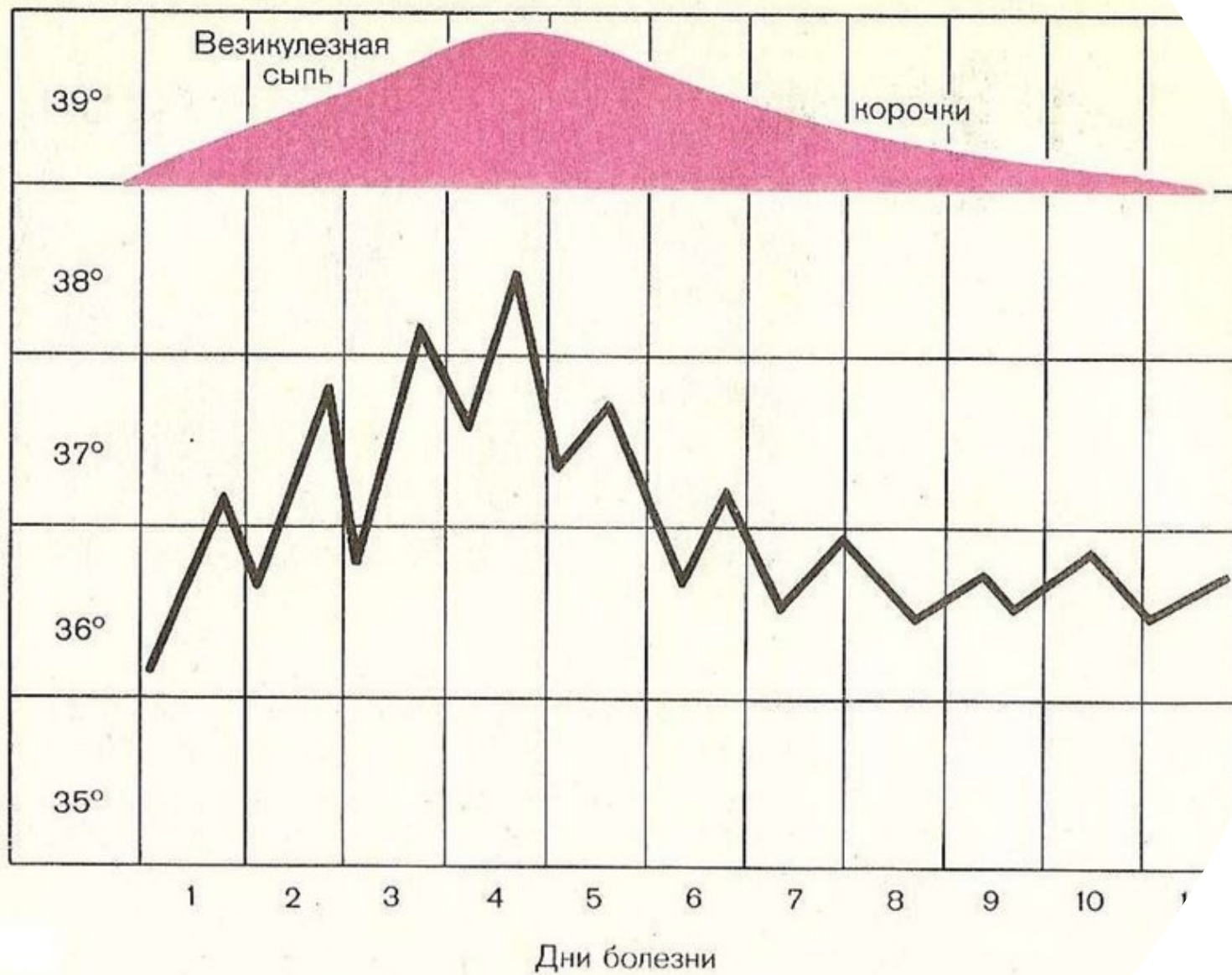
Продромальний період триває і день і характеризується катаральними змінами з боку нервової системи

Визначають такі симптоми:

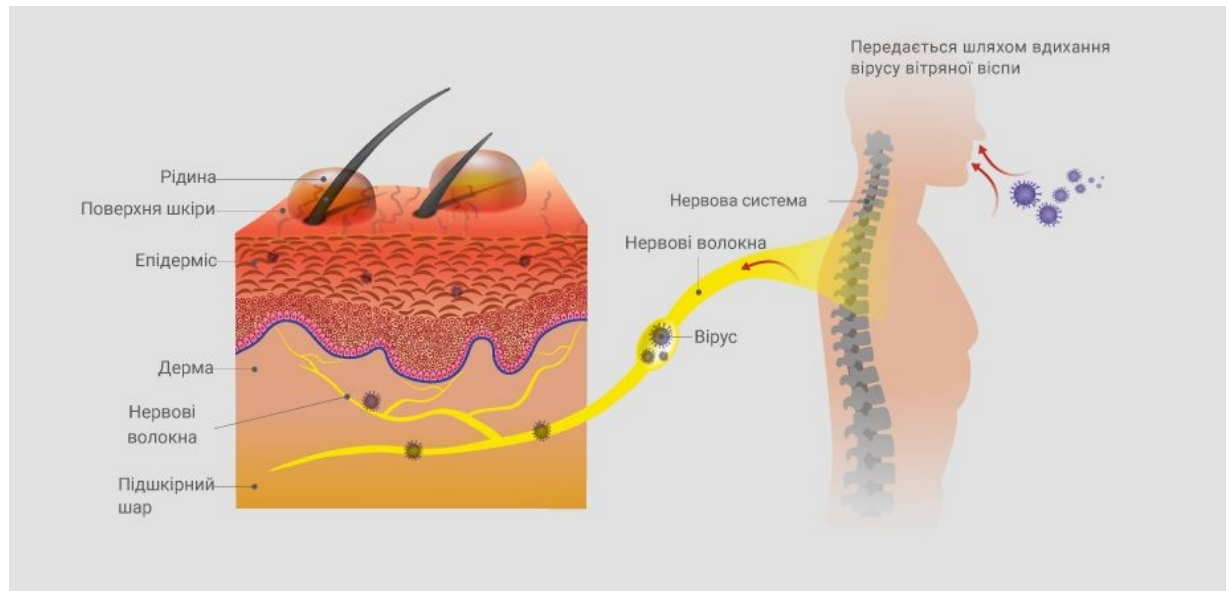
- - підвищення температури тіла до $38,5^{\circ}\text{C}$
- - загальне нездужання
- - дратливість або млявість
- - порушення сну
- - головний біль
- - блювання.



