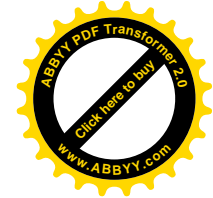


Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України
Сумський державний педагогічний університет
ім. А. С. Макаренка

Р. В. Склярова

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ДИТЯЧОГО ВІКУ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

Суми
Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка
2011



УДК 616.91-053.2(075.8)

ББК 55.14:57.3я73

С 43

Рекомендовано до друку рішенням вченої ради
Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка

Рецензенти:

Г. О. Латіна – доцент, старший викладач кафедри спортивної медицини та валеології СумДПУ ім. А. С. Макаренка, кандидат біологічних наук;

Т. П. Бинда – доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії і дитячих інфекцій, кандидат медичних наук СумДУ.

Склярова Р. В.

С 43 Інфекційні хвороби дитячого віку та їх профілактика: навч.-метод. посіб. / Р. В. Склярова. – Суми : Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2011. – 96 с.

У навчально-методичному посібнику подано описання особливостей розвитку дитячого організму та особливості перебігу інфекційних хвороб у дітей. Розглядаються інфекційні хвороби, які найбільш часто зустрічаються у дітей, причини їх виникнення, джерела інфекції, шляхи зараження, основні форми клінічного прояву і фактори ризику розвитку патології. Наводяться практичні рекомендації по проведенню профілактичних заходів і догляду за хворими дітьми.

Навчально-методичний посібник рекомендовано для студентів педагогічних університетів, коледжів, вчителів, вихователів та всіх бажаючих оволодіти знаннями з профілактики інфекційних хвороб.

УДК 616.91-053.2(075.8)

ББК 55.14:57.3я73

© Р. В. Склярова, 2011

© Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2011



ЗМІСТ

Вступ	4
Загальна характеристика дитячих інфекційних хвороб	5
Особливості інфекційного процесу імунітету у дітей	5
Клінічні форми інфекційної хвороби	11
Основи епідеміології інфекційних хвороб у дитячому віці	12
Основні принципи лікування дітей з інфекційними захворюваннями	18
Профілактика інфекційних захворювань у дітей	20
Законодавство про захист населення від інфекційних хвороб	30
Клінічні симптоми	31
Гострі респіраторні вірусні інфекції	34
Грип	38
Туберкульоз	41
Кір	46
Краснуха	48
Епідемічний паротит	49
Вітряна віспа	51
Дифтерія	52
Кашлюк	56
Стрептококова інфекція	58
Скарлатина	58
Герпес вірусна інфекція	61
Герпес звичайний	61
Герпес оперізувальний	63
Інфекційний моноклеоз	64
Менінгококова інфекція	65
Легіонельоз	68
Кандидозна інфекція	69
Харчова токсикоінфекція	70
Дизентерія бактеріальна	71
Сальмонельоз	73
Ботулізм	74
Вірусні гепатити	76
Вірусний гепатит А	76
Вірусний гепатит В	77
Вірусний гепатит С та Е	79
Вірусний гепатит D (дельта-інфекція)	79
ВІЛ-інфекція/СНІД	80
Тестові завдання	86
Питання для самоконтролю	92
Рекомендована література	94
Допоміжна література	94



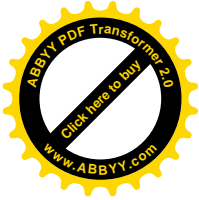
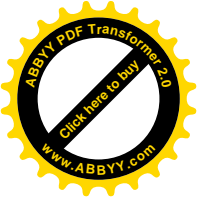
ВСТУП

Охорона здоров'я населення – це соціальна проблема, яка великою мірою залежить від умов праці, житлово-комунального забезпечення, культури, харчування та забезпечення необхідною кваліфікованою медичною допомогою. Щодо останнього чинника, то тут величезне значення має профілактика інфекційних хвороб. Інфекційні хвороби в теперішній час залишаються ведучою патологією дитячого віку. Саме інфекції є основною причиною летальних випадків у дітей, у першу чергу, раннього віку, а також інвалідизації та інших несприятливих наслідків. Незважаючи на вражаючі успіхи медико-біологічних наук минулого сторіччя, на початку XXI віку як і колись, значущими залишаються класичні дитячі інфекції: дифтерія, скарлатина, кір, краснуха, паротит, коклюш, а також вірусні діареї, бактеріальна дизентерія, сальмонельози, ГРВІ.

Актуальними проблемами в наш час є ВІЛ-інфекція, вірусний гепатит з гемоконтактним механізмом зараження, герпесвірусні інфекції (цитомегаловірусна інфекція, мононуклеоз, простий і оперезувальний герпес), хламідіози і мікоплазми. Почастішали випадки виникнення спалахів гострих кишкових інфекцій та харчових отруєнь, пов'язаних з вживанням забруднених патогенними бактеріями продуктів харчування та питної води. Спеціалісти-епідеміологи стверджують, що основними причинами спалахів є залучення до приготування страв випадкових осіб, не обізнаних з елементарними правилами особистої гігієни, а також порушення технології приготування їжі, зберігання харчових продуктів в антисанітарних умовах, без належного температурного режиму.

Знання суті інфекційних захворювань та їх епідеміологічних особливостей у дитячому віці, раціональне, кваліфіковане, цілеспрямоване використання великого арсеналу специфічних та загально-протиепідемічних заходів, безумовно, сприятимуть подальшим успіхам у боротьбі з інфекційними хворобами.

Попередити хворобу легше, ніж лікувати. Легше не лише у матеріальному сенсі, а й у суто психологічному для кожної людини. Саме для цього треба проводити профілактику. Я вважаю цю тему актуальною, тому що здоров'я – вічна цінність, без якої життя людини не може бути повноцінним. Якщо ж ми будемо знати засоби профілактики захворювань, ми зможемо стати здоровішими, а це дуже важливо для кожного.



ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ. ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ ТА ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ

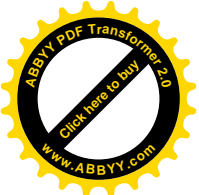
Серед низки захворювань у дитячому віці особливу групу складають інфекційні хвороби. **Найважливішою особливістю інфекційних хвороб** є те, що безпосередньою причиною їх виникнення є проникнення в організм шкідливого мікроорганізму, який розмножується в ньому, спричиняючи ті чи інші порушення, виділяється в навколишнє середовище, створюючи небезпеку зараження інших людей.

Серед гострих інфекцій є група захворювань, які трапляються переважно або майже виключно в дитячому віці. До неї входять дифтерія, кір, краснуха, епідемічний паротит, вітряна віспа, коклюш, скарлатина а також менінгіт і поліомієліт. Із захворювань шлунково-кишкового тракту тільки діти хворіють на кишкову колі-інфекцію і дуже часто на дизентерію. Усі ці нозологічні форми об'єднуються поняттям «дитячі інфекційні хвороби». Меншу кількість захворюваності дорослих на дитячі інфекції можна пояснити чинниками епідеміологічного характеру (хвороба, перенесена в дитячому віці, щеплення тощо) та біологічними особливостями організму (вікова несприйнятливість).

Захворюваність дітей на інфекційні хвороби, а також їхній характер значною мірою залежить від віку дитини. У дітей грудного віку часто виникають захворювання шлунково-кишкового тракту. Такі діти часто хворіють на кишкову колі-інфекцію.

У дошкільному віці (старший ясельний вік) дуже поширені гострі інфекції, які легко передаються повітряно-крапельним шляхом. Сюди належать скарлатина, кір, кашлюк, вітряна віспа, епідемічний паротит, грип.

У зв'язку з успішним здійсненням активної імунізації майже зникли дифтерія і поліомієліт. У шкільному віці гострі інфекції трапляються рідше і перебіг їх набагато легший. Перебіг інфекційних захворювань у дітей багато в чому визначається станом імунологічної реактивності і як відповіддю на це, імунним захистом організму. Стан імунних структур і механізмів у дітей адекватний віковому періоду і забезпечує щонайкращий захист, відповідний біологічним запитам і функціям організму дитини.



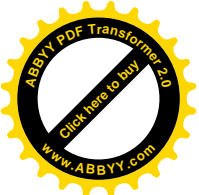
Першим і найважливішим бар'єром на шляху інфекційного агента є шкірні покриви і слизові оболонки. У дітей, особливо новонароджених і перших місяців життя, вони тонкі, поверхневий шар розрихлений, клітинні реакції пригнічені. Це є необхідною умовою активного шкірного дихання, але й причиною легкого інфікування, проникнення мікроорганізму і нездатності шкірного бар'єра затримувати, локалізувати інфекцію. Лімфатичні вузли і мозкові оболонки в дітей раннього віку надто васкуляризовані, судини порозні, що, з одного боку, створює умови для їх оксигенації та достатнього кровопостачання, з іншого – умови для безперешкодного проходження мікроорганізмів, частого розвитку ускладнень з боку нервової системи і схильності до генералізації інфекційного процесу.

Вплив вікового фактора на захворюваність тісно пов'язаний з віковим імунітетом. Новонароджені і діти перших місяців життя несприйнятливі до деяких гострих інфекцій (кір, скарлатина та ін.) завдяки тому, що в них сформований пасивний імунітет, набутий від матері через плаценту або грудне молоко.

Діти, яких вигодовують грудним молоком, мають високий імунітет до багатьох гострих інфекцій. З грудним молоком в організм дитини надходять усі необхідні поживні речовини, а також імунні тіла, ферменти, вітаміни, що значно підвищує їхню стійкість до захворювань. З віком цей пасивний імунітет втрачається, організм дитини набуває здатності активно впливати на інфекційний процес, виробляючи імунні речовини, різні антитіла.

Проблема дитячих інфекційних хвороб безпосередньо пов'язана з загальною проблемою дитинства. Інфекційні хвороби певним чином впливають на фізичний розвиток дітей. Ускладнення при дитячих інфекційних хворобах можуть стати причиною не тільки часткової, а й повної втрати функцій важливих органів чи систем організму. Вони дезорганізують роботу дитячих закладів, відривають жінку від зайнятості на виробництві спорадично, а іноді надовго, і деякою мірою навіть можуть гальмувати виробниче життя.

Розвиток інфекційного захворювання і особливо його перебіг пов'язані з індивідуальною сприйнятливістю дитини. Ступінь такої сприйнятливості залежить від низки причин, до яких належить харчування дитини, санітарно-гігієнічний рівень навколишнього середовища, а також правильне виховання.



Повноцінне харчування сприяє виробленню високого неспецифічного імунітету; цьому допомагає також свіже повітря, чистота навколишнього середовища і всього того, що оточує дитину (іграшки, одяг, білизна тощо). Виховання дитини повинне спрямовуватися на підтримання в неї рівного, спокійного, радісного настрою, що підвищує тонус нервової системи і позитивно впливає на розвиток імунітету.

Тривале перебування дітей на свіжому повітрі в будь-яку пору року у відповідному одязі, привчання до систематичних водних процедур і гімнастики роблять їх фізично витривалими, загартовують дитячий організм і тим самим також знижують сприйнятливність до інфекційних захворювань.

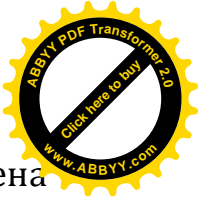
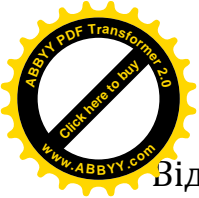
Інфекцією чи інфекційним процесом (від лат. investio – зараження) прийнято називати взаємодію патогенного мікроорганізму з макроорганізмом, яка відбувається в умовах постійного впливу мінливого навколишнього середовища. Якщо внаслідок такої взаємодії порушуються фізіологічні функції мікроорганізму з формуванням морфологічного субстрату хвороби, відбувається розлад життєдіяльності організму і виникає одна з форм інфекційного процесу – **інфекційне захворювання**.

Інфекційні хвороби – розлади здоров'я людей, що виникають унаслідок зараження живими збудниками (вірусами, бактеріями, рикетсіями, найпростішими, патогенними грибами, гельмінтами, кліщами, іншими патогенними паразитами), передаються від заражених осіб до здорових і схильні до масового поширення. Це група захворювань, які характеризуються заразністю, наявністю прихованого інкубаційного періоду, циклічним розвитком клінічних симптомів хвороби, формуванням специфічного імунітету.

Небезпечні інфекційні хвороби – це інфекційні хвороби, що характеризуються важкими та (або) стійкими розладами здоров'я в окремих хворих і становлять небезпеку для їх життя та здоров'я.

Особливо небезпечні інфекційні хвороби – це інфекційні хвороби (у тому числі карантинні: чума, холера, жовта гарячка), що характеризуються важкими та (або) стійкими розладами здоров'я у значної кількості хворих, високим рівнем смертності, швидким поширенням цих хвороб серед населення.

Клінічні прояви інфекційної хвороби широко варіюють від злоякісних смертельних до стертих форм з ледве помітними симптомами.



Відмінною рисою інфекційних хвороб є специфічність, зумовлена особливістю збудника з одного боку, та захисними реакціями – з іншого.

Збудниками інфекційних хвороб є бактерії, віруси, рикетсії, хламідії, мікоплазми та гриби. Хвороби, спричинені найпростішими та гельмінтами, а також комахами та кліщами, належать до **паразитарних**.

Для розвитку інфекційної хвороби необхідне поєднання низки умов. Найважливішою з них є стан макроорганізму, зрілість його імункомпетентних систем. Суттєве значення мають і якісні характеристики збудника – патогенність, вірулентність, інвазивність і токсигенність.

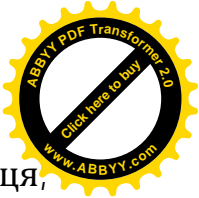
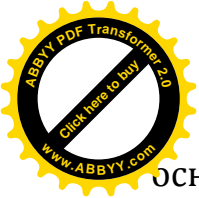
Патогенністю мікробів називають їх здатність спричиняти патологічний процес в організмі. Вона характеризується вираженою специфічністю, тобто здатністю одного виду мікробів та вірусів спричиняти значні клінічні та морфологічні зміни. Ступінь патогенності мікроба в разі тривалої дії на нього різних чинників навколишнього середовища може змінюватися. Цей ступінь, або міру патогенності, прийнято називати **вірулентністю**. У клінічних умовах про вірулентність мікробів судять за тяжкістю спричиненого ними захворювання, а в лабораторних – за дозою.