ТЕМПЕРАТУРНАЯ КРИВАЯ











Характеристика висипки

- з'являється в 1-2-й день хвороби одночасно з підвищенням температури тіла
- спостерігається швидкий розвиток (декілька годин)
- розвивається поетапно : червоні плями -- папула - везикула - пустула - корка
- у зв'язку з поетапністю висипання і тривалістю 3-4 дні відзначається несправжній поліморфізм
- розташовується в поверхневому шарі епідермісу на не інфільтрованій основі,
- облямований ділянкою гіперемії
- пухирці однокамерні з мутним вмістом вже протягом 1-ї доби



Характеристика висипки

характерне розташування - тулуб, лице, волосиста частина голови, незначно - на

- кінцівках, слизова оболонка порожнини рота, кон'юнктива, гортань, статеві органи
- тривалість висипки 3-5 днів
- на 1-3-му тижні кірочки злущуються зі свербінням, на їх місці залишається незначна
- пігментація, що поступово зникає
- на слизових оболонках елементи мацеруються з утворенням ерозій, що загоюються
- через 3-5 днів.







ya-matusya.com.ua





аллергия



ветрянка



краснуха




потница



Симптоми вітряної віспи

Для хвороби характерні:

- помірна загальна інтоксикація (слабкість, головний біль, втрата апетиту)
 - висип на шкірі та слизових оболонках
 - можливе підвищення температури
- 

День 1



День 2

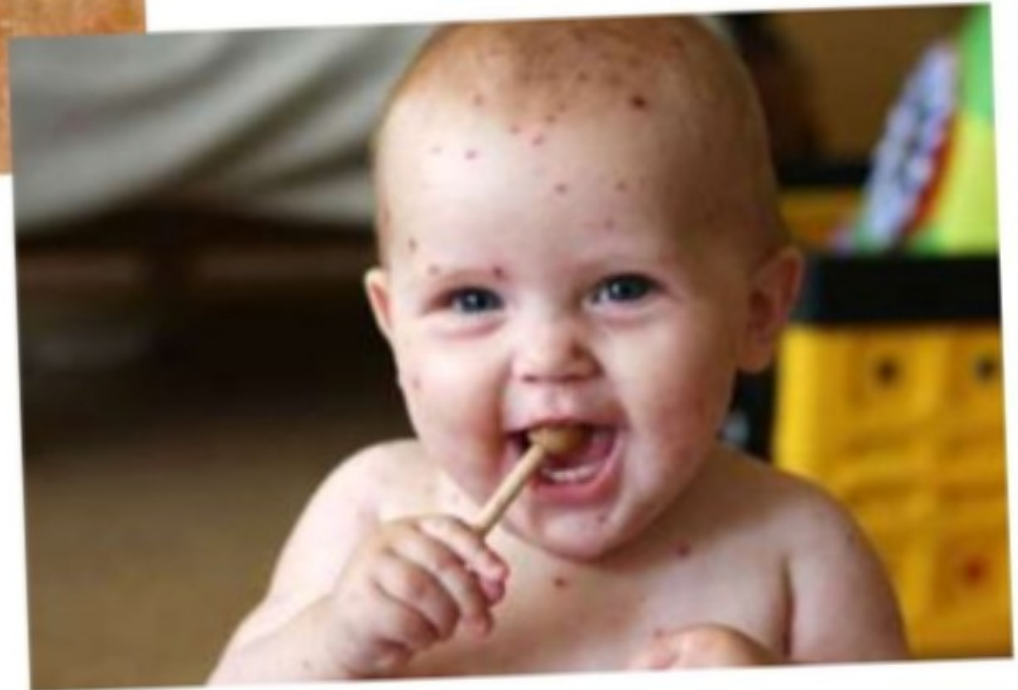


День 3



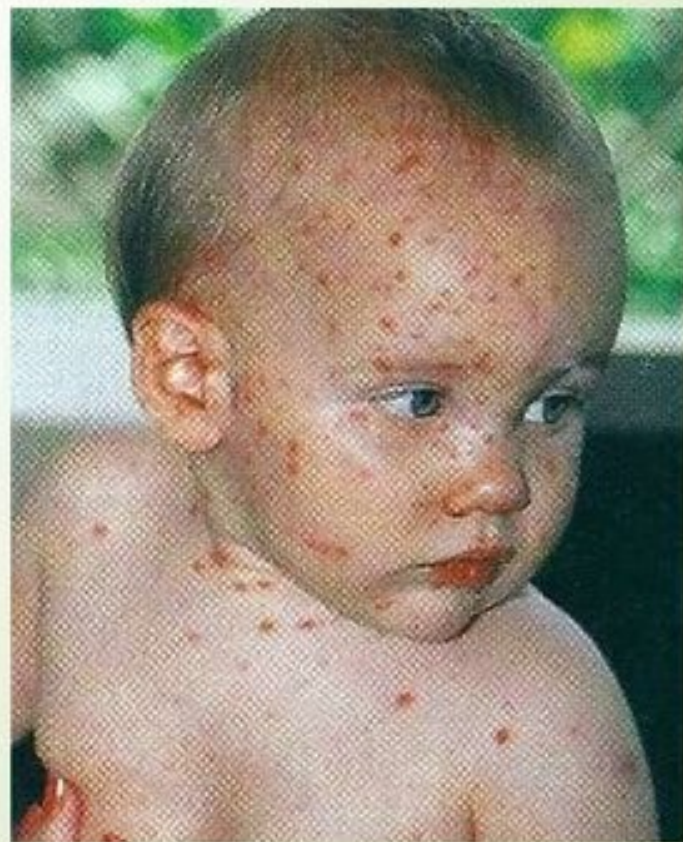
День 10





Кірки у разі
вітряної віспи
(crusta)





Ускладнення

- зумовленими вірусом - пневмонії, бронхіти, менінгоенцефаліти
- наслідок приєднання бактеріальної інфекції - стрептодермії, абсцес, стоматит, сепсис.



Увага

! У жодному разі не можна розчухувати пухирці висипу, інакше на шкірі можуть лишитися шрами. Кірочки пухирців не можна здирати, доки самі не відпадуть. Тому дитині слід коротко підстригти нігті, аби вночі вона не розчухувала висип.



Діагностика

- Епідеміологічний анамнез.
- Клінічні прояви :
- Загальний аналіз крові - відносний лімфоцитоз
- ІФА (імунофлуоресцентний метод) - виявлення вітрянкових антигенів у вмісті везикул
- Серологічні реакції - в яких спостерігається наростання титру антитіл.



Лікувальна тактика

- * Лікування проводиться в домашніх умовах, **хворого ізолюють на час захворювання не менш ніж на 5 днів після появи останнього елемента висипу.**
- * Постільний режим витримується на протязі 1 неділі.
- * Везікули та шкіру змащують 1% розчином діамантового зеленого або 0,04% розчином граміцидину. Для запобігання інфікування везікул використовують змащування їх 5% розчином перманганату калія. Очі промивають 2% розчином борної кислоти, закапують 15-20% розчином сульфацил-натрію, зів полощуть 1:5000 розчином фурациліну.
- * В стаціонар направляють дітей з тяжким перебігом хвороби, ускладненнями, супутньою патологією, яка може ускладнити перебіг вітряної віспи.
- * Етіотропна терапія представлена препаратами **віролекс, зовіракс, ацикловір 10-15 мг/кг 3 рази на добу внутрішньовенно краплинно 7 днів.** Крім ацикловіру ефективними також є такі препарати як **валацикловір, фамцикловір, ганцикловір.** Ацикловір може також використовуватися і у ентеральній формі: віком до 2 років доза препарату становить 200 мг, від 2-6 років - 400 мг, понад 6 років - 800 мг, приймають у 4 прийоми. При тяжких, генералізованих формах, ускладненому перебігу віспи, особливо дітей раннього віку також передбачається внутрішньовенне введення **полівалентного імуноглобуліну курсом 3-5 уведень щодня у дозі 0,4 г/кг або специфічного VZV імуноглобіліну у дозі 0,2 мл/кг.** Також в комплексній терапії застосовують полівітаміни, десенсибілізувальні засоби, антибіотики (бензилпеніцилін, оксацилін, ампіцилін), можливе використання інтерферону, ацикловіру, проводять дезінтоксикаційну терапію. Кортикостероїди призначають у випадку вітряночного енцефаліту.

Лікування

- Забезпечити ретельний догляд за шкірою та слизовими оболонками хворої дитини. Постійно змазувати везикули 1-2% розчином діамантового зеленого або краскою Кастелляні
- Стежити за тим, щоб нові елементи висипки відразу оброблялися. Стежити за порожниною рота . У маленьких дітей проводити зрошення порожнини рота дезінфекційними розчинами (2% розчином гідрокарбонату натрію або розчином фурациліну) за допомогою гумового балончика. Очі промивати розчином фурациліну або чаєм, закапувати 10% розчин альбуциду. Статеві органи - проводить лікувальні ванночки з 0,02% розчином калію перманганату, після чого обробити ділянки ураження кремом " Зовіракс".
- Гігієнічні ванни проводити з 4-5 дня висипки, коли вже немає нових елементів висипки з антисептичними засобами, щоденно до повного зникнення кірочок на шкірі. Під час проведення ванн збороняється користуватися мочалкою, мило використовувати 1 раз на тиждень.
- Забезпечити споживання дитиною великої кількості рідини.
- Організувати дієтичне харчування - їжа повинна відповідати віковим особливостям, бути максимальною щадною, вітамінізованою, калорійною.
- Проводити симптоматичне лікування: жарознижувальні, вітамінотерапію вікових дозах.
- **Ізоляція дитини на 10 днів від появи елементів висипки або через 5 днів від останньої висипки.**



Обробка висипу

Головне правило обробки висипу – змащувати лише елементи висипу, а не здорову шкіру. Ера змащування дітей зеленкою поступово відходить у минуле. **Зеленка не полегшує симптоми**, її користь тільки в тому, що можна прослідкувати поширення висипу і його припинення.

Профілактика.

Неспецифічна :

надсилання повідомлення до СЕС

- організація карантину в дитячому закладі на 21 день від моменту контакту з хворим
- санітарно-протиепідемічний режим - провітрювання, вологе прибирання з
- дезрозчинами, заключна дезінфекція не проводиться
- ізоляція хворої дитини на 9-10 днів
- ізоляція дітей , які контактували з хворим і відвідували дитячий садок чи перші три
- класи школи , з 11-го до 21 дня від моменту контакту.



**Центр
контролю та
профілактики
и хвороб**

цифічна:

пасивна імунізація ослаблених дітей не пізніше через 72 год з хворою дитиною

- введення імуноглобуліну 5-8-10 мл.
- Активна імунізація дітей вакциною Варілрикс. В календар щеплень не введена. Можлива вакцинація за кошти батьків. Дітям з 9 місяців та дорослим без вікових обмежень 2 дози з інтервалом 4-6 тижнів, підшкірно в дельтоподібний м'яз.



Вітряна віспа

(«вітрянка»)

Вітряна віспа — високозаразне інфекційне захворювання, небезпечне ускладненнями, за яких уражається нервова система, розвиваються запальні процеси. «Вітрянка» може мати серйозні для дітей дорослих, особливо небезпечна для вагітних

- Вакцинація від вітряної віспи дозволена дітям із **9-місячного віку**
- Вакцинацію можуть робити і дорослі, **які не хворіли на «вітрянку»**
- Курс щеплень складається з двох доз із оптимальним **інтервалом у 6 тижнів**

Як захиститися від вітряної віспи?

Щоб не захворіти вірянкою та уникнути неприємних симптомів, **потрібно щепитися.** Вакцинація від вірянки не входить до обов'язкових, тому зробити її можна **своїм коштом.** Вакцинація потрібна дітям і дорослим, які не хворіли раніше, оскільки перебіг хвороби може бути тяжким.

I етап медсестринського процесу

- **Медсестринське обстеження:**
- -скарги матері- висип на шкірі, озноб, гарячка, головний біль, слабкість
- Анамнез – контакт із хворою людиною, раніше дитина не хворіла
- Об'єктивно : лихоманка, висип на шкірі, головний біль.

II етап медсестринського процесу

Проблеми пацієнта

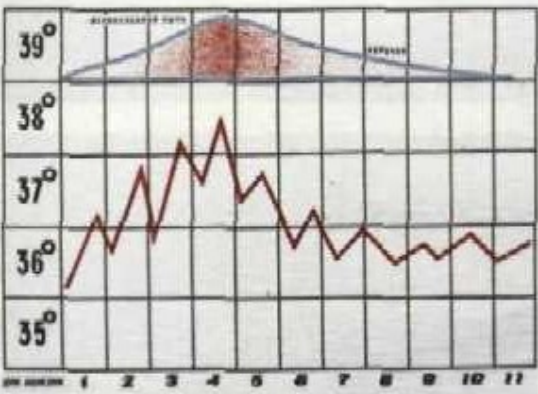
- Гарячка.
- Головний біль.
- Висип на шкірі.
- Блювання.
- Загальна слабкість.