Однією з найважливіших особливостей патогенних мікробів є їхня **специфічність**. Це означає, що кожен вид мікробів має особливий агресивний вплив на організм і спричиняє лише певну хворобу та специфічну імунологічну реакцію організму.

Інвазивність, чи агресивність – здатність збудника проникати через шкірні покриви, слизові оболонки всередину органів та клітин. Ця властивість мікробів забезпечується здатністю утворювати різні ферменти (гіалуронідазу, фібринолізин, колагеназу, нейромінідазу), за допомогою яких збудник переборює природні бар'єри і забезпечує свою життєздатність в умовах впливу імункомпетентних систем організму.

Деякі мікроби виробляють токсини, які виділяються з мікробної клітини в навколишнє середовище. Здатність мікроба виділяти токсин тієї чи іншої сили визначають поняттям токсигенності.

Токсигенність – це здатність мікроба продукувати токсичні речовини, що носять назву екзотоксини й ендотоксини. **Екзотоксин** – це продукти метаболізму мікробів, які виділяються в навколишнє середовище. **Ендотоксин** – це білкові речовини, які продукуються в

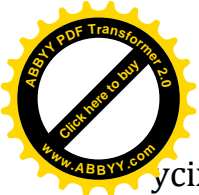


Основному грампозитивними мікробами – збудниками дифтерії, правця, ботулізму, менінгококової інфекції тощо. Дія екзотоксину високоспецифічна. Він володіє тропізмом до певних органів і тканин, що створює характерну клінічну картину захворювання. За певних умов вони можуть втрачати токсичні властивості, але зберігати **антигенні** – здатність за умови уведення в організм утворювати антитоксини. Такі знешкоджені препарати токсинів називаються **антитоксинами**. Вони набули широкого використання для імунізації проти дифтерії, правця, стафілококової інфекції. Ендотоксини тісно пов'язані з мікробною клітиною і вивільняються тільки в разі її руйнування. Вони менш отруйні порівняно з екзотоксинами.

Для виникнення інфекційного захворювання необхідно, щоб збудник, який володіє патогенними, вірулентними, інвазійними та іншими властивостями, проник в організм. Місце проникнення в організм називається **вхідними воротами**. Це слизові оболонки верхніх дихальних шляхів, травний тракт, шкірні покриви чи поєднання кількох зазначених шляхів. На проникнення збудника організм відповідає складною системою захисно-приспосувальних реакцій, спрямованих на обмеження, елімінацію збудника і нарешті на повне відновлювання структурно-функціональних порушень, які виникають під час інфекційного процесу. Наслідок даної взаємодії буде залежати від низки умов, серед яких неабияке значення має стан місцевого захисту (цілість шкірних покривів та слизових оболонок, активність секреторних імуноглобулінів, стан мікрофлори тощо), а також специфічні та неспецифічні фактори захисту (клітинний та гуморальний імунітет, фагоцитоз, система комплементу та інтерферону тощо). Мають значення також масивність інфікування, ступінь патогенності збудника, стан нервової та ендокринної систем, вікові особливості, характер харчування, клінічні, фізичні та хімічні чинники.

У тих випадках, коли система захисту досконала, інфекційний процес може припинитися чи залишитися локалізованим і не супроводжується розвитком виражених клінічних симптомів. Якщо ж організм не володіє факторами специфічного та неспецифічного захисту, збудник та його токсини в зростаючій кількості проникають у кров і відбувається розвиток хвороби.

Сприйнятливість до інфекції – обов'язкова умова розвитку інфекції при зараженні. Сприйнятливість до деяких інфекційних хвороб практично має абсолютний характер, тобто кожен з тих, хто заразився, хворіє. На відміну від цього сприйнятливість до інших інфекцій спостерігається не в



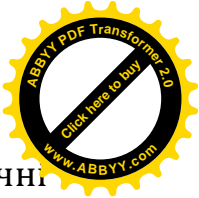
усіх. Наприклад, наслідком зараження вірусом поліомієліту найчастіше стає носійство, стерті форми хвороби. Переважно у формі носійства відбувається зараження менінгококом.

Гострі інфекційні хвороби клінічно характеризуються циклічним перебігом, послідовною зміною періодів захворювання та їх більш чи менш певною тривалістю. Розрізняють послідовну зміну **періодів інфекційної хвороби**: інкубаційний чи прихований, продромальний – період провісників, повного розвитку хвороби, період спаду – згасання та реконвалесценції (видужання).

Інкубаційний період триває від моменту проникнення збудника в організм до появи перших клінічних ознак хвороби. Тривалість цього періоду коливається в широких межах і залежить від індивідуальних особливостей реактивності організму, попередньої сенсibiliзації, певною мірою від інфекційної дози і патогенності збудника. Під час інкубаційного періоду збудник перебуває в органі, де він розмножується і накопичується. Уже в цей час відбувається перебудова організму у відповідь на дію надзвичайного подразника. Під час спеціального дослідження можна виявити початкові прояви патологічного процесу у вигляді характерних морфологічних змін, обмінних та імунологічних порушень, циркуляції збудника в периферичній крові. Тривалість інкубаційного періоду варіюється в значних межах – від кількох годин до кількох тижнів і навіть місяців та років.

Продромальний період, чи період провісників, характеризується появою перших, у більшості хворих ще не визначених ознак хвороби чи взагалі не характерних для даної інфекції симптомів – ознобу, невеликої гарячки, загального нездужання, головного болю, іноді продромальної висипки, не характерної для захворювання тощо. Вираженість і тривалість продромального періоду залежить від етіології хвороби, темпу розвитку патологічного процесу. У більшості випадків він триває 1-3 доби, але може скорочуватися до декількох годин.

Період повного розвитку хвороби проявляється максимальною вираженістю неспецифічних зональних симптомів та виникненням типових для даної інфекції ознак. У цей період відбувається подальша перебудова імунологічної реактивності, наслідком чого є синтез специфічних антитіл.



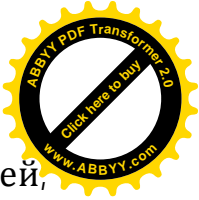
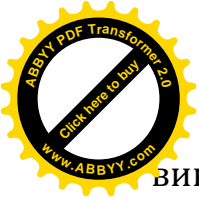
У період реконвалесценції поступово зникають усі клінічні симптоми, відновлюються структура та функція уражених органів. Цей період характеризується нестійкістю організму, постінфекційною астеною, підвищенням стомлюваності, пітливістю, лабільністю серцево-судинної системи тощо. У цей період у дітей виникає особлива чутливість до реінфекції та суперінфекції, які можуть сприяти розвиткові ускладнень, рецидивів хвороби та загострень, якщо організм тривалий час не звільнюється від збудника.

Ускладненням називають патологічний стан, який виникає під час інфекційного процесу, етіологічно і патогенетично з ним пов'язаний, а також різні патологічні стани, які виникають внаслідок активізації власної умовно-патогенної мікробної флори чи екзогенного зараження збудником, який не має родинного зв'язку з основним захворюванням (перехресна інфекція). Нерідко інфекційний процес ускладнюється участю двох чи більше збудників, що інфікували організм одночасно чи послідовно. Можливі найрізноманітніші асоціації збудників. Розрізняють змішані бактеріальні, бактеріально-вірусні, вірусні змішані, бактеріально-грибкові інфекції. Такі поєднання сприяють тяжкому перебігові захворювання, частішому виникненню ускладнень. Ускладнення та змішані інфекції особливо часто виникають в умовах стаціонару за умов незадовільного протиепідемічного режиму.

Закінчитися інфекційна хвороба може повним видужанням, залишковими змінами, іноді дуже серйозними, тяжкою інвалідністю, хронічною формою перебігу чи смертю. Під **залишковими проявами** хвороби зазвичай розуміють порушення діяльності тих чи інших органів, які зберігаються після інфекції. Унаслідок багатьох інфекційних хвороб в організмі перехворілих формується імунітет.

КЛІНІЧНІ ФОРМИ ІНФЕКЦІЙНОЇ ХВОРОБИ

Клінічні форми інфекційної хвороби різноманітні. Поява і тяжкість інфекційних хвороб залежить як від властивостей збудника (його вірулентності), так і від індивідуальних особливостей реактивності організму, які визначаються віком, типом вищої нервової діяльності, фізичним станом, попередніми хворобами, умовами зараження, дозами інфекційного матеріалу, вхідними воротами інфекції тощо. Під час епідемічних спалахів будь-якої інфекції в дитячому колективі хвороба,



викликана, вірогідно, одним і тим же штамом збудника, у різних дітей, перебігає зазвичай в найрізноманітніших формах (від легкої, стертої до злоякісної, смертельної). Це ілюструє залежність клінічної форми хвороби від індивідуальних особливостей організму.

Великий практичний інтерес представляють атипові форми, які створюють значні труднощі для розпізнавання. Сюди треба віднести і так звані стерті форми хвороби з рудиментно вираженими симптомами. Подібні форми нерідко не привертають до себе увагу. Хвору дитину вважають здоровою і з нею не звертаються до лікаря. Хворий продовжує спілкуватися з колективом і розповсюджує інфекцію. Тому стерті форми відіграють важливу роль в епідеміології інфекційних хвороб.

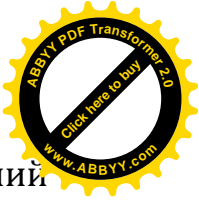
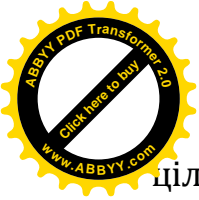
ОСНОВИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Процес поширення заразних хвороб у людей прийнято називати **епідемічним**. Він являє собою безперервний ланцюг взаємозв'язаних інфекційних захворювань серед людей і забезпечує збереження збудника в природі як біологічного виду.

Епідеміологія – це наука, що вивчає поширеність і вирішальні чинники станів і подій, пов'язаних із здоров'ям у певній групі людей (популяції), встановлює зв'язок між ними і застосовує отримані результати для вирішення проблем охорони здоров'я.

Поширення гострих інфекційних захворювань може обмежитись окремими випадками (**спалах інфекційної хвороби** – це декілька захворювань на інфекційну хворобу, пов'язаних між собою спільним джерелом або фактором передачі інфекції) чи набути масового характеру, охопивши велику кількість людей. У 1-му випадку говорять про **спорадичний** характер **захворювання**, в 2-му – про **епідемічний**, а якщо епідемії набувають значної інтенсивності і захоплюють кілька країн, – **пандемічний**.

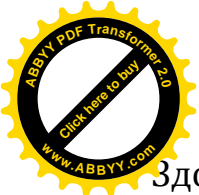
Епідеміологія будь-якої інфекційної хвороби може суттєво змінюватися під впливом динамічних суспільних явищ (форм господарської діяльності на території, житлових проблем, харчування, якості і форми водопостачання, гігієни населених пунктів, урбанізації, міграції, воєн, стихійних лих тощо). Під впливом соціально-історичних умов життя популяції людей змінюється видова структура збудників і зумовлених ними інфекцій. В останні десятиріччя структура інфекційних хвороб суттєво змінилася. Виникли



цілком нові, незвичні для людини хвороби – ВІЛ-інфекція та клітинний лейкоз. Відсутність ефективних засобів профілактики та лікування згаданих інфекцій, властивість збудника руйнувати імунну систему, критичне збільшення заражених і тих, хто захворів, призвело людство до кризової ситуації (незахищеності від інфекції).

Для виникнення і безперервного перебігу епідемічного процесу необхідна взаємодія трьох чинників: джерела збудників інфекції, механізму передачі інфекції та сприйнятливості організму. Для запобігання поширенню інфекційної хвороби необхідно розірвати цей ланцюг, виключивши будь-яку з трьох ланок. За умови виключення хоча б одного з цих чинників епідемічний процес припиняється. На цьому базуються заходи профілактики всіх інфекційних хвороб.

Джерелом чи природним резервуаром інфекції може бути заражена людина або тварина, в організмі яких збудники розмножуються, нагромаджуються і тим чи іншим шляхом виділяються з нього. Отже, джерелом збудників інфекції може бути як сам **хворий, так і бактеріносій**. Значення хворого як джерела інфекції в різні періоди хвороби неоднакове. В інкубаційний період збудник, як правило, перебуває в первинному вогнищі чи всередині ураженого органа, його виділення в навколишнє середовище обмежене. Однак уже наприкінці інкубаційного періоду виділення збудника в навколишнє середовище може бути значним, що зумовлює більшу епідеміологічну небезпеку. Заразність хворого досягає максимуму в розпал хвороби. Як джерело інфекції особливу небезпеку становлять хворі з атиповим перебігом хвороби. Стерті та субклінічні форми хвороби часто не діагностуються своєчасно, хворі зберігають активний спосіб життя та, залишаючись у колективі, можуть заразити велику кількість сприйнятливих дітей. У період реконвалесценції небезпека зараження поступово зменшується, а згодом повністю зникає. Однак за деяких інфекційних хвороб тривалий час зберігається бактеріо- і вірусоносійство. Хоча носії виділяють у навколишнє середовище менше збудників, ніж хворі, їх епідеміологічне значення велике, оскільки вони вважають себе такими, що видужали, і не підозрюють, яку небезпеку вони несуть для оточуючих. Найбільш небезпечними в поширенні інфекції є діти, які не спроможні на достатньому рівні володіти санітарно-гігієнічними навичками, нерідко дуже активні навіть за наявності в них клінічних симптомів захворювання.



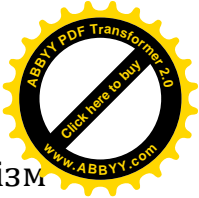
Здорові носії та хронічні (більше ніж 3 міс) є головним джерелом захворювань при багатьох інфекціях.

Нині близько третини всіх зареєстрованих інфекційних хвороб належать до **зоонозів**. Хворі тварини чи носії інфекції можуть стати джерелом зараження людини. Найбільш небезпечні для людини свійські тварини та гризуни. Зараження дітей від свійських тварин відбувається під час догляду за ними, рідко – внаслідок вживання харчових продуктів (молока, масла) хворих тварин. Зараженні від диких тварин частіше відбувається через укуси кровосисних членистоногих (кліщів, комарів), рідше – внаслідок випадкових контактів з дохлими гризунами, вживання м'яса заражених тварин та інфікованої води.