2



3



4

III етап медсестринського процесу

ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом
- Виконання лікарських призначень
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду



Рання и поздня стадии ветряной оспы





IV етап медсестринського процесу

ПЛАНУВАННЯ ОБСЯГУ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ

- Ізоляція дитини на 9 днів від моменту появи висипу (або на 5 днів від моменту останніх висипань).
- Годувати дитину вітамінізованою їжею, термічно , хімічно щадною.
- Здійснювати догляд за шкірою.
- Систематичний контроль за температурою тіла, ЧСС, частотою дихання, АТ.
- Виконання лікарських призначень: протівірусні препарати, антибіотикотерапія при перших ознаках вторинної інфекції , десенсибілізуюча терапія, дезінтоксикаційна терапія , симптоматична терапія.

V етап медсестринського процесу

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ

- Зникнення інтоксикації, покращання загального стану
- Зникнення висипу на шкірі.
- Корекція мед сестринських втручань можлива при різних ускладненнях: треба пам'ятати про ларинготрахеобронхіт, пневмонію, енцефаліт, менінгоенцефаліт, флегмона , лімфаденіт.



АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ

ЕТІОЛОГІЯ	Збудник: вірус (нестійкий в зовнішньому середовищі, здатний розповсюджуватись з потоком повітря на значну відстань)
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ	Механізм передачі : повітряно -крапельний Інкубаційний період: 11-21 добу
КЛІНІКА	Висип : плямисто - <u>папульозні</u> елементи швидко (протягом декількох годин) перетворюються на пухирці з прозорим, а пізніше каламутним вмістом, після підсихання пухирців утворюються кірочки (пляма – папула – кірочка). З'являється поштовхами, свербить, локалізується на волосистій частині голови, обличчі, тулубі, кінцівках, слизових оболонках (відсутня на долонях та підшвах); характерним є поліморфізм висипу (на шкірі одночасно спостерігаються папули, везикули, кірочки).
УСКЛАДНЕННЯ	Піодермія, абсцеси, стоматити, імпетиго, кон'юнктивіти, бешіха та інші, пов'язані з вторинним інфікуванням шкіри

Мати дитини 5 р. звернулась до фельдшера ФАПу зі скаргами на плями, дрібні папули різної величини та везикули, які розташовані на шиї, обличчі, волосистій частині голови. Дитина млява, дратівлива, t° - $37,7^{\circ}\text{C}$.

Для якого захворювання характерні вище названі симптоми?

- A* Вітряної віспи
- B* Кору
- C* Скарлатини
- D* Краснухи
- E* Менінгококкової інфекції

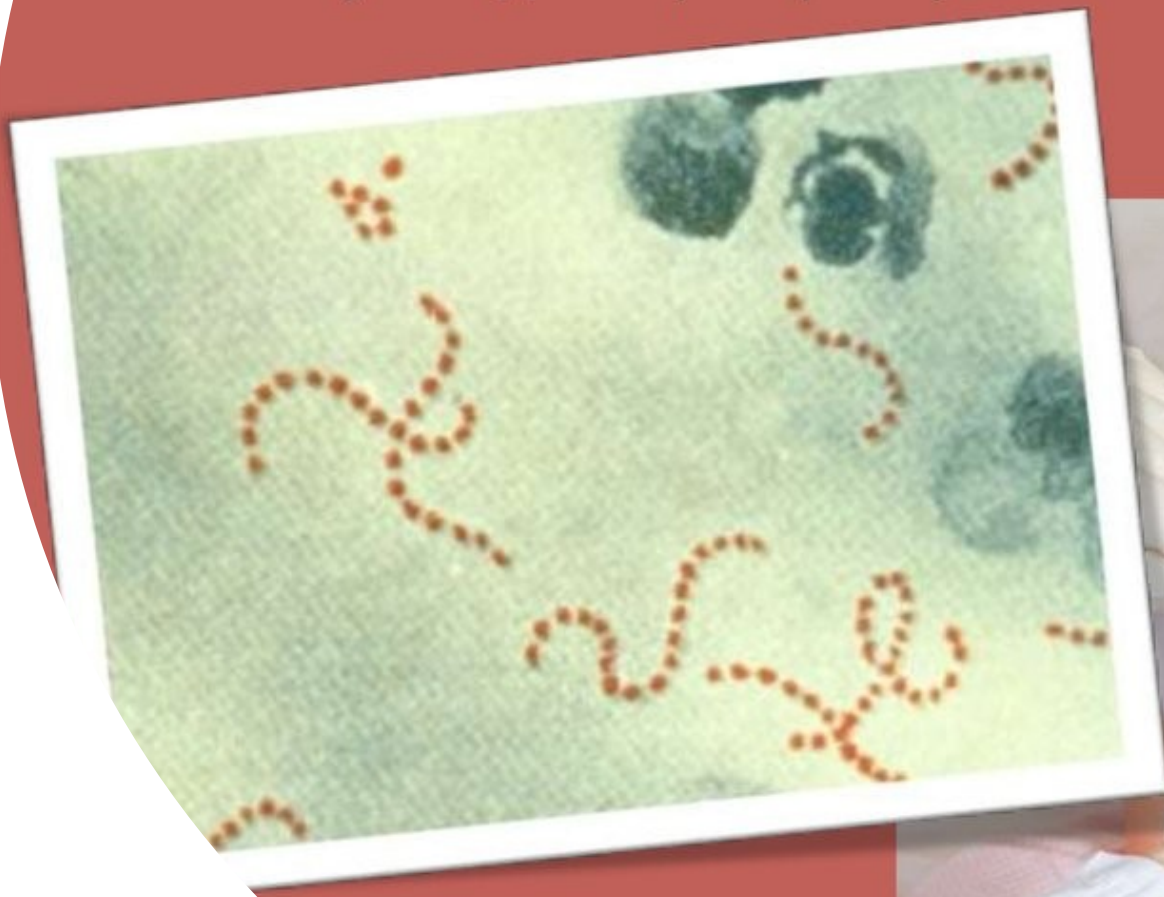


Скарлатина

- одна з форм стрептокової інфекції, яка має перебіг з гарячкою, ангіною, висипкою на шкірі і призводить до стрептокових та інфекційно – алергійних ускладнень.

іологія

збудником є бета-гемолітичний стрептокок групи А. Він довгий час зберігається у висушеному субстраті, витримує низькі температури. Його швидко інактивують дезінфекційні розчини та антибіотики.