Фактори передачі збудників інфекційних хвороб – забруднені збудниками інфекційних хвороб об'єкти середовища життєдіяльності людини (повітря, ґрунт, вода, харчові продукти, продовольча сировина, кров та інші біологічні препарати, медичні інструменти, предмети побуту тощо), а також заражені збудниками інфекційних хвороб живі організми, за участю яких відбувається перенесення збудників інфекційних хвороб від джерела інфекції до інших хворих.

Існування будь-якого збудника інфекційної хвороби, окремого біологічного виду неможливе без постійної зміни індивідуального хазяїна. Ця зміна відбувається за допомогою особливого способу, який Л. В. Громашевський назвав механізмом передачі збудника інфекції. Раніше заражений організм хазяїна виступає як джерело збудника інфекції, а той, якому цей збудник був переданий, – як сприйнятливий до хвороби організм. Останній сам стає джерелом збудника інфекції, і цей процес повторюється безперервно, доки існують сприйнятливі організми. Таким чином збільшується кількість збудників, кількість хворих, поширюється захворюваність.

Механізм передачі інфекції – це спосіб, за допомогою якого збудник переміщається із зараженого організму в сприйнятливий організм. Для кожної інфекційної хвороби характерний свій шлях передачі збудника. Відповідно до первинної локалізації збудника в організмі розрізняють 4 **типи механізму передачі інфекції: повітряно-крапельний, фекально-оральний, трансмісивний, контактано-побутовий.**

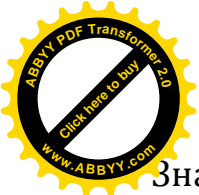


Повітряно-крапельний та пиловий (аерозольний) механізм найбільш поширений і швидкий спосіб передачі інфекційних захворювань. Це головний шлях передачі багатьох вірусних та бактеріальних інфекцій. Під час розмови, крику, плачу, чхання та кашлю з крапельками слизу виділяється величезна кількість збудників. Аерозольні частки здатні розсіюватися на відстань 2–3 м і швидко осідати довкола хворого, або можуть довго перебувати в завислому стані і переміщуватися на великі відстані завдяки броунівському руху та наявності електричного заряду. Зараження сприйнятливої до інфекції людини відбувається під час вдихання повітря із завислими крапельками слизу, які містять збудника хвороби. Ефективність повітряно-крапельного шляху передачі залежить від виживання збудника в навколишньому середовищі, здатності деяких з них зберігати патогенні властивості в разі висихання в складі пилу. Зараження дитини може статися під час прибирання приміщення, гри з запиленими іграшками.

Фекально-оральний механізм передачі інфекції характерний для кишкових інфекцій. За цього шляху чинниками передачі інфекції служать харчові продукти, вода, забруднені руки, мухи, різні предмети побуту. Забруднення харчових продуктів відбувається на різних етапах їх переробки та реалізації, що звичайно, пов'язано з усілякими порушеннями технологічного процесу та ветеринарно-санітарних правил. Нині зараження дітей часто відбувається через молоко та молочні продукти (сметана, вершки, морозиво, креми).

Водний шлях. Збудники хвороб потрапляють у воду з виділеннями людей і тварин, унаслідок спускання стічних вод, змивання нечистот дощовими водами з поверхні землі. Багато збудників зберігають у воді не тільки патогенні властивості, але й здатність до розмноження. Найбільшою небезпекою є стоячі водойми – невеликі озера, ставки, запущені криниці.

Контактно-побутовий шлях передачі інфекції може здійснюватися під час безпосереднього спілкування (прямий контакт) чи через заражені предмети навколишнього середовища (непрямий контакт). Передача збудника через предмети домашнього вжитку (рушники, посуд, білизну, іграшки). Зараження дітей часто відбувається через руки, інфіковані фекаліями. Грунт відіграє значну роль у зараженні рановими інфекціями. Спори збудників зберігають життєздатність упродовж багатьох років.

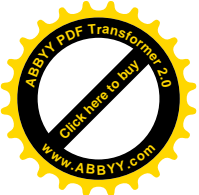


Значення ґрунту як чинника передачі інфекції зростає у зв'язку з тим, що він є місцем помешкання мух, мишей, щурів, а також місцем дозрівання яєць багатьох гельмінтів.

За багатьох інфекційних хвороб передача збудника здійснюється живими переносниками, які часто є біологічними господарями збудників і рідше – механічними переносниками. Це **трансмівний** механізм передачі інфекції. Живих переносників інфекції ділять на 2 групи. Першу групу складають блохи, воші, комарі, москїти, кліщі, які передають певну інфекцію. У їх організмі розмножуються та проходять статевий цикл розвитку збудники хвороби. Передача інфекції відбувається під час укусу чи втирання вмісту роздавленого переносника в скарифіковану шкіру. Другу групу складають переносники, які передають збудника в тому вигляді, в якому його одержали.

Крім цих основних добре вивчених та теоретично обґрунтованих специфічних локалізацій і механізмів передачі збудників можливий і 5-й – **вертикальний**, який забезпечує перехід інфекційного агента від матері до плоду. Вертикальний механізм здійснюється шляхом передачі збудника хвороби через плаценту. При цьому в матері перебіг інфекції може бути у явній чи прихованій формі по типу носійства, а дитина може мати цілу низку виражених внутрішньоутробних проявів хвороби. Наслідки внутрішньоутробного зараження плоду залежать від термінів інфікування вагітної жінки. Якщо зараження відбулося в перші 3 місяці вагітності, може настати смерть ембріона чи народитися дитина з вадами розвитку (ембріопатія). Якщо зараження відбулося після 3 місяців вагітності, також можлива внутрішньоутробна загибель плоду чи народження дитини з ознаками природженої інфекції (фетопатія). Внутрішньоутробна інфекція має велике значення у зв'язку з тяжким перебігом хвороби, високою летальністю та великою ймовірністю її поширення в пологовому будинку чи відділенні для недоношених.

Важливим чинником епідемічного процесу є сприйнятливість. **Сприйнятливістю** називають видову властивість організму служити середовищем для життя збудників-паразитів. Тільки в сприйнятливому організмі може розвинутих інфекційний процес у відповідь на проникнення адекватного збудника. Сприйнятливість організму до інфекційних захворювань залежить від його імунологічної реактивності та імунітету.



Розрізняють природний чи видовий (природжений), набутий (активний) та пасивний імунітет. Природним імунітетом називають таку несприйнятливість, яка зумовлена сукупністю біологічних особливостей, властивих тому чи іншому виду живих істот і набутих ними в процесі еволюції. Природний імунітет – генетично закріплена ознака організму. Наявність такого імунітету можна пояснити несприйнятливістю до багатьох інфекцій, які зустрічаються у тварин. У свою чергу тварини несприйнятливі до багатьох захворювань людини. Передача властивостей природного імунітету в спадок залежить від віку, фізіологічних особливостей організму, рівня обміну речовин, харчування, чинників навколишнього середовища тощо. Різні негативні чинники, які впливають на організм, істотно впливають на рівень природного імунітету.

Набутий імунітет формується індивідуально в процесі розвитку організму протягом життя. Він може бути природним, постінфекційним чи виникає внаслідок імунізації організму вакцинальними препаратами (поствакцинальний). Постінфекційний імунітет після деяких інфекцій зберігається протягом усього життя, нерідко буває короткочасним. Поствакцинальний імунітет може розвинути в організмі активно у відповідь на уведений вакцинальний препарат (вакцину, анатоксин тощо) або пасивно – шляхом уведення імунної сироватки чи препаратів, що містять специфічні антитіла. Такий імунітет формується внаслідок уведення імуноглобулінів чи після уведення сироватки, плазми та крові перехворілих. Активний імунітет зберігається упродовж 5-10 років у щеплених проти кору, дифтерії, правця, поліомієліту чи декілька місяців у щеплених проти грипу. Для продовження термінів несприйнятливості необхідно проводити ревакцинацію, тоді імунітет може зберігатися протягом усього життя. Пасивний імунітет зберігається протягом 2-3 тижнів. Різновидом пасивного імунітету можна вважати **трансплацентарний** імунітет. Він виникає внаслідок передачі готових антитіл від матері до плоду через плаценту. Тривалість трансплацентарного імунітету складає від 3 до 6 місяців.

Несприйнятливість організму визначається також наявністю місцевого, антимікробного, антитоксичного, гуморального, клітинного імунітету. Усі види імунітету визначають індивідуальну несприйнятливість до інфекційних захворювань.



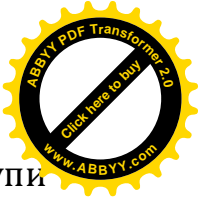
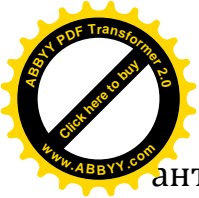
ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Інфекційне захворювання – це різнобічний та динамічний процес, перебіг якого відбувається циклічно, з певною послідовністю виникнення, розвитку та зникнення симптомів. Тому в кожній фазі хвороби застосовуються свої лікувальні заходи. Лікування має бути комплексним, спрямованим на всі чинники, які беруть участь у розвитку інфекційного процесу: ліквідацію збудника та його токсинів (специфічна терапія), нормалізацію порушених функцій органів та систем (патогенетична терапія), підвищення специфічної та неспецифічної опірності організму. В основі ефективної терапії лежить обов'язкове врахування індивідуальних особливостей кожного хворого (вік, супутні захворювання тощо). Необхідно оцінити період хвороби, її тяжкість, характер перебігу. Успіх лікування залежить від його раннього початку, правильного харчування, режиму та догляду, які нерідко визначають наслідок захворювання.

Догляд та режим. Дотримання постільного режиму є обов'язковою умовою лікування. За більшості інфекцій, що супроводжуються підвищенням температури тіла, до стійкої її нормалізації він триває 4-5 днів. Чистота приміщення, аерація, правильне освітлення, відсутність різких температурних коливань сприяють видужанню.

Дієта. Харчування інфекційного хворого має здійснюватися малими порціями, включаючи всі необхідні для організму компоненти – білки, вуглеводи, вітаміни та мінеральні солі. Складаючи дієту, належить враховувати функціональний стан органів травлення та виділення, виключати грубі механічні та хімічні подразники. З метою запобігання алергічним реакціям та харчовій сенсibiliзації вилучають високоалергійні продукти: яєчний білок, цитрусові, горіхи, копченості, м'ясні та рибні бульйони, прянощі.

Специфічна та етіотропна (впливає на причину хвороби) **терапія** спрямована на ліквідацію збудника та знешкодження його токсину. Вона здійснюється за допомогою хімічних, серологічних, вакцинальних препаратів та специфічних фагів. Найбільш повно розроблено та систематизовано методи антибактеріальної терапії, яка спрямована на збудника та його токсини. Для лікування бактеріальних інфекцій застосовують етіотропні препарати різних фармакологічних груп:



антибіотики, сульфаніламідні препарати, нітрофурани тощо. Усі групи антибіотиків та інших хіміотерапевтичних засобів антивірусної дії не виявляють. Вони можуть бути використані для лікування вірусних інфекцій тільки за умови приєднання бактеріальних ускладнень.

Лікувальні засоби, що забезпечують етіотропну терапію вірусних інфекцій, можуть бути розподілені на 2 групи. Першу групу складають власне антивірусні препарати. Вони блокують комплекс вірус-клітина і на цій основі перешкоджають реплікації вірусу. Препарати другої групи стимулюють захисні механізми клітин-мішеней, знижуючи їх сприйнятливість до вірусу.

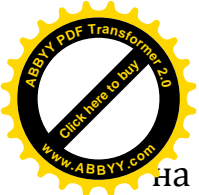
Сироваткова терапія. Для лікування та профілактики інфекційних хвороб нині застосовують високоефективні серопрепарати. Загальним принципом застосування всіх сироваток є якомога більш ранній початок лікування і достатня доза сироватки. Антитоксичні сироватки одержують шляхом імунізації коней відповідним токсином чи анатоксином, унаслідок чого в крові імунізованих утворюються специфічні антитоксини. Антитоксичні сироватки нейтралізують токсин і дозуються в міжнародних одиницях.

Вакциноterapia – лікування спеціально приготовленою вбитою культурою збудника певної хвороби. Вона включає весь комплекс антигенів, що є в мікробах. Вакциноterapia підвищує специфічну опірність організму до збудника, активізує вироблення антитіл і фагоцитоз.

У деяких випадках застосовують вакцини, що виготовляються зі штамів мікробів, виділених від хворого. Вакциноterapia здійснюють при деяких хронічних захворюваннях, при затяжному одужанні, а також для лікування гострих захворювань з метою запобігання рецидивам. Тепер вакциноterapia призначають найчастіше одночасно з лікуванням антибіотиками та хіміотерапевтичними препаратами.

Фаготерапію застосовують як допоміжний лікувальний засіб. Бактеріофаги – це нуклеопротеїди, які не мають власного обміну і розмножуються тільки в присутності живих мікробів. Лікування фагами має обмежене застосування.

Неспецифічна патогенетична терапія – це сукупність терапевтичних заходів, спрямованих на нормалізацію порушених функцій різних органів та систем, нормалізацію зміненої реактивності макроорганізму, відновлення захисних, компенсаторних та загальнобіологічних функцій. Вона будується



на основі сучасного вчення про патогенез (механізм розвитку хвороби), інфекційної хвороби і здійснюється з урахуванням періоду, фази і тяжкості патологічного процесу.

У зв'язку з різноманітністю уражень, що виникають при інфекційному процесі, засоби патогенетичної терапії інфекційних хворих різноманітні. Це неспецифічна дезінтоксикаційна терапія, спрямована на відновлення обмінних процесів, кислотно-лужного стану, діяльності серцево-судинної, нервової систем, функції дихання, травного тракту, порушень водного та електролітного обміну.

ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

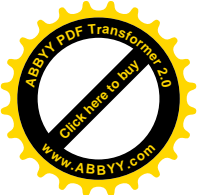
Боротьба з інфекційними захворюваннями є одним із головних завдань не тільки медичної громадськості, а й держави в цілому. Спеціальні профілактичні заходи щодо інфекційних хвороб у дітей мають бути спрямовані на всі ланцюги епідемічного процесу: сприйнятливість організму, джерело інфекції та механізми її передачі.

У дитячому віці проводять комплексні вакцинації проти багатьох найнебезпечніших захворювань. А якщо є вірогідність виникнення епідемії, проводять масові щеплення препаратами, специфічними для збудника, який загрожує поширенням.

У тих випадках, коли вид збудника точно не встановлений і не зрозуміло, проти яких захворювань слід проводити вакцинацію, застосовують препарати з антибіотиків та інших протимікробних засобів. Такий профілактичний захід називають **екстреною профілактикою**.

Одним із головних заходів у боротьбі з дитячими інфекціями є підвищення несприйнятливості до інфекційних захворювань шляхом проведення активної імунізації. Нині імунопрофілактика набула значного поширення в медичній практиці. Результатом упровадження профілактичних щеплень є ліквідація натуральної віспи на земній кулі, різке зниження захворюваності на такі інфекційні захворювання, як дифтерія, поліомієліт, правець, кір, кашлюк.

З метою утворення специфічного імунітету в медичній практиці застосовуються **медичні імунобіологічні препарати** – вакцини (живі, убиті, хімічні), анатоксини, імуноглобуліни, сироватки, бактеріофаги, інші лікарські засоби.



Живі вакцини – це препарати, які містять живі збудники з ослабленими патогенними властивостями (вірулентністю), але із збереженою імуногенністю. Нині в нашій державі використовують живі вакцини для профілактики туберкульозу, кору, поліомієліту, паротитної інфекції, грипу.

Убиті вакцини – це препарати, що являють собою суспензію вбитих мікробів. Патогенні мікроорганізми вбивають нагріванням, а також дією формаліну, спирту, фенолу, ацетону, мертіоляту тощо. Убиті вакцини використовують для профілактики кашлюку, черевного тифу, паратифу, холери, кліщового енцефаліту.

Хімічні вакцини – це препарати, які містять тільки ті речовини (антигени), у відповідь на введення яких в організмі утворюються антитіла. Хімічні вакцини виготовляють за допомогою хімічної екстракції «нових антигенів». Прикладом хімічної вакцини є вакцина проти черевного тифу і паратифів А і В.

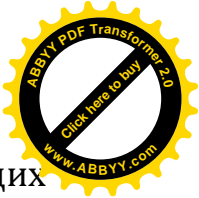
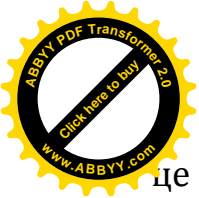
Анатоксин – це екзотоксин мікробів, інактивовані формаліном, високою температурою, фізичними та хімічними засобами, очищеними від баластних речовин. За такої обробки токсин втрачає свої токсичні властивості, але зберігає антигенні та імуногенні. Анатоксини використовують для профілактики дифтерії, правця, ботулізму.

У склад вакцин може входити один препарат (**моновакцина**) – протикірова, протипаротитна, протиполіомієлітна, протитуберкульозна, а також декілька препаратів (**асоційовані вакцини**) – коклюшно-дифтерійно-правцева, дифтерійно-правцевий анатоксин.

Вакцини можуть вводитись в організм парентерально (підшкірно, внутрішньошкірно, внутрішньом'язово), через рот, а також інтраназально. Вакцинація може бути **обов'язковою** (що входить до календаря щеплень) та **необов'язковою** (за епідпоказниками).

КАЛЕНДАР ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ В УКРАЇНІ

Профілактика інфекційних хвороб шляхом проведення щеплень є найефективнішим механізмом забезпечення охорони здоров'я населення. Згідно з Конвенцією про права дитини, прийнятою ООН у 1989 році, кожна дитина має право на вакцинацію. Кожна країна має свій перелік інфекційних захворювань, проти яких проводять обов'язкову імунізацію. А



це означає, що влада бере на себе зобов'язання забезпечити виконання цих щеплень. В Україні проводять профілактичні щеплення відповідно до наказів МОЗ і згідно з календарем профілактичних щеплень. Сучасний календар профілактичних щеплень затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України №48 від 03.02.2006р. «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів».

Календар профілактичних щеплень – це нормативно-правовий документ спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади з питань охорони здоров'я, яким встановлюються перелік обов'язкових профілактичних щеплень та оптимальні терміни їх проведення.

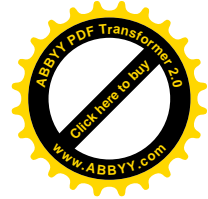
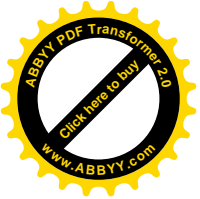
До календаря профілактичних щеплень в Україні включено чотири розділи: щеплення за віком, щеплення за станом здоров'я, щеплення, які проводяться на ендемічних та ензоотичних територіях та за епідемічними показами, рекомендовані щеплення.

ЩЕПЛЕННЯ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ

Щеплення за станом здоров'я є обов'язковими в медичному супроводі з високим ризиком виникнення та тяжкого перебігу інфекції, щеплення проти яких не передбачені в плані щеплень за віком.

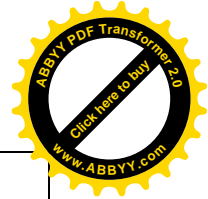
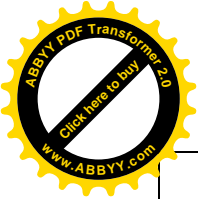
Рекомендовані щеплення – ці вакцинації проводять за бажанням пацієнта, за рекомендацією лікаря, в осередках спалахів відповідних інфекційних хвороб. У державних кабінетах щеплень ці вакцини є не завжди, тому ними слід вакцинуватися за власні кошти. Рекомендовані щеплення: проти вітряної віспи, гепатиту А, грипу, пневмококової інфекції, менінгококової інфекції.

Профілактичні щеплення здійснюються в кабінетах щеплень при лікувально-профілактичних закладах, медичних кабінетах дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів, медпунктах підприємств та кабінетах щеплень суб'єктів підприємницької діяльності, які мають ліцензію на медичну практику відповідно до підпункту 26 статті 9 Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» (із змінами), а також, у разі показань, у стаціонарних умовах.

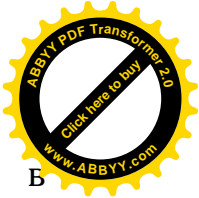


ЩЕПЛЕННЯ ЗА ВІКОМ

Вік	Щеплення проти						Примітка
1-й день		Гепатиту В					
3-7-й день	Туберкульозу						
1 місяць		Гепатиту В					
3 місяці			Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту	Гемофільної інфекції		Дітям з високим ризиком розвитку післявакцинальних ускладнень вакциною АаКДП
4 місяці			Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту	Гемофільної інфекції		Дітям з високим ризиком розвитку післявакцинальних ускладнень вакциною АаКДП
5 місяців			Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту	Гемофільної інфекції		Дітям з високим ризиком розвитку післявакцинальних ускладнень вакциною АаКДП
6 місяців		Гепатиту В					
12 місяців						Кору, краснухи, паротиту	



18 місяців			Дифтерії, кашлюку, правця вакциною АаКДП	Поліомієліту	Гемофільної інфекції		
6 років			Дифтерії, правця	Поліомієліту		Кору, краснухи, паротиту	
7 років	Туберкульозу						
14 років	Туберкульозу		Дифтерії, правця	Поліомієліту			
15 років						Краснухи (дівчата), паротиту (хлопці)	
18 років			Дифтерії, правця				
Дорослі			Дифтерії, правця				



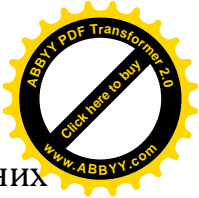
Щеплення дозволяється проводити тільки зареєстрованими в Україні вакцинами відповідно до показів і протипоказань щодо їх проведення згідно з календарем профілактичних щеплень в Україні та інструкцією про застосування вакцин, затвердженою головним санітарним лікарем України або його заступником.

Профілактичні щеплення проводяться медичними працівниками, які володіють правилами організації і техніки проведення щеплень, а також заходами надання невідкладної допомоги в разі розвитку післявакцинальних реакцій і ускладнень.

Для забезпечення своєчасного проведення профілактичних щеплень медична сестра в усній або письмовій формі запрошує до лікувально-профілактичного закладу осіб, які підлягають щепленню (при щепленні неповнолітніх – батьків або осіб, які їх замінюють) у день, визначений для проведення щеплень; у дитячій установі – попередньо інформує батьків або осіб, що їх замінюють, про проведення імунізації дітей, які підлягають профілактичному щепленню.

У день призначення профілактичного щеплення безпосередньо перед його проведенням проводиться медичний огляд з обов'язковою термометрією для виключення гострого захворювання та інформування осіб, які підлягають щепленню, батьків та осіб, які їх замінюють (при щепленні неповнолітніх), щодо можливих проявів побічної дії у післявакцинальному періоді. У медичній документації здійснюється відповідний запис про інформування щодо можливих проявів побічної дії, яка підписується громадянином, та запис лікаря про дозвіл на проведення щеплення. Профілактичні щеплення повинні проводитися при дотриманні санітарно-протиепідемічних правил і норм.

Рекомендується проводити щеплення, особливо живими вакцинами, у ранкові години. Щеплення слід проводити в положенні сидячи або лежачи, щоб уникнути падіння при запамороченні. Протягом 1–1,5 годин після вакцинації необхідне медичне спостереження за дитиною, у зв'язку з можливим розвитком алергійних реакцій негайного типу. Потім протягом 3-х діб повинна спостерігатися медсестрою на дому або в організованому колективі. Після вакцинації живими вакцинами дитина оглядається медсестрою на 5–6-й і 10–11 дні, так як реакції на введення живих вакцин виникають на другому тижні після щеплення.



Профілактичні щеплення проводять тільки здоровим дітям. У них період після щеплення, як правило, минає без виражених реакцій. Але у невеликого відсотка дітей цей період може супроводжуватися короткими післявакцинальними реакціями у вигляді слабо виражених симптомів інтоксикації, підвищення температури тіла та місцевих реакцій (почервоніння, незначна припухлість в місці введення вакцини). Інколи після проведеної вакцинації можуть розвиватися ускладнення, серед яких можна виділити алергічні, токсичні та специфічні, але вони бувають дуже рідко.

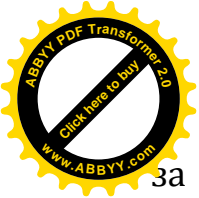
Дітей з відхиленням в стані здоров'я, відносять до групи ризику з можливими патологічними реакціями та ускладненнями на щеплення. Таких дітей щеплюють за індивідуальним графіком згідно з календарем щеплень на фоні спеціальної підготовки амбулаторно або в умовах стаціонарного відділення.

В останні роки збільшилась кількість батьків, які відмовляються щеплювати своїх дітей. Зниження вакцинації дітей створює умови для активації епідемічного процесу та призведе до зростання захворюваності. В цих умовах діти зі зміненою імунологічною толерантністю (несприйнятливостю), не отримавши щеплень, мають високий ризик захворіти інфекціями з можливим тяжким перебігом та несприятливими наслідками. Забезпечення проведення активної імунізації кожній дитині створює високий колективний імунітет до контрольованих інфекцій.

Профілактичні щеплення проводять тільки одноразовими або самоблокувальними шприцами. Використані шприци знезаражують та утилізують.

Вакцинопрофілактика стала провідним методом боротьби з інфекційними хворобами. Імунізація зберігає щорічно більше трьох мільйонів життів (близько 10 тисяч життів щоденно) і захищає мільйон людей від хвороб та інвалідності. Неважко уявити, які наслідки очікує людство у випадку припинення проведення щеплень чи навіть зменшення їхніх обсягів.

Проте останнім часом у засобах масової інформації збільшилася кількість публікацій, де автори у спотвореному вигляді, вириваючи факти з контексту, перекручуючи їх, спрямовують свої зусилля на те, щоб переконати батьків залишити своїх дітей незахищеними від тих тяжких хвороб, на які вони мають можливість і навіть право не хворіти. Ці публікації викликають почуття обурення у фахівців, які дійсно вболівають



за здоров'я дітей України загалом та кожної окремої дитини зокрема. Наслідками цієї антивакцинальної кампанії, у разі досягнення мети, буде зняття імунного щита, що створювався багатьма поколіннями.

Крім активної профілактики (вакцинації) інфекційних захворювань, у дітей застосовують пасивну профілактику, яка полягає в уведенні **специфічних імуноглобулінів**. Цей різновид профілактики інфекційних захворювань у дітей належить до екстрених дій. До захворювань, з метою профілактики яких вводять імуноглобулін, належать кір, правець, кліщовий енцефаліт, сибірка, сказ.

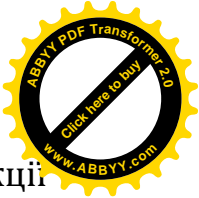
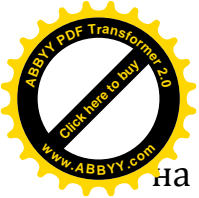
До заходів, спрямованих на профілактику інфекційних захворювань у дітей, належить ізоляція джерела інфекції. Таким джерелом можуть бути хвора людина, тварина чи бактеріоносій.

Виявлення інфекційного хворого є першим заходом, спрямованим на нейтралізацію джерела інфекції. Ізоляція інфекційного хворого чи хворого з підозрою на інфекцію має бути максимально терміновою. Вона може здійснюватися як у стаціонарі, так і вдома.

Госпіталізацію інфекційних хворих проводять за епідемічними та клінічними показаннями. Епідемічними показаннями є висока заразність хворих та відсутність належних умов до ізоляції вдома. За клінічними даними, обов'язковій госпіталізації підлягають діти з інфекційними захворюваннями у віці 3 років, у яких спостерігаються тяжкі та середньотяжкі форми інфекції, діти старшого віку з тяжкими формами інфекційних захворювань, ослаблені діти із супутніми захворюваннями, діти з ускладненим перебігом захворювання, а також діти з такими інфекціями, як вірусний гепатит В, С, D, гепатит невизначеної етіології, черевний тиф, паратиф, генералізована форма менінгококової інфекції, нейроінфекція, поліомієліт, дифтерія, холера, малярія і особливо небезпечними інфекціями.

За існуючих соціально-економічних умов життя та побуту населення найбільш оптимальною є ізоляція інфекційних хворих вдома, оскільки хворі діти не відриваються від звичного для них оточення, не підлягають стресовим ситуаціям, які супроводжують госпіталізацію, в домашніх умовах практично виключається нашарування інτερкурентних інфекцій. При ізоляції інфекційних хворих вдома має бути організований стаціонар на дому.