Загальні відомості:

- * Збудник частіше передається повітряно-краплинним шляхом, рідше через інфіковані предмети та харчові продукти (молоко, морозиво).
- * Хворіють діти переважно у віці 2-10 років. При цій хворобі виділяють три тісно пов'язані між собою ланки патогенезу: токсичну, септичну та алергічну. **Токсемія** розвивається внаслідок виділення еритрогенного токсину збудником хвороби, що спостерігається на протязі перших днів хвороби. **Септичний компонент** також пов'язують із безпосередньою дією збудника, що проявляється такими ускладненнями як ангіна, лімфаденіт, отит, мастоїдит, гайморит, антрит тощо. **Алергічна ланка** патогенезу проявляється дещо пізніше (2-3 неділя хвороби) коли можуть виникати нефрит, міокардит, ураження суглобів. Належного значення надають і ураженню нервової системи.
- * Джерелом інфекції є хворий на скарлатину, ангіну, другими формами стрептококової інфекції (назофарингіт, бешиха, імпетіго, пневмонія), а також реконвалесценти та здорові носії.
- * Таким чином, скарлатина - клінічний прояв реакції організму на еритрогенний токсин в-гемолітичного стрептококу групи А. Аналогічна реакція можлива і у випадку впливу на організм патогенного стафілококу, який також здатний продукувати еритрогенний токсин.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

Основним джерелом інфекції є

- **хворий скарлатиною (особливо стертою формою) скарлатини.**
- **хворі стрептоковою інфекцією (ангіною, назофарингітом).**
- **Роль здорових носіїв стрептокока як джерела скарлатини, з'ясувати важко, тому що носійство стрептокока поширено досить широко.**

СКАРЛАТИНА

Інкубаційний період 1 – 12 днів

Хворий може заражати інших в останні дні інкубаційного періоду

Заразність утримується до 21 дня

після початку хвороби

Епідеміологія

Джерело збудника - хвора на скарлатину дитина з перших годин захворювання на протязі 7-Ю днів Джерелом інфекції можуть бути діти і дорослі ,які боліють на стрептококову інфекцію

- **Механізм передачі** інфекції -- повітряно-крапельний з секретом слизових оболонок глотки. Оскільки стрептокок стійкий у зовнішньому середовищі, інфекція може передаватися через іграшки, посуд, одяг хворого, через особу, яка була у контакті з хворою дитиною (третя особа).

- **Ворота інфекції** - лімфатичне глоткове кільце.

- **Чинники**, що сприяють розвитку **інфекції** : зниження імунної системи дитини погані побутові умови, закриті колективи дітей часті захворювання дитини

- **Сезонний** характер -- осінньо-зимовий період

- **Сприйнятливість** дитяче інфекційне захворювання. Хворіють переважно діти від 2 до 7 років. У підлітків і дорослих скарлатина зустрічається рідко, бо вони мають набутий імунітет. Не хворіють діти до 1 року, оскільки вони мають імунітет, який одержали від матері. Перенесена хвороба залишає стійкий імунітет.



Тип	Тяжкість	Перебіг
<p>Типова</p> <p>Атипова:</p> <p>Стерта-без висипу</p> <p>Із агравійованими</p> <p>Симптомами;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гіпертоксична, • Геморагічна <p>Екстрабукальна;</p> <ul style="list-style-type: none"> • опікова, • раньова, • післяпологова 	<p>Легка</p> <p>Середньотяжка</p> <p>Тяжка:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Токсична • Септична • Токсико-септична 	<p>Без алергічних хвиль та ускладнень</p> <p>Алергічними хвилями</p> <p>З ускладненнями:</p> <p>Алергічного типу</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нефрит • Синовіїт • Реактивний лімфаденіт <p>Гнійними</p> <p>Септикопіємія</p> <p>Абортивний</p>

Клініка

- █ Інкубаційний період триває від 1 до 12 днів , найчастіше 2-7 днів.
- █ Продромальний період відсутній.
- █ **Об'єктивно** : Захворювання починається гостро. Швидко розвиваються симптоми загальної інтоксикації.
- █ Головним проявом скарлатини є ангіна, яка має перебіг катарального, лакунарно-фолікулярного процесу. Під час огляду горла спостерігають такі симптоми:



АНГІНА

АНГІНА - ПОСТІЙНИЙ СИМПТОМ
скарлатини.

■ Н.Ф. Філатов писав:

“Скарлатина без ангіни належить до великих рідкостей, тому ставити діагноз скарлатини на підставі однієї тільки висипки – справа дуже ризикова”.

АНГІНА

Скарлатинозна ангіна може бути

- катаральною
- фолікулярною
- лакунарною
- **некротичною**
- **несправжньо-фібриною.**

**КАТАРАЛЬНА АНГІНА
(ЗНИКАЄ ЧЕРЕЗ 4-5 ДНІВ)**



ЛАКУНАРНА АНГІНА



**ФОЛІКУЛЯРНА АНГІНА
(ЗНИКАЄ ЧЕРЕЗ 6-7 ДНІВ)**



стени м.б. петехії на твердому і м'якому
піднебінні.



СИМПТОМИ СКАРЛАТИНИ

- Палаючий зів
- Відмежована гіперемія
Енантема у вигляді крапкових
крововиливів над лінією
гіперемії.

ПЕРІОД ВИСИПАННЯ

- Продовжується 4-5 днів.
- У цьому періоді виділяють 2 фази або стадії:
 - розпалу;
 - згасання.
- Стадія розпалу продовжується 1-2 дні, характеризується тах виразністю симптомів інтоксикації і найбільш яскравими змінами з боку шкіри, зіву, лім. вузлів.
- Стадія згасання більш тривала (3-4 дні) і виявляється поступовим зменшенням виразності симптомів.