Правильний догляд за інфекційним хворим – це не тільки складова частина лікування, але й важливий протиепідемічний захід, спрямований

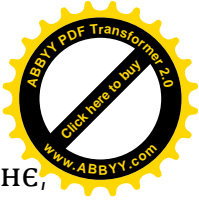
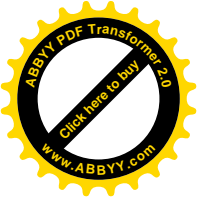


на запобігання поширенню інфекції. Для запобігання поширенню інфекції при догляді за інфекційними хворими слід дотримуватися заходів особистої профілактики: мити руки з милом і обробляти їх дезінфікуючим розчином після кожного контакту з інфекційним хворим та його виділеннями. Крім цього, слід обов'язково носити спеціальний одяг (халат, капці, медичну шапочку чи косинку, ватно-марлеву чи марлеву маску), проводити вологе прибирання приміщення, де знаходиться хворий, провітрювання, обробляти посуд, судна після хворих та ін.

Щоб локалізувати збудника і попередити його поширення у разі виникнення осередку дуже небезпечних інфекційних захворювань, які у всіх випадках призводять до смерті людей, або якщо збудник хвороб невідомої природи, або при встановленні факту виникнення масових інфекційних захворювань накладається карантин. **Карантином** називається комплекс режимних, адміністративних і санітарних протиепідемічних заходів, спрямованих на запобігання поширенню інфекційних хвороб і ліквідацію осередку зараження. Карантин передбачає озброєну охорону останнього, заборону переміщення за межі карантинної зони осіб та груп людей, які не пройшли тимчасової ізоляції і медичного обстеження, вивозу із карантинної зони будь-яких речей без попереднього знезараження, а також проїзду транспорту через осередок зараження. Під час карантину обмежуються контакти серед населення, на підприємствах та установах вводиться спеціальний режим праці.

Якщо лабораторними дослідженнями не встановлено небезпечних для життя мікроорганізмів і немає загрози виникнення масових захворювань, карантин може бути замінений на обсервацію. **Обсервацією** називають комплекс заходів, спрямованих на посилене медичне спостереження за осередком інфекції. Термін карантину і обсервації залежать від максимального інкубаційного періоду збудника, що відраховується з моменту ізоляції останнього хворого і повного закінчення знезараження території. Режимні заходи під час обсервації менш суворі і допускають, хоч з обмеженнями, вхід і вихід із зараженої території, вивіз і ввіз речей після їх дезінфекції.

Особи, які перебували в контакті з джерелом інфекції, внаслідок чого вони вважаються зараженими інфекційною хворобою, називаються **контактними особами**. Контактні особи з метою їх обстеження, профілактичного лікування та здійснення медичного нагляду за ними госпіталізуються в спеціалізований заклад охорони здоров'я – **ізолятор**.



До заходів впливу на джерело інфекції належать не тільки раннє, активне та повне виявлення хворих, їх своєчасна ізоляція, госпіталізація та лікування, але й проведення дезінфекційних заходів в осередку хвороби.

Дезінфекція, чи знезараження – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на знищення збудників заразних захворювань у навколишньому середовищі.

Видами дезінфекції є **дезінсекція** – знищення комах-переносників інфекційних захворювань, і **дератизація** – винищування епідеміологічно небезпечних гризунів. Розрізняють профілактичну, поточну і завершальну дезінфекції. **Профілактична дезінфекція** проводиться з метою запобігання можливості виникнення інфекційних захворювань або зараження від предметів і речей загального користування. **Поточну дезінфекцію** проводять там, де точно виявлений збудник, наприклад у кімнаті, де перебуває хворий. Така дезінфекція застосовується з метою попередження розсіювання хвороботворних мікроорганізмів у навколишньому середовищі. Вона передбачає знезараження предметів користування хворого, його виділень. **Завершальна дезінфекція** проводиться в осередку масових захворювань після ізоляції, госпіталізації, одужання чи смерті хворого з метою повного знищення усіх збудників, щоб уникнути повернення інфекції.

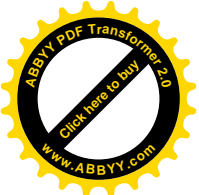
Залежно від характеру збудника та інших показників застосовують різні методи знезараження, які поділяються на чотири групи:

– *механічні методи* застосовують для зменшення кількості місць перебування збудника і передбачають вологе прибирання приміщень, звільнення від пилу, витрушування одягу і постелі, фарбування, миття тощо;

– *біологічні методи* передбачають застосування речовин, спеціальних культур мікроорганізмів, що згубно діють на збудників хвороб, не дають їм розмножуватися (наприклад, для знезараження стічних вод);

– *фізичні методи* найбільш доступні і безпечні, оскільки не передбачають застосування шкідливих для людини препаратів (дія сонячних променів, ультрафіолетових випромінювачів, прасування одягу, паління сміття, обробка окропом, кип'ятіння та стерилізація речей і предметів тощо);

– *хімічні методи* передбачають дезінфекцію речей за допомогою хімічних речовин, які вбивають мікроби. Цей метод застосовується досить широко.



Основою здоров'я є запобігання хворобам, тобто їхня профілактика, яка включає питання розумної організації виховання, побуту дітей, раціонального харчування, а також використання з раннього віку гартувальних природних факторів – повітря, сонця і води – у поєднанні з гімнастикою і масажем.

В епоху науково-технічної революції водночас з ростом добробуту людей значно збільшуються психоемоційні навантаження і загальний потік інформації, яку одержує дитина в різні вікові періоди. Разом з цим нерідко істотно знижується фізична активність дітей, обмежується час їхнього перебування на свіжому повітрі, тривалість занять рухливими іграми та спортом.

Зменшення дії на організм природних факторів і фізичних вправ негативно впливає на організм дітей, істотно зменшує їхні захисні сили і стійкість до шкідливих чинників, зокрема й інфекційних агентів. Діти стають менш витривалими, легко переохолоджуються, починають часто хворіти.

Загартування дітей і підлітків забезпечує повноцінне формування найважливіших функціональних систем організму, їхній гармонійний розвиток, активну фізіологічну діяльність. Під впливом загартування поліпшується діяльність імунологічної системи організму дитини, підвищується його стійкість до застудних та інфекційних хвороб.

Загартування – один із найважливіших засобів профілактики захворювань, зміцнення здоров'я дітей і підлітків – розглядається як комплекс методів цілеспрямованого підвищення функціональних резервів організму та його опірності до несприятливих фізичних факторів навколишнього середовища. Питання про загартування дитячого організму тісно пов'язане з біологічною проблемою пристосування до навколишнього середовища.

ЗАКОНОДАВСТВО ПРО ЗАХИСТ НАСЕЛЕННЯ ВІД ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Відносини у сфері захисту населення від інфекційних хвороб регулюються Основами законодавства України про охорону здоров'я, законами України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» та іншими нормативно-правовими актами.



З метою захисту населення від інфекційних захворювань був прийнятий **закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»**. Цей закон визначає основні принципи профілактики інфекційних хвороб:

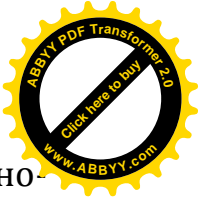
- визнання захисту населення від інфекційних хвороб одним із пріоритетних напрямків діяльності органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування;
- дотримання підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності та громадянами санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних правил і норм при здійсненні будь-яких видів діяльності;
- комплексність проведення профілактичних, протиепідемічних, соціальних і освітніх заходів, обов'язковість їх фінансування;
- безоплатність надання медичної допомоги особам, хворим на інфекційні хвороби, у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та в державних наукових установах;
- соціальний захист осіб, які хворіють на інфекційні хвороби чи є носіями бактерій;
- державна підтримка відповідних наукових розробок і вітчизняних виробників медичних імунобіологічних препаратів, лікарських і дезінфекційних засобів та виробників медичного призначення, що застосовуються для профілактики, діагностики та лікування інфекційних хвороб.

КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ

Екзантема – це висип на шкірі різного виду.

Розеола – це пляма блідо-рожевого, червоного, пурпурно-червоного чи пурпурного кольору розміром від 1 до 5 мм. Вона має округлу чи неправильну форму, чіткі чи розмиті краї, не виступає над шкірою. Розеола утворюється внаслідок розширення судин, переважно сосочкового шару шкіри. Унаслідок розтягування шкіри вона зникає, при відпусканні – з'являється знову.

Пляма має таке забарвлення, як і розеола, але її розмір – від 5 до 20 мм; вона не виступає над шкірою. Пляма найчастіше має неправильну форму. Вона, як і розеола, є наслідком розширення судин сосочкового шару шкіри і зникає при надавлюванні на шкіру.



Еритема – це обширні ділянки гіперемійованої шкіри, пурпурно-червоного чи пурпурного кольору. Виникає внаслідок розширення судин сосочків шкіри та підсосочкового судинного сплетіння. Утворюється переважно внаслідок зливання великоплямистих елементів чи виникає на самому початку.

Геморагії – це крововиливи в шкіру. Вони виникають унаслідок виходу еритроцитів із кровоносних судин в оточуючу сполучну тканину дерми чи підшкірний жировий шар. Геморагії мають вигляд крапок чи плям різних розмірів і форми, не зникають унаслідок натискання. Колір спочатку червоний, пурпурний чи фіолетовий, потім у міру розсмоктування крововиливів стає жовто-зеленим, а наприкінці жовтим. Геморагії зникають безслідно протягом 2-3 тиж.

Папула – елемент, який піднімається над шкірою, розміром від 1 до 20 мм, різного кольору і форми. Папули утворюються внаслідок розширення епідермісу. Папульозні елементи звичайно сполучаються з розеолами чи плямами. Тоді висип називається розеольозно-папульозний чи плямисто-папульозний. Нерідко після такого висипу лишається пігментація чи лущення шкіри.

Пухирець – порожнинний елемент висипу, заповнений серозним чи кров'янистим вмістом, розміром від 1 до 5 мм. З часом пухирець підсихає і перетворюється на буру чи напівпрозору кірочку. Якщо покриття пухирця руйнується, то утворюється ерозія.

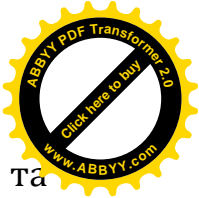
Пухир – елемент висипу подібний до пухирця, але розмір його від 5 мм. Зустрічаються пухири і більших розмірів – від декількох міліметрів до 10-15 см. Ці пухири часто супроводжуються свербіжем.

Пустула – це пухирець чи пухир, заповнений гноем. Кінцевим етапом її розвитку є кірочка, інколи рубчик.

Лусочка – це розрихлені, відторгнуті клітини рогового шару шкіри, які не мають зв'язку з епідермісом. Лусочки утворюються на місці висипу.

Кірочка – це утворення, що виникає внаслідок висихання вмісту пухирців, пустул. Розмір кірочки відповідає розмірам елементів висипу.

Пігментація – зміна забарвлення шкіри на місці висипу. Пігментація утворюється внаслідок накопичення шкірного пігменту чи розпаду гемоглобіну еритроцитів, які потрапили під шкіру через стінку судин.



Виразка – глибокий дефект шкіри, який охоплює епідерміс, дерму та більш глибокі шари шкіри. Виразки утворюються внаслідок розпаду інфільтративних елементів висипу, які містяться в глибоких шарах дерми (вузлів, пустул).

Вузол – обмежене, щільне утворення, розташоване в глибоких шарах дерми, розміром від 1 до 5 см.

При інфекціях необхідно враховувати наступне: час появи висипу від початку захворювання, послідовність поширення елементів висипу по поверхні тіла, його локалізацію, кількість елементів, їх розмір, форму, колір, порядок зникнення.

Жовтяниця характеризується жовтим забарвленням шкірного покриву внаслідок накопичення білірубіну в сироватці крові і подальшого його відкладення у підшкірних тканинах. У здорової людини рівень загального білірубіну в сироватці крові коливається в межах від 3,4 до 20,5 мкмоль /л. Жовтяницю можна виявити тільки в тому разі, коли рівень загального білірубіну в крові складає 51, 3 мкмоль /л.

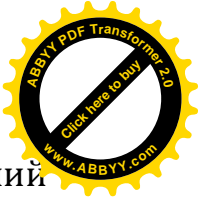
Діарея – це виділення патологічно значної кількості калових мас.

Токсикоз – це генералізована неспецифічна реакція організму на інфекційний агент, яка характеризується неврологічними розладами, недостатністю периферичного кровообігу та обмінних порушень. Залежно від превалювання розладу тієї чи іншої системи організму виділяють такі види токсикозу: токсикоз з ексикозом та нейротоксикоз.

Токсикоз з ексикозом – це токсикоз, який найчастіше зустрічається при кишкових інфекціях у дітей. Він виникає як первинна відповідь організму на інфекційний агент унаслідок значних втрат рідини та електролітів з блюванням та рідкими випорожненнями.

Нейротоксикоз – це різновид токсикозу в дітей, який характеризується гіпертонічною реакцією організму на інфекційний агент і супроводжується розвитком неврологічних розладів, порушенням мікроциркуляції, дихання, метаболізму під впливом токсинів.

Інфекційно-токсичний шок – це гостра недостатність кровообігу, яка характеризується розладами макро- і мікроциркуляції з подальшим розвитком гіпоксії тканин організму, порушенням функції життєво важливих органів.



Про інтоксикацію можна судити на підставі скарг хворого – головний біль, запаморочення, кволість, порушення апетиту, сну, м'язовий біль, нудота, блювання, збудження, клоніко-тонічні судоми, загальмованість, розлад свідомості, оболонкові симптоми.

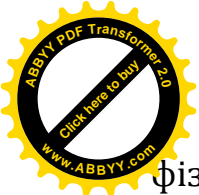
ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ

Завдяки широкому розповсюдженню гострі респіраторні вірусні інфекції посідають одне з перших місць в інфекційній патології дітей, що зумовлюється і кількістю захворювань, і ускладненнями, що розвиваються після них.

Ці захворювання бувають найчастіше, уражають переважно дітей раннього віку. Така закономірність пояснюється насамперед анатомо-фізіологічними особливостями організму дитини першого року життя і, зокрема, морфологічними та функціональними особливостями її дихальної системи. Дихальні шляхи у дитини раннього віку вузькі, у них багато крові, екскурсії грудної клітки обмежені, ритм дихання нестійкий, особливо в перші місяці життя, життєва місткість легенів невелика. Усе це створює сприятливі умови для розвитку інфекції, швидкого настання значних розладів дихання, особливо при горизонтальному положенні дитини в перші 5-6 місяців життя; неабияке значення має недостатня і недосконала опірність організму. Поширеність мікробної флори, яка спричиняє захворювання дихальних шляхів, їх велика контагіозність, можливість повторних захворювань також збільшують частоту уражень дихальних шляхів і сприяють їхньому ускладненому перебігові.