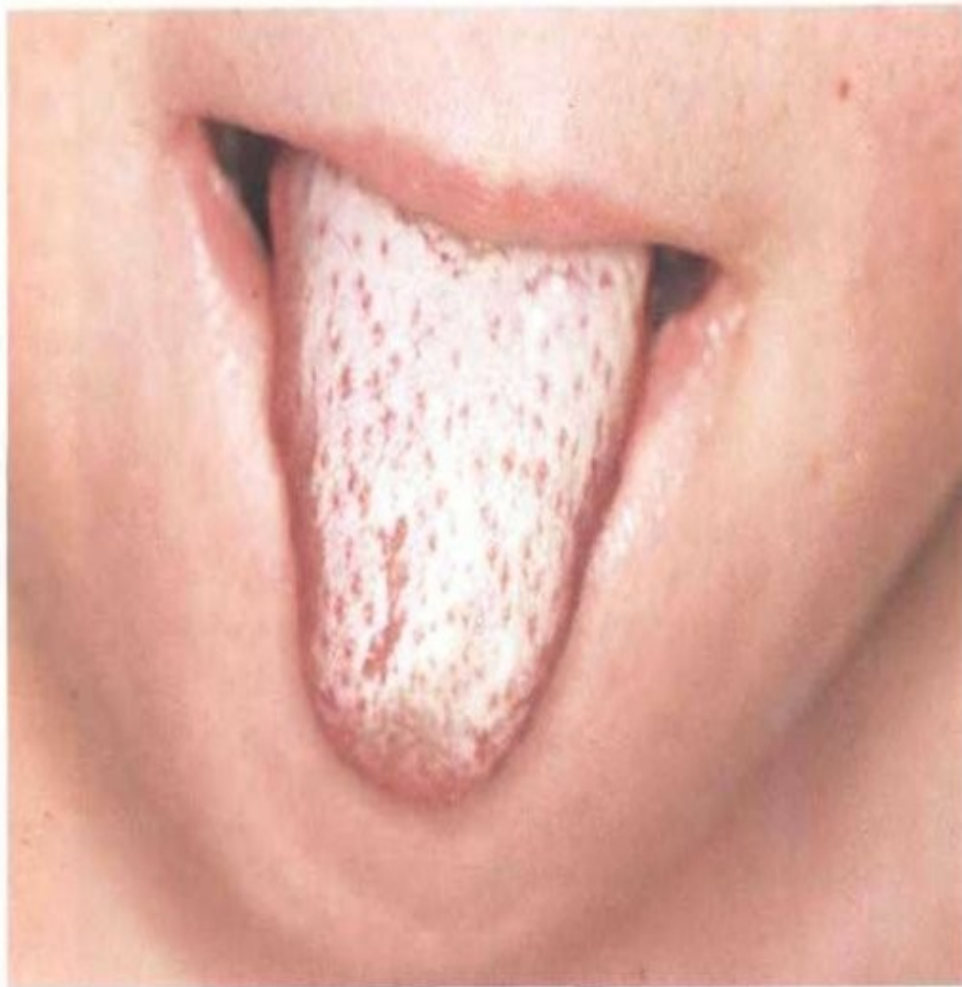




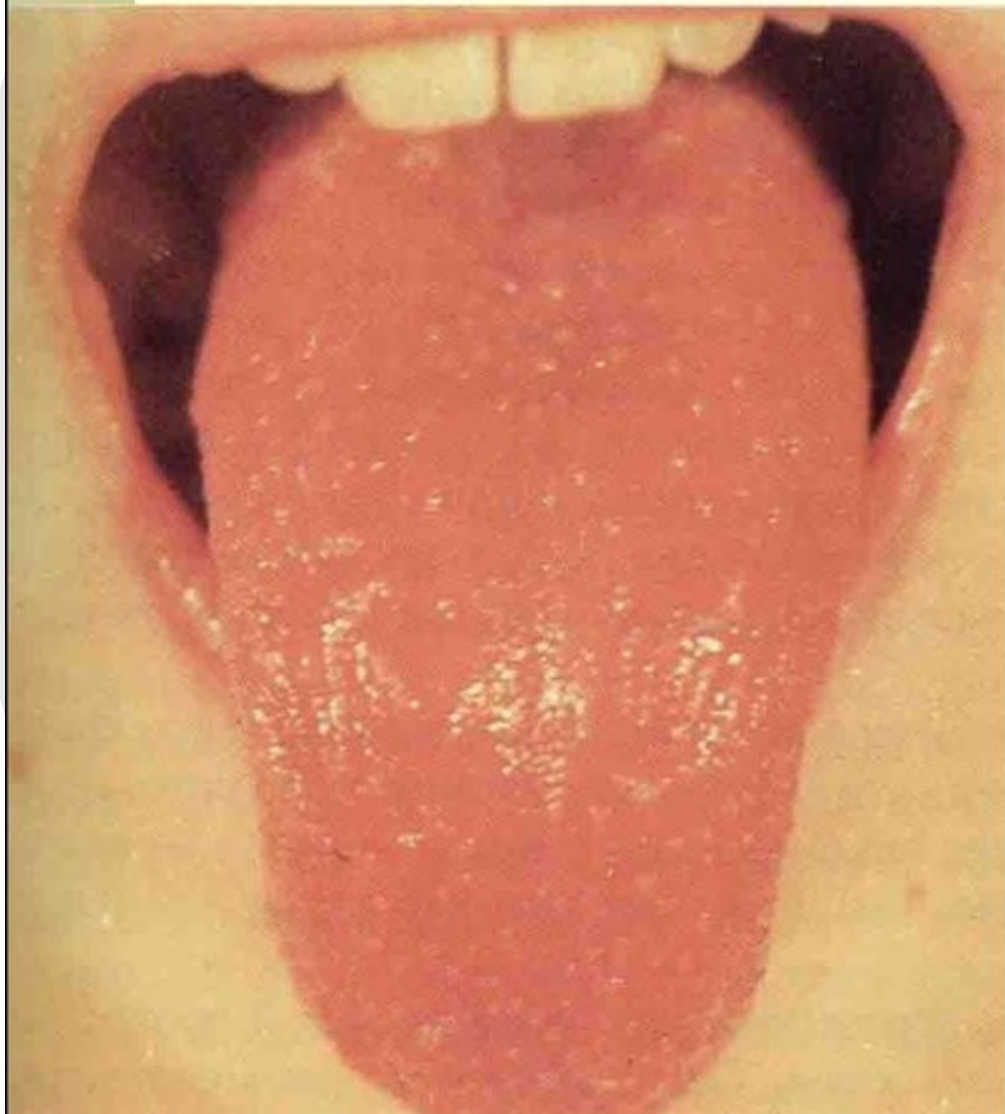
СИМПТОМИ СКАРЛАТИНИ

- **Слизові оболонки порожнини рота сухі.**
- **Язик спочатку густо обкладений сіро-жовтим нальотом, і з 2-3 дня починає очищатися з країв і кінчика, стає яскраво-червоним з вираженими сосочками (“малиновий язик”). Цей симптом утримується впродовж 1-2 тиж.**

“МАЛИНОВИЙ” ЯЗИК

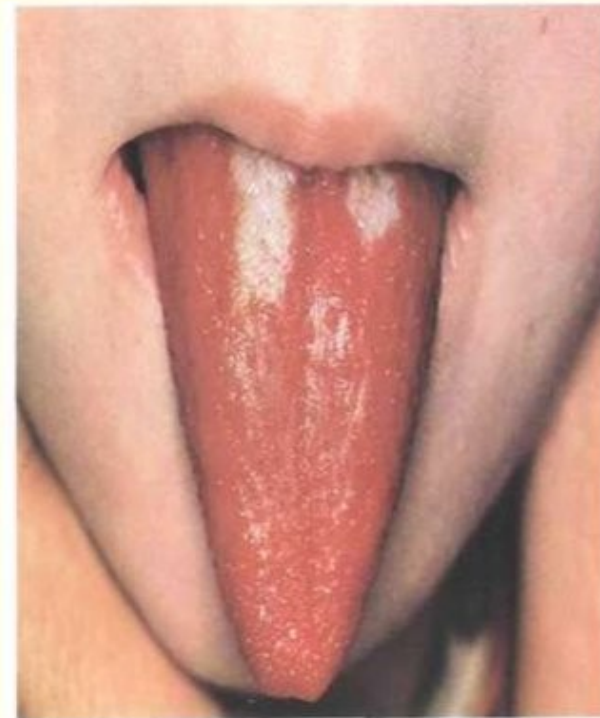


**“Малиновий”
язик при
скарлатині.**





**“Малиновий”
язик при
скарлатині.**



Характеристика висипки

- Не пізніше 2-ї доби з'являється скарлатинозна висипка, що має характерні особливості: - вона дрібно крапкова, яскраво-рожева з'являється одночасно на всій поверхні тіла - уся поверхня шкіри гіперемована
- - яскравіше виражена висипка на ліктьових, пахвових згинах, внизу живота, на бічних поверхнях тулуба
- - пальпаторно шкіра суха і гаряча, м'яка





Характеристика висипки

- - на обличчі елементи висипки зливаються , щоки стають яскраво-рожевими, набряклими, при цьому носо-губний трикутник чистий, блідий - симптом Філатова.
- Яскраво виражений білий дермографізм Висипка триває від 2 год до 2 днів.



Dusea.ru

The Hearty Soul



ВИСИПКА

- **Симптом «сорочки»**
- **Симптом Філатова**
- **Симптом Пастіа**
- **Симптом “шагреневої шкіри”**
- **Симптом Румпеля - Ліде**

Характеристика висипки

- На 3-й тиждень починається лущення - спочатку там, де шкіра ніжна, а потім на шкірі всього тулуба і кінцівках. Особливістю скарлатини є висівко-подібне лущення на шкірі тулуба і пластинчасте на долонях і підлошвах.



- ❖ Крупнопластинчасте лущення, яке найбільше виражено на долонях і стопах (на 2-ому тижні захворювання).







Скарлатина (scarlatina)





**Скарлатина,
згущення
висипань в
природних
складках.
(симптом Пастіа)**





СИМПТОМ ПАСТІА

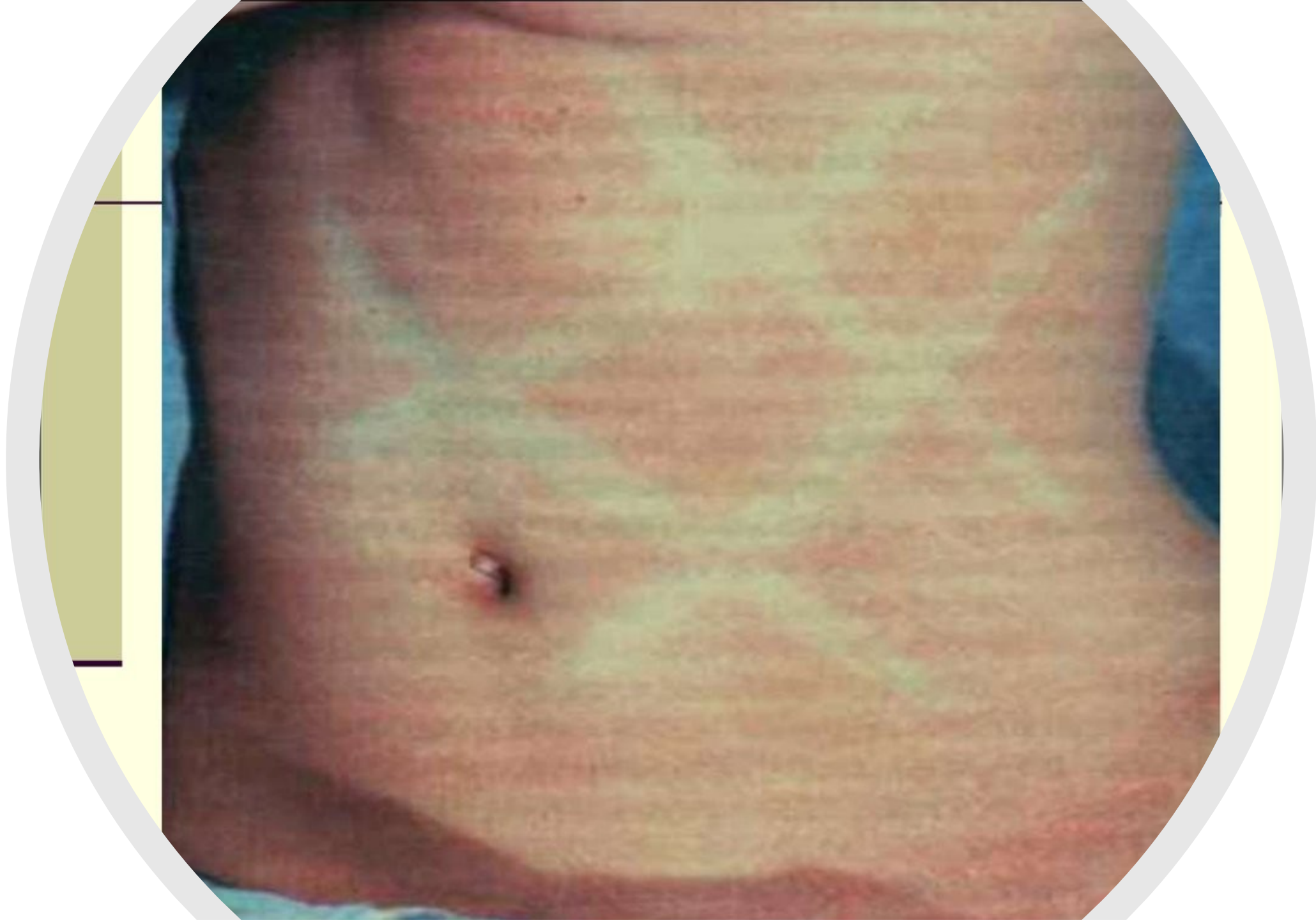




Діагностика

- Епідеміологічний анамнез,
- Головні клінічні прояви
- Загальний аналіз крові - лейкоцитоз, нейтрофіліоз, збільшення ШОЄ.
- Загальний аналіз сечі - альбумінурія, мікро гематурія, циліндрурія.
- Мазок із зівів та з-під язика на стрептокок до призначення лікування





Дитина 4-х років хворіє другий день. Хвороба розпочалась гостро з підвищення температури тіла до 38°C. Скаржиться на біль у горлі, зниження апетиту, порушення сну. Об'єктивно: гіпертрофія мигдаликів, гній в лакунах, язик з сіруватим нальотом. На помірно гіперемованій шкірі дрібно крапкова яскраво червона висипка, яка згущується в природніх складках, носогубний трикутник блідий.