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) об'єднують велику групу етіологічно неоднорідних вірусних хвороб, які характеризуються загальними симптомами інфекційного токсикозу і переважним ураженням слизових оболонок дихальних шляхів. Розрізняють самостійні нозологічні форми хвороб, найважливішими з яких є грип, парагрип, аденовірусна, респіраторно-синцитіальна, риновірусна інфекції тощо. Збудниками ГРВІ можуть бути і деякі типи ентеровірусів, вірусів герпесу, а також мікоплазма інфекція.

Повторні ГРВІ суттєво впливають на розвиток дитини. Вони сприяють ослабленню захисних сил організму, формуванню хронічних вогнищ інфекції, спричиняють алергізацію організму, перешкоджають проведенню профілактичних щеплень, затримують психомоторний та



фізичний розвиток дитини. У багатьох випадках часті ГРВІ патогенетично пов'язані з астматичним бронхітом, бронхіальною астмою, хронічним пієлонефритом, поліартритом, хронічними захворюваннями носогорла і багатьма іншими захворюваннями.

Нерідко **джерелом зараження** є дорослі, особливо ті, хто переносить ГРВІ «на ногах» у вигляді легкого катару верхніх дихальних шляхів, риніту або тонзиліту. Тепер доведено, що практично всі так звані застудні захворювання мають вірусну природу і такі хворі дуже небезпечні для дітей, особливо раннього віку.

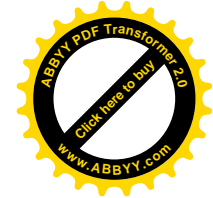
Клінічно всі групи ГРВІ проявляються вираженими симптомами інтоксикації різного ступеня, гарячкою і катаром верхніх дихальних шляхів. Разом із цим для кожної нозологічної форми характерні певні риси. Так, наприклад, грип відрізняють за симптомами вираженої інтоксикації, аденовірусну інфекцію – за наявністю уражень лімфаденоїдної тканини ротогорла, помірного збільшення лімфовузлів, нерідко печінки та селезінки, а також за наявністю ексудативного компонента запалення, ураження кон'юнктиви очей. Для парагрипу характерний синдром крупу, а для РС-інфекції – прояви обструктивного синдрому. Риновірусну інфекцію можна запідозрити за вираженими слизовими виділеннями із носа за відсутності або слабовиражених симптомах інтоксикації.

Експозиційна профілактика ГРВІ має на меті попередження контакту дитини з джерелом інфекції з урахуванням шляхів розповсюдження ГРВІ – ізоляція дитини від хворого і потенційного джерела інфекції верхніх дихальних шляхів. Згідно з рекомендаціями Баранова і співавт. (2002), основні заходи, які повинні бути застосовані в цьому випадку, такі:

- скорочення використання міського транспорту для поїздок з дітьми;
- подовження часу перебування дитини на повітрі;
- носіння масок членами сім'ї, які мають ознаки гострих респіраторних захворювань;
- обмежування відвідувань дитячих закладів для дітей з свіжими катаральними симптомами.

У вогнищах гострих респіраторних інфекцій проводяться наступні заходи профілактики:

- вводиться карантин терміном на 7 днів з моменту останнього випадку захворювання, підсилюється санітарно-епідеміологічний режим;



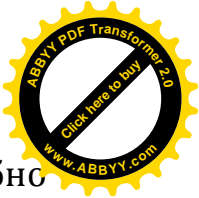
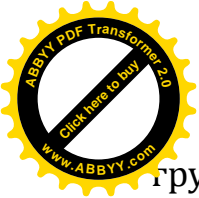
- проводиться вологе прибирання приміщень;
- хворі гострими респіраторними захворюваннями ізолюються або госпіталізуються;
- контактних дітей щодня оглядають і проводять термометрію;
- у вогнищах проводиться також інтерференопрофілактика, інші методи попередження гострих респіраторних захворювань.

Диспозиційна профілактика ГРВІ верхніх дихальних шляхів передбачає комплекс заходів, направлених на підвищення опірності дитини інфекційним агентам шляхом загартування. При охолодженні шкіри виникає рефлекторне звуження кровоносних судин як шкіри, так і слизової оболонки носа, що знижує температуру повітря в порожнині носа на 2°C. При цьому порушується функція захисних клітин, знижується надходження антитіл, що підвищує ризик розвитку інфекції. Загартування тренує реакцію судин, у загартованих при охолодженні температура повітря в порожнині носа знижується всього на 0,3–0,5°C.

Загартування не потребує дуже низьких температур, важлива контрастність температури і систематичність проведення процедур. Добре загартовує вплив на підшви ніг, на шкіру шиї, попереку, але для отримання рівномірного ефекту краще впливати на шкіру всього тіла. Максимальна тривалість холодової дії на дитину не повинна перевищувати 10–20 хвилин, значно кращим є його повторення і поступовість.

Загартування, якщо дитину тримають в тепличних умовах, ефекту не дає. Важливо створити стимулююче температурне оточення: одяг, що відповідає погоді, нормальну температуру в квартирі (18–20°C вдень і на 2–4°C нижче вночі). Вже з 1-го року потрібно привчати дитину до прогулянок (до 4-х годин на добу), уникаючи при цьому надмірного теплового одягу.

Починати загартування потрібно з перших тижнів життя – це повітряні ванни під час переодягання, гімнастики, під час купання. Для цього дитину залишають на повітрі роздягнутою на декілька хвилин при температурі 22°C з наступним поступовим зниженням її до 20°C в віці 2–3 міс. і 18°C до 4–6 міс. Для загартування потрібно використовувати і купання: після закінчення ванни доречно облити дитину водою з температурою на 2–4°C нижче, ніж вода в ванні, тобто розпочати з температури 32–34°C, знижуючи її кожні 3 дні на 2–3°C. При такому темпі зниження температури води за місяць можна досягти 18°C, а нижче для



грудної дитини опускати не варто. Після обливання дитину потрібно розтерти рушником.

Плавання грудних дітей в басейні загартовує не стільки само по собі (температура води в ньому зазвичай не буває нижче 26°C), оскільки в комплексі з повітряними ваннами до і після басейну.

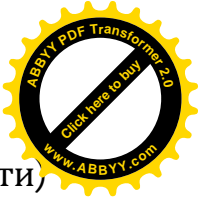
На другому році до обливання після ванни (2–3 рази на тиждень) можна додати щоденне миття ніг прохолодною водою. Процедури розпочинати з температури води 27–28°C, знижуючи її кожні 1–2 дні на 2–3°C до кінцевої температури води 15°C (трохи холодніше кімнатної).

Добрим гартувальним ефектом діє контрастний душ: зміна теплої води (до 40°C 30–40 секунд) холодною (14–15°C) – подовжуючи її дію від 15–20 секунд до 30 секунд. Доводити холодову дію до неприємних відчуттів (тобто приймати дуже холодну воду або залишати дитину під холодним душем більш ніж на 30–40 секунд) неприпустимо – не через можливу застуду, а через небезпеку викликати негативне ставлення дитини до загартування. Кожна гартувальна процедура повинна викликати позитивні емоції, якщо дитина боїться, її не потрібно змушувати.

Для дошкільнят неважко організувати контрастні повітряні ванни в домашніх умовах. Для цього в спальні дитини перед її пробудженням, треба відкрити фрамугу, понизити температуру до 14–15°C.

Відвідування бані надає ще більше можливостей для контрастної дії. Для дітей раннього віку температура в сауні повинна бути майже 90°C, тривалість перебування поступово доводять до 10 хвилин, сидячи на 1-й сходинці. У російській бані використовують більш низькі температури (від 60°C з експозицією 2–3 хвилини підвищуючи до 80°C на протязі 6–8 хвилин).

Моржування, ходіння босоніж по снігу – небезпечні види загартування. Якщо батьки їх проводять, це потрібно робити дуже поступово і не допускати тривалість процедури більше 40–60 секунд, через те що, маючи велику площу поверхні тіла відносно маси, дитина охолоджується набагато швидше ніж дорослий. Це можна сказати і про обливання холодною водою. Для дошкільнят при поступовому зниженні цілком можливо довести температуру води до 8–10°C, хоч потреби в цьому немає, адже гартувальний ефект буде хорошим, якщо зупинитися на 12–14°C. Холодне обливання як лікувальний захід повинно бути категорично заборонено для дитини з гарячкою; раптовим охолодженням, яке веде до різкого звуження шкіряних судин, може бути небезпечним для життя.



Загартування після нетяжкого ГРВІ можна відновити (або розпочати) через 7–10 днів, при захворюваннях з тривалістю температурної реакції більше 4-х днів – через 2 тижні, а після 10-денної лихоманки – через 3–4 тижні.

Інтерференопрофілактика. Інтерферони широко застосовують не тільки для лікування, але й з метою профілактики ГРВІ. Особливо показана інтерференопрофілактика дітям з несприятливим преморбідним фоном, тільки починаючих відвідувати дитячі заклади, а також всім дітям під час епідемічного захворювання грипом і іншими респіраторними інфекціями.

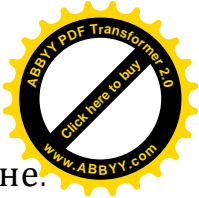
Специфічна профілактика ГРВІ. Специфічна імунізація для профілактики ГРВІ і грипу в теперішній час обмежена тільки грипозними вакцинами, тому що численність інших збудників ГРВІ і їх серотипів перешкоджають створенню ефективних універсальних вакцин. Крім того, приходиться враховувати, що в патології респіраторного тракту поруч з вірусами велику роль грають бактерії, хламідії, мікоплазми, тому важливе значення надається використанню засобів **неспецифічної профілактики**, які мають імуномодулюючу, протизапальну, жарознижуючу і дезінтоксикаційну дію.

На всі ці важливі, патогенетично значимі механізми розвитку ГРВІ впливає комплексний препарат інфлюцид, який застосовують для лікування і профілактики грипу і інших ГРВІ у дітей. В клінічній педіатрії використовують також препарат афлубін, який забезпечує ефективну профілактику грипу і ГРВІ як в період епідемічного підйому, так і при виникненні спорадичних захворювань. Зазвичай планову профілактику афлубіном починають за 1 місяць до щорічного очікуваного піку захворюваності грипом і ГРВІ. Екстрена профілактика проводиться зразу після контакту з хворим грипом чи іншими ГРВІ або після дії провокуючих факторів (переохолодження, різка зміна клімату та ін.).

ГРИП

Грип – це гостре інфекційне захворювання, збудником якого є фільтруючий вірус, що зумовлює загальну інтоксикацію та ураження слизової оболонки верхніх дихальних шляхів.

Відомо, що вірус грипу має кілька серологічних типів, які різняться своєю антигенною структурою. Зміна одного антигену відбувається практично кожні 2-3 роки.



Вірус грипу поза організмом людини нестійкий і швидко гине. Висушений у вакуумі вірус може зберігатися тривалий час. Дезінфікуючі засоби швидко знищують вірус, також згубно впливає на вірус ультрафіолетове опромінення і нагрівання.

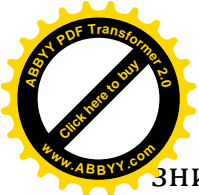
Хвора людина – основне джерело інфекції. Припускають можливість зараження і від вірусоносія. Вірус передається від хворого здоровому повітряно-крапельним шляхом. Кашель, чхання сприяють поширенню інфекції. Деякою мірою у розповсюдженню грипу можуть сприяти побутові речі, якими користувався хворий (посуд, рушники та ін). Особливу роль в епідеміології цього захворювання відіграють особи з легким перебігом хвороби, бо вони частіше продовжують активний спосіб життя і розносять вірус грипу.

Захворювання зустрічаються скрізь, характеризується схильністю до епідемічного і пандемічного поширення. У міжепідемічний період захворювання підтримуються за рахунок спорадичних випадків і локальних спалахів. Епідемії вірусного грипу найчастіше виникають у холодну пору року. Це, очевидно, якоюсь мірою пов'язано з меншим перебуванням дітей на повітрі, що знижує опірність організму; крім того, в холодну пору року збільшується кількість контактів. Однак епідемії можуть виникати і в інші пори року.

Хворий на грип є носієм інфекції протягом 5–7 днів. Усі люди, які не хворіли на грип, сприйнятливі до цієї хвороби. Після перенесеного грипу залишається імунітет на 2–3 роки. Імунітет типовоспецифічний, тобто спрямований лише проти певного типу вірусу, що спричинив це захворювання, тому можливе повторне захворювання на грип, спричинене іншим типом вірусу.

Сприйнятливість дітей до грипу не однакова в різних вікових періодах. Так, діти до 6 місяців малосприйнятливі до цієї інфекції, що пояснюється наявністю пасивного імунітету, одержаного від матері.

Інкубаційний період короткий – від кількох годин до 3 днів, найчастіше 1–2 дні. Характерним є раптовий початок. З'являються озноб, головний біль, загальна слабкість, температура тіла підвищується до 39–40°C. Хворі скаржаться на біль при рухові очей, ломоту в суглобах, м'язах, розлад сну. Спостерігається пітливість. Усе це свідчить про загальну інтоксикацію з утягуванням у процес нервової системи. Особливо чутлива до токсичного впливу грипозного вірусу центральна нервова система, що клінічно виражається у різкій адинамії, дратівливості,



знижуються відчуття нюху і смаку. Порушується нервово-психічний стан хворого. З'являється гіперестезія шкіри, інколи за ходом нервів спостерігається больова чутливість.

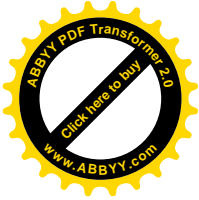
Центральна нервова система у дітей має високу чутливість до токсичних впливів, тому часто виникають марення, менінгеальні явища, сонливість. Ці ознаки зворотні і швидко проходять; з боку травного тракту також бувають явища грипозної інтоксикації: зниження апетиту, затримка випорожнення, інколи, найчастіше у маленьких дітей, пронос.