Про яке захворювання має подумати медична сестра?

- A* Кір
- B* Вітряна віспа
- C* Краснуха
- D* Скарлатина
- E* Менінгококова інфекція

На 2-му тижні захворювання спостерігається
пластинчасте лущення на долонях.

Для якого захворювання це характерно?

- A* Скарлатини
- B* Кору
- C* Вітряної віспи
- D* Червоної висипки
- E* Менінгокової інфекції

Етапність появи плямисто-папульозного висипу, енантема, плями Філатова-Копліка-Бельського - симптоми, які вказують на:

- A*** **Скарлатину**
- B*** **Кір**
- C*** **Менінгококову інфекцію**
- D*** **Вітряну віспу**
- E*** **Краснуху**

СИМПТОМИ СКАРЛАТИНИ: зміни в крові

- **Лейкоцитоз нейтрофільного характеру зі зрушенням уліво. ШОЕ підвищена.**
- При тяжких формах спостерігаються якісні зміни нейтрофілів – вакуолізація, токсична зернистість, Нв і Ер. знижуються.
- По мірі нормалізації t тіла відмічаються еозинофілія і лейкопенія.
- У сечі часто з'являються сліди білка, і свіжі еритроцити, позитивна реакція на уробілін.

кладнення

ранні токсичні розвиваються на 1 -й тиждень захворювання - інфекційний міокардит,

■ токсичне ураження нирок,

■ синдром геморагічного васкуліту

гнійно-септичні розвиваються на 2-3 -му тижні –

- гнійна пневмонія,

- гнійний отит,

■ синусити, лімфаденіт

імунно-інфекційні - виникають після одужання

- ревматизм,

- гломерулонефрит,

- хвороба Шенляйна-Геноха



Лікувальна тактика

- * **Етіотропна терапія** включає пеніцилін в дозі 50-100мг/кг/добу курсом 7-10 днів незалежно від важкості перебігу хвороби, еритроміцин 30-50 мг/кг. Можна використати ампіцілін 50-100мг/кг на добу. У випадку непереносимості антибіотиків пеніцилінового ряду застосовують, лінкоміцин 10-20мг/кг на добу, кліндаміцин 30мг/кг на добу, або бісептол у віковій дозі.
- * Призначають полоскання ротогорла розчином антисептиків та ліжковий режим на період гарячки.
- * **Симптоматична терапія** включає препарати для закріплення судинної стінки (аскорутин, дицинон), десенсибілізуючі засоби (тавегіл, піпольфен, супрастин, фенкарол), у випадку важкого перебігу скарлатини проводиться дезінтоксикаційна терапія. Ефективність лікування оцінюють на основі зниження температури тіла, зникнення нальотів на мигдаликах, часу угасання висипань.
- * Лікування можна проводити в домашніх умовах. **Показаннями до госпіталізації є хворі віком до 1 року, тяжка форма скарлатини, ускладнена та у випадку неможливості ізолювати дитину.**

Профілактика (неспецифічна)

- своєчасне діагностування скарлатини
- надсилання повідомлення до СЕС
- Дітей до яко контактувала з хворим не допускати в дитячій заклад з 11-го дня до 21-го з моменту контакта
- санітарно-протиепідемічний режим - провітрювання, вологе прибирання з дезрозчинами, заключна дезінфекція не проводиться
- Карантин на 7 днів
- ізоляція хворої дитини на 22 дня
- організація санітарно-епідемічного лікування хворих дітей у закладах, які відносяться до системи дитячої охорони здоров'я



Профілактика (специфічна)

- Пасивна імунізація дітей імуноглобуліном у дитячих закладах при повторних випадках захворювання на скарлатину.



I етап медсестринського процесу

- **Медсестринське обстеження:**
- -скарги матері- висип на шкірі, озноб, гарячка, біль у горлі
- Анамнез – контакт із хворою людиною на стрептококову інфекцію
- Об'єктивно : лихоманка, висип на шкірі, ангіна, малиновий язик, трикутник Філатова

II етап медсестринського процесу

Проблеми пацієнта

- Гіпертермія.
- Біль в горлі.
- Висип на шкірі.
- Лущення шкіри.



127



ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ

МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

III етап медсестринського процесу

- Підготовка пацієнта та взяття матеріалу для лабораторних досліджень
- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом
- Виконання лікарських призначень
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду





IV етап медсестринського процесу

ПЛАНУВАННЯ ОБСЯГУ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ

- Ізоляція дитини на 10 днів або 22 дня (в залежності від віку).
- Взяття мазка з носа та зівва .
- Годувати дитину термічно, хімічно щадною їжею, молочно - рослинний стіл.
- Здійснювати догляд за мигдаликами.
- Систематичний контроль за температурою тіла, ЧСС, частотою дихання, АТ.
- Виконання лікарських призначень: антибіотикотерапія , десенсибілізуюча терапія, вітамінотерапія, симптоматична терапія.



V етап медсестринського процесу

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ

- Зникнення інтоксикації, покращання загального стану
- Зникнення висипу, нормалізація температури.
- Корекція мед сестринських втручань можлива при різних ускладненнях: треба пам'ятати про «скарлатинозне серце» , токсичне ураження нирок, ревматизм, гломерулонефрит, хвороба Шенлейн - Геноха.



АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ СКАРЛАТИНИ

ЕТІОЛОГІЯ	Збудник: Бета гемолітичний стрептокок групи А (стійкий в зовнішньому середовищі, має незначну летючість, здатний виробляти екзотоксин)
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ	Механізм передачі : повітряно -крапельний, контактний, аліментарний Інкубаційний період: 2-7 доби
КЛІНІКА	Інтоксикація (підвищення температури тіла, головний біль, блювання, загальна слабкість). Запалення в місцях входних воріт (яскрава гіперемія мигдаликів, дужок, крапкова яскрава енантема на м'якому та твердому піднебінні). Збільшення та болючість регіональних лімфовузлів. Язик обкладений , через 2-3 доби очищується від нальоту, набуває сосочковий характер – «малиновий язик». Висип дрібно крапковий на <u>гіперерованому</u> тлі шкіри: з'являється вперше на початку 2 доби, найбільш яскраво виражений в пахових та ліктювих складках , внизу живота, на боковій поверхні грудної клітки та в пахвинних складках, підколінних ямках; відсутній – в ділянці <u>носогубного</u> трикутника. Білий дермографізм (в перший тиждень захворювання). Пластинчасте лущення шкіри з 5 – 7 доби захворювання (особливо виражено на долонях та підощвах).
УСКЛАДНЕННЯ	Отит, лімфаденіт, <u>синусит</u> , пневмонія, ревматизм, нефрит та інш.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