Температура тіла залишається підвищеною протягом 3–5 днів, і, коли немає ускладнень, знижується до норми поступово або падає критично. Тільки через 1–2 дні можуть з'явитися нежить, кашель, який спочатку сухий, потім переходить у кашель з мокротинням, часто буває кровотеча з носа. Неускладнений грип звичайно триває 3–5 днів. Однак повне видужання настає не відразу, а через 1–2 тижні, протягом яких діти відчувають слабкість, утому.

Можливі ускладнення грипу. Вони можуть виникнути в різні терміни від початку хвороби. Найчастіше зустрічаються такі ускладнення, особливо у дітей раннього віку, як гнійний ларинготрахеобронхіт, пневмонія, отит, синусит.

Важливим засобом **запобігання поширенню** грипу є раннє виявлення хворого, його ізоляція у домашніх умовах, ізоляторі, гуртожитку або госпіталізація. Для дезінфекції приміщення, де перебуває хворий, слід застосовувати хлорні препарати, УФО. Особи, які доглядають хворого, повинні користуватись марлевими масками з 4-6 шарів, яку треба міняти кожні 3-4 години. На виникнення грипу суттєво впливають імунодефіцитний стан організму. Зниження рівня захворюваності можна досягти шляхом проведення сезонних курсів стимуляції неспецифічної та імунологічної реактивності організму. Для специфічної профілактики використовують вакцини.

Під час розвитку епідемічної ситуації вводять обмежувальні заходи в дитячих дошкільних закладах та навчальних закладах (школах, ПТУ, технікумах, університетах). Заходи профілактики, лікування і боротьби з грипом та іншими ГРВІ, передбачені наказом МОЗ України від 09. 02. 1998 р. за № 30 «Про заходи щодо профілактики і боротьби з грипом та ГРВІ в Україні».



ТУБЕРКУЛЬОЗ

Туберкульоз в Україні, як і в багатьох країнах світу, є однією з найпоширеніших інфекційних хвороб, що набула характеру епідемії. Від туберкульозу в світі помирає набагато більше хворих, ніж від усіх інших хвороб. Стрімке зростання захворювання на туберкульоз останніми роками в Україні призвело до того, що все частіше виявляють важкі, занедбані форми туберкульозу. Проблема туберкульозу стає ще гострішою через поширення серед населення ВІЛ-інфекції та СНІДу, наркоманії, при яких туберкульоз виявляють у 2-3 рази частіше ніж за звичайних умов.

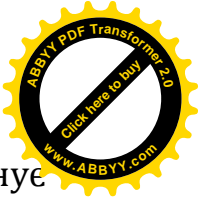
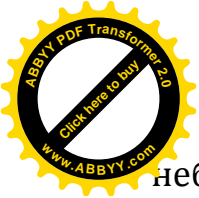
Туберкульоз – інфекційна хвороба, що викликається мікобактеріями туберкульозу, протікає з періодами загострення, рецидивами та ремісіями, вражає переважно найбідніші, соціально дезадаптовані групи населення (біженці, мігранти, особи, які перебувають в місцях позбавлення волі, особи без постійного місця проживання, алкоголіки, наркомани тощо), спричиняє високу тимчасову та стійку втрату працездатності, вимагає тривалого комплексного лікування та реабілітації хворих. Негативні соціально-економічні наслідки, що спричиняються туберкульозом, дали підстави зарахувати цю хворобу до групи соціально небезпечних. Ця хвороба носить комплексний характер і залежить від багатьох соціальних факторів, зокрема, умов і способу життя, повноцінного харчування, екологічної ситуації, культури людини та рівня медичної допомоги.

Відкриття збудника туберкульозу належить Роберту Коху (1882р). Тепер збудник називають мікобактерією туберкульозу. Є такі типи мікобактерій: людський, бичачий, пташиний. Вони відрізняються за ступенем вірулентності, патогенності, стійкості та впливом на характер перебігу захворювання.

Основним джерелом інфекції для оточуючих є хвора людина, яка виділяє збудників хвороби у навколишнє середовище.

Основні шляхи проникнення мікобактерій в організм людини або тварини такі: аерогенний або інгаляційний, аліментарний, контактний, внутрішньоутробний.

Аерогенний шлях зараження спостерігається у 90-95% випадків. При аерогенному шляху інфікування мікобактерії потрапляють у дихальні шляхи з краплинками слизу, харкотинням або пилом. Найбільша



небезпека зараження туберкульозом повітряно-крапельним шляхом існує поруч із хворим. Так, у грамі мокротиння хворого відкритою формою туберкульозу може міститися до 2-3 млн. бактерій. За добу хворий виділяє мільярди туберкульозних паличок. Особливо багато збудників виділяється у хворого під час кашлю.

Бактерії туберкульозу у вигляді аерозолі (на краплях слизу) залишаються у повітрі, а, підсихаючи, інфікований слиз перетворюється на інфікований пил. До того ж мікобактерії туберкульозу є надзвичайно стійкими до факторів зовнішнього середовища: впродовж кількох місяців-півроку можуть зберігатися у пилу, на побутових речах. Туберкульоз органів дихання може розвинутися і при проникненні збудника з мигдаликів, лімфовузлів, з черевної порожнини.

Аліментарний шлях зараження пов'язаний із вживанням харчових продуктів від тварин, хворих на туберкульоз, використанням інфікованої їжі (сирим молоком, недостатньо термічно обробленим м'ясом, яйцями), через речі загального вжитку (посуд, книги, іграшки тощо), якими користувався хворий, через молоко інфікованої матері.

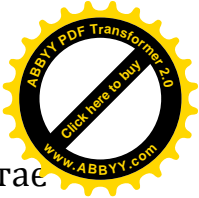
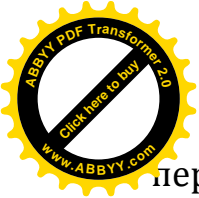
Контактний шлях проникнення мікобактерій можливий у людей, які доглядають хворих тварин або працюють із зараженим матеріалом від хворих, коли збудник захворювання проникає безпосередньо через пошкоджену шкіру або кон'юнктиву.

Внутрішньоутробне зараження туберкульозом зустрічається при генералізованих формах захворювання та пошкодженні плаценти під час пологів при аспірації новонароджених навколоплідних вод. Існування спадкового туберкульозу не доведено.

Рідко вхідними воротами туберкульозу можуть бути мигдалики, слизова оболонка очей та статевих органів.

При туберкульозі легень заразним є мокротиння, при туберкульозі нирок – сеча, при туберкульозі кісток і суглобів – гній із свища.

Небезпечними для людини також є хвора на туберкульоз худоба, птиця. У місці проникнення збудника виникає запалення, яке супроводжується утворенням специфічної **гранульоми або туберкульозного бугорка**. Звідси походить назва захворювання – туберкульоз або бугорчатка. У центрі бугорка розміщуються туберкульозні палички. При доброякісному



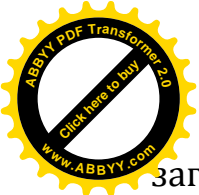
перевігу хвороби бугорок оточується сполучною тканиною, проростає колагеновими волокнами, просочується солями кальцію, після чого подальше поширення збудника припиняється. У первинній гранульомі туберкульозні бактерії можуть зберігатися роками, інколи все життя. Такі люди є носіями прихованої інфекції. З одного боку вони мають відносний імунітет, а з другого – замасковану форму туберкульозу, яка при несприятливих умовах може активізуватися. Тоді бугорок розпадається, а мікобактерії поширюються в інші ділянки. При розпаді декількох гранульом у легеневій тканині може утворитись порожнина. Якщо вона сполучається з бронхом, збудник разом із мокротинням виділяється назовні – виникає **відкрита форма туберкульозу** або хворий на **активну форму туберкульозу** (це особа з вираженими проявами туберкульозу, підтвердженими клінічними, лабораторними та рентгенологічними дослідженнями, у виділеннях цього хворого виявлено мікобактерії туберкульозу). Якщо збудник з мокротинням не виділяється – говорять про **закриту форму** або **неактивну форму туберкульозу** (це особа з неактивними проявами туберкульозу і не несе загрози інфікування контактних осіб, але потребує медичного диспансерного нагляду).

При пониженій опірності організму (тяжкі умови праці й побуту, фізичні й психічні травми тощо) первинний туберкульозний процес може генералізуватися. Розсіювання мікобактерій призводить до утворення у різних органах туберкульозних вогнищ, схильних до розпаду. Генералізація може супроводжуватись ураженням сечостатевого органу, кісток, суглобів, оболонок мозку, очей.

У багатьох людей є природна резистентність до туберкульозу. З усіх інфікованих хворіє не більше 10%, однак у окремих осіб є схильність до захворювання.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕВІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ

У дитячому віці найчастіше розвиваються форми первинного туберкульозу (первинний туберкульозний комплекс, бронхоаденіт, полісерозит), який має свої характерні риси: 1) високу сенсibiliзацію усіх тканин до мікобактерій туберкульозу; 2) схильність до генералізації процесу всіма шляхами; 3) майже постійне залучення у процес лімфатичної системи (лімфатичних вузлів і судин), а також серозних оболонок; 4) схильність лімфатичних вузлів до казеозу, 5) схильність до самотійного



загоювання і сприятливого прогнозу; б) залежність перебігу від віку: чим менша дитина, тим важчою є хвороба.

При первинному туберкульозі в **клінічній картині** переважають загальні симптоми. Дитина стає дратівливою, млявою, вередливою, швидко втомлюється, втрачає апетит, худне, починає відставати у фізичному розвитку. З'являється субфебрильна температура тіла. Розвивається локальний процес у будь-якому органі або діагностується туберкульозна інтоксикація. Нерідко є алергійні прояви у вигляді вузлуватої еритеми, кон'юнктивіту, артралгії (болі в суглобах).

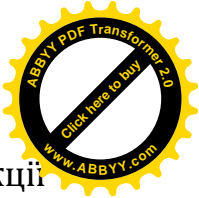
Туберкульоз – підступна хвороба, іноді її називають «недугою у масці». Вона розвивається поступово. Без чітко окреслених симптомів: є лише малопомітна повільна втрата маси тіла, втомлюваність, пітливість, субфебрильне підвищення температури тіла, порушення сну. Дуже часто хворий звертається до лікаря запізно, коли втрачено час.

Тому важливо вчасно виявити хворобу. З цією метою дітям щороку проводять туберкулінодіагностику. При наявності показань негайно призначається хіміопрофілактика.

Раннє виявлення хворих на туберкульоз серед дорослого населення можливе завдяки проведенню профілактичних флюорографічних оглядів. Доза опромінення при флюорографічному обстеженні незначна, шкідлива дія на організм виключена. При профілактичних флюорографічних оглядах щорічно виявляється до 70% від загальної кількості усіх зареєстрованих випадків захворювань на туберкульоз органів дихання.

При встановленні діагнозу туберкульоз і хворому, і контактним у сім'ї необхідно з відповідальністю поставитись до рекомендацій медичних працівників щодо лікування, обстеження та дотримання протиепідемічного режиму. Саме виконання цих рекомендацій допоможе ефективності лікування, а також запобігти випадкам захворювання серед інших членів родини.

Приоритетним напрямком боротьби із туберкульозом є проведення профілактичних щеплень дітям. Вакцина БЦЖ почала використовуватись для щеплень з 20-х років минулого сторіччя. Вона отримана із живих, але ослаблених мікобактерій туберкульозу, які не можуть викликати захворювання, а лише сприяють формуванню імунітету. Досвід використання вакцини БЦЖ протягом тривалого часу свідчить про її безпечність і імуногенність.

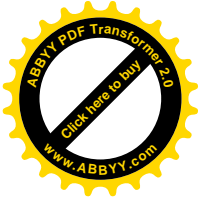


Оскільки дитячий вік є найуразливішим для туберкульозної інфекції перше щеплення дитина отримує в пологовому будинку, подальші – в 7 і 14 років (при негативній пробі Манту).

Проба Манту призначається для відбору контингентів дітей, які підлягають ревакцинації проти туберкульозу, визначення інфікованості або стану чутливості до туберкульозу, для ранньої діагностики туберкульозу. Пробу Манту робить спеціально навчена медична сестра. Результати проби оцінює лікар через 48 і 72 години. Прозорою пластмасовою лінійкою вимірюють поперечний (відносно осі руки) діаметр папули; розмір гіперемії до уваги не беруть. Реакція вважається негативною, якщо немає інфільтрату або він становить до 2 мм у діаметрі, сумнівною – при інфільтраті, який менше 5 мм; позитивною – при вираженому інфільтраті (понад 5 мм у діаметрі). Може бути гіперергічна реакція – великий інфільтрат і гіперемія. Дуже рідко буває загальна реакція – нездужання, головний біль, підвищення температури тіла. З метою раннього виявлення туберкульозу пробу Манту роблять дітям при досягненні ними 1 року життя і далі щороку (краще восени) незалежно від результату попереднього дослідження.

Для того, щоб запобігти захворюванню на туберкульоз, рекомендуються заходи щодо підвищення резистентності організму:

- регулярно і різноманітно харчуватись (вживати м'ясні, рибні, молочні продукти, овочі, фрукти, які містять білки тваринного та рослинного походження, вітаміни, мінеральні солі);
- не купувати продукти, перш за все, молочні, на стихійних ринках;
- у помешканні дотримуватися правил гігієни (регулярно вологе прибирання, провітрювання);
- вести активний спосіб життя – більше рухатися, частіше бути на свіжому повітрі;
- не зловживати алкоголем, не палити, адже пари алкоголю посилюють запальні процеси в бронхах, а при хронічних бронхітах у курців туберкульозній паличці легше закріпитись в органах дихання;
- займатись фізкультурними вправами, спортом, загартуванням організму.



КІР

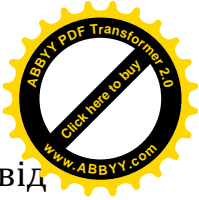
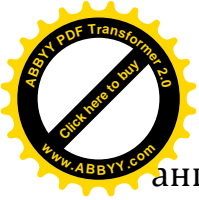
Кір – гостре інфекційне захворювання, яке характеризується загальною інтоксикацією, запаленням верхніх дихальних шляхів, слизової оболонки ротової порожнини, зіва, очей та появою своєрідного висипу.

Збудник кору – вірус, який дуже не стійкий у навколишньому середовищі і швидко гине поза людським організмом. Він швидко гине від сонячного світла і дуже чутливий до висихання. При кімнатній температурі уже через кілька хвилин він втрачає свої патогенні властивості. У зв'язку з цими особливостями корового вірусу після кору дезінфекції не роблять, а тільки провітрюють приміщення.

Джерело зараження – тільки хворий на кір. Збудник, маючи велику летючість, переноситься **повітряно-крапельним шляхом** при чханні, кашлі від хворого до здорового. **Вхідними воротами** для проникнення вірусу кору в організм є слизова оболонка верхніх дихальних шляхів та кон'юнктива очей. Кір вважається заразним 5 днів до висипання і 5 днів після висипання. Після захворювання формується стійкий імунітет. Останніми роками у зв'язку з використанням високоефективної живої корової вакцини загальна захворюваність на кір знизилась, тепер відносно частіше хворіють діти старшого віку і дорослі.

Клінічний перебіг кору відзначається вираженою циклічністю, тобто закономірною зміною окремих періодів хвороби. Інкубаційний період кору триває від 8 до 17 днів. Слідом за періодом інкубації розвиваються продромальний період, який триває 3-5 днів і характеризується чітко вираженими симптомами, що дають змогу рано розпізнати кір.

До таких симптомів належать: підвищення температури тіла, поява нежиті, кашлю, кон'юнктивіту. Кашель, що виникає на ґрунті корового ларингіту, дуже стійкий, сухий, інколи буває грубий, «гавкаючий». Найбільш типовою ознакою кору є зміни на слизовій оболонці рота та зіва. На слизовій оболонці щік проти кутніх зубів з'являються білуваті цятки, оточені червоним обідком. Цей симптом розвивається у зв'язку з дрібним лущенням епітелію слизової оболонки і називається плямами Філатова. З'являючись за 2, а інколи за 3-4 дні до висипання, плями Філатова дають змогу рано поставити діагноз кору, що має велике протиепідемічне значення. Друга рання ознака кору – корова енантема, або плямиста

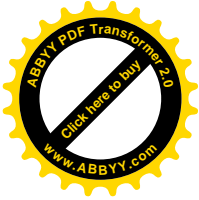
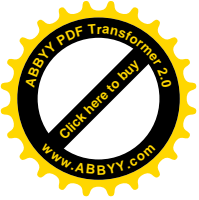


ангіна, що проявляється червоними плямами різної величини, від шпилькової головки до сочевиці, на слизовій оболонці м'якого і твердого піднебіння. До кінця продромального періоду, який триває 3-4 дні, температура тіла знижується і знову підвищується з появою висипу. Період висипання супроводжується погіршенням загального стану і посиленням катару слизових оболонок. Характерна особливість висипання – етапність поширення висипу, який з'являючись на обличчі і за вухами, на 2-й день переходить на тулуб і на 3-й день вкриває кінцівки. Плямисто-папульозний рожевий висип густо або помірно вкриває усе тіло хворого, інколи висипання буває суцільним. Однак завжди залишаються ділянки шкіри без змін.

Коли кір проходить рівно, то через 3 дні після початку висипання настає період одужання, протягом якого висип блідне і залишає після себе пігментацію. Загальний стан поліпшується, катаральні явища зазнають зворотного розвитку. На обличчі і тулубі після поблідіння висипу з'являється типове для кору дрібне висівкоподібне лущення, яке буває не завжди. Пігментація тримається 5-8 днів, а інколи, при тяжкому корі, до 2-3 тижнів.

Профілактика. Хворого на кір ізолюють терміном на 4 дні з моменту висипу, а в складних випадках – на 10 днів. Особи, які не хворіли на кір, і не щеплені діти за одноразового контакту перші 7 днів можуть відвідувати дитячі заклади, а потім підлягають карантину до 17-го дня, а ті, хто отримав імуноглобулін, – до 21-го дня контакту. В осередку інфекції щодня проводять профілактичний огляд і термометрію. Усіх виявлених хворих терміново ізолюють.

Специфічну профілактику кору здійснюють за допомогою людського **імуноглобуліну** (пасивна профілактика) і живої **вакцини** (активна профілактика). Імуноглобулін вводять контактним дітям віком від 3 до 12 міс, а також тим, хто не був раніше щеплений у зв'язку з протипоказаннями. **Оптимальний термін** уведення імуноглобуліну для профілактики захворювання – не пізніше 4-6-го дня контакту з хворим. За відсутності протипоказань контактним дітям, які не були щеплені, терміново можна увести вакцину. **Планову вакцинацію** проводять у віці 12 міс. одноразово. Повторне уведення вакцини проводять серонегативним дітям віком 6 років (після вивчення титру корових антитіл). Імунітет формується у 90-98% вакцинованих. Протиепідемічний ефект досягається, якщо 95% дітей імунізовані.



КРАСНУХА

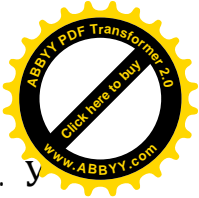
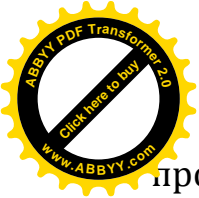
Краснуха – це гостре заразне захворювання, що спричиняється фільтрівним вірусом, характеризується дрібноплямистим висипом, незначними катаральними явищами та збільшенням лімфовузлів (особливо шийних і потиличних).

Збудник краснухи – вірус. Вірус термолабільний, швидко гине внаслідок висушування, у разі змін рН, під впливом УФО і звичайних дезінфікуючих речовин.

Джерелом інфекції є хвора людина, **передача** інфекції здійснюється повітряно-крапельним шляхом під час контакту з хворим. Хворий є заразним з 1-го дня захворювання до 5-го дня від появи висипу. Хворі на природжену краснуху заразні більше (від кількох місяців до 1,5 року і більше). Сприйнятливість до краснухи достатньо висока, найчастіше хворіють діти віком від 1 до 7 років, іноді хворіють і дорослі. Особливого небезпечна краснуха у вагітних. Захворювання у перші 3 міс. вагітності є причиною природженої краснухи плоду з розвитком різноманітної вродливості (катаракта, мікрофтальмія, вади серця тощо). Діти до 4–6 міс. хворіють дуже рідко (природжений імунітет). Захворювання залишає після себе стійкий імунітет. **Вхідними воротами** вірусу краснухи є слизові оболонки верхніх дихальних шляхів.

Клініка. Інкубаційний період триває від 15 до 24 днів (частіше 16–18). Головним симптомом краснухи є висип, який з'являється на 1–2-му дні хвороби. Початкові симптоми – це в'ялість, незначні катаральні явища, підвищення температури тіла, іноді головний біль. Висип з'являється на обличчі, потім протягом кількох годин поширюється по тілу. Він найбільше локалізується на розгинальній поверхні кінцівок, навколо суглобів та на сідницях. Висип дрібно плямистий, блідо-рожевий, макулопапульозний, зникає протягом 2-3 днів, пігментації та лущення не спостерігається. Іноді (у 25-30%) перебіг краснухи безсимптомний чи без висипу з підвищенням титру специфічних антитіл. Дорослі хворіють на краснуху тяжко.

Профілактика. Госпіталізація хворих не обов'язкова. Хворого треба ізолювати на 5 днів з часу появи висипу. Дезінфекційні заходи зайві. Для дітей, які були в контакті з хворим, ізоляція не потрібна, але на групу дитячого закладу накладається карантин на 21 день. Госпіталізацію



проводять у разі тяжкого перебігу хвороби та розвитку ускладнень. У вагітних жінок за наявності контакту з хворим на краснуху проводять серологічне дослідження на зростання титру краснушних антитіл.

Підтвердження діагнозу краснухи у вагітної в перші 12 тиж. вагітності є абсолютним показанням до аборту. Використання імуноглобуліну у вагітних для профілактики краснухи не дає ефекту. Розроблено **активну імунізацію** краснухи (жива краснушна вакцина). **Планову вакцинацію** проводять дітям віком у 12 міс. Ревакцинація здійснюється у 6 років та дівчатам у віці 14-15 років.

ЕПІДЕМІЧНИЙ ПАРОТИТ

Епідемічний паротит – це гостре вірусне захворювання, що спричиняється вірусом, поширюється крапельним шляхом і характеризується системним ураженням залозистих органів, переважно привушних, слинних залоз, а також ендокринних залоз і нервової системи.

Збудник епідемічного паротиту – вірус. Єдиним **джерелом** інфекції за епідемічного паротиту є хвора людина (антропонозна інфекція). Вірус міститься у слині хворого. Інфекція передається через повітря з крапельками слини, але на близьку відстань, бо збудник епідемічного паротиту в зовнішньому середовищі швидко гине. Отже, передача інфекції через предмети (посуд, іграшки тощо), якими користувався хворий, практично не доведена. Особливу небезпеку являють хворі на стерті, атипові та безсимптомні форми хвороби, які досить поширені в епідемічних осередках. Захворілий стає заразним наприкінці інкубаційного періоду, особливо значна заразливість у перші 3-5 днів хвороби, яка припиняється на 9-й день від початку хвороби.

Сприйнятливість до епідемічного паротиту досить висока. Найчастіше захворювання зустрічається серед дітей віком від 5 до 15 років. Діти 1-го року життя хворіють у край рідко (мають пасивний імунітет від матері). Перенесене захворювання (і безсимптомні форми) дає стійкий імунітет. Повторні захворювання дуже рідкісні. Використання специфічної профілактики (активна імунізація) останніми роками дозволила знизити захворюваність на епідемічний паротит.

Вхідними воротами інфекції є слизові оболонки ротової порожнини, носа, горла, де вірус розмножується у клітинах епітелію, та по лімфатичним шляхам потрапляє у кров – первинна вірусемія. Із крові вірус



проникає в найбільш чутливі до нього тканини, зокрема в слинні залози, підшлункову та ендокринні залози, нервову систему.

Клініка. Інкубаційний період триває 11-21 день, інколи може продовжуватись до 23-26 днів. Зрідка перші 1-2 дні спостерігаються продромальні явища у вигляді розбитості, нездужання, болю в м'язах, головного болю, мерзлякуватості, розладу сну, зниження апетиту. Типова клінічна картина характеризується підвищенням температури тіла (від субфебрильної до 40°C; гарячка триває 4-7 днів), інтоксикацією і ураженням слизових залоз. Частіше ураженню піддаються привушні, рідше підщелепні залози. Уражені слинні залози збільшені, малоболючі під час пальпації. Ураження залоз може бути одnobічним і двобічним. Відзначається сухість у ротовій порожнині, біль у вусі, який посилюється під час жування та розмови. Ураження залози з іншого боку або залучення до процесу нових груп залоз супроводжується новим підвищенням температури тіла. Обличчя за рахунок припухлості привушних залоз набуває типової грушоподібної форми. Часто при епідемічному паротиті інфекції спостерігаються біль у животі, втрата апетиту, обкладений язик, нудота, блювання, закрепи, інколи проноси. Ці симптоми можуть свідчити про залучення до процесу підшлункової залози. Паротитна інфекція часто має хвилеподібний перебіг із повторним підвищенням температури тіла, що пояснюється послідовним залученням до процесу нових залозистих органів або центральної нервової системи. Захворювання звичайно закінчується сприятливо. Ураження статевих залоз спостерігається частіше в дорослих і підлітків у період статевого дозрівання. Із статевих залоз найчастіше уражаються яєчка (орхіт). Якщо це захворювання ускладнюється двобічним орхітом, може розвинути́ся безплідність.

Профілактика. Хворих на епідемічний паротит ізолюють не менше ніж на 9 днів (при клінічному одужанні). У дитячому закладі, де з'явився перший випадок епідемічного паротиту, оголошується карантин на 21 день. Діти у віці до 10 років, що були у контакті з хворими на епідемічний паротит, до дитячого закладу не допускаються з 11-го по 21-й день з моменту контакту. Дезінфекція після ізоляції хворого не проводиться. Для специфічної активної профілактики епідемічного паротиту використовують живу вакцину. Імунізацію вакциною проводять у віці 15–18 міс. Вакцинацію вводять одноразово. Тривалість післявакцинального імунітету від 3 до 6 років.

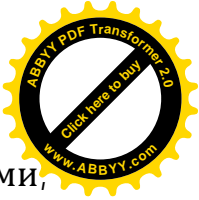
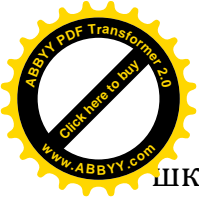


ВІТРЯНА ВІСПА

Вітряна віспа – гостре інфекційне захворювання, що спричиняється вірусом, передається повітряно-крапельним шляхом та характеризується гарячкою і везикульозним висипом на шкірі всього тіла і слизових оболонках.

Вірус не стійкий у навколишньому середовищі і не патогенний для тварин. Вітряна віспа належить до найбільш поширених захворювань у дитячому віці, так до 10–14 років практично хворіють усі. Єдиним **джерелом** інфекції є хвора людина, яка стає заразною протягом останніх 1–2 днів інкубаційного періоду і до 5-го дня після появи останнього висипання. Інфекція передається **повітряно-крапельним шляхом**. Вірус легко поширюється зі струменем повітря на значну відстань. Доведено трансплацентарну передачу вірусу від матері до плоду. Захворюваність на вітряну віспу характеризується епідемічними підйомами, однак епідемічні спалахи обмежуються переважно організованими дитячими колективами. Сприйнятливість до вітряної віспи майже 100%. Після перенесеної інфекції залишається тривалий імунітет. Повторні захворювання зустрічаються рідко. **Вхідні ворота** – слизова оболонка верхніх дихальних шляхів.

Клініка. Інкубаційний період триває від 11 до 21 дня (у середньому 14 днів). Захворювання частіше починається висипом (поява пухирців на шкірі) і підвищенням температури тіла. Проте нерідко спостерігається короткий продромальний період (24–48 год), який характеризується незначним підвищенням температури тіла, катаральними явищами, іноді спостерігається продромальний висип у ділянці грудної клітки. Висип має скарлатино- або кореподібний вигляд і швидко зникає. На 1–2 день захворювання у різних місцях тіла, а також на слизових оболонках з'являється висип. Спочатку елементи висипу мають вигляд плям або папул круглої чи овальної форми. За кілька годин більшість цих плям-папул перетворюється в однокамерні пухирці – везикули із прозорим вмістом. Вітряні пухирці (везикули) розташовані на шкірі без змін, ніжні і м'які на дотик. Вміст пухирця незабаром стає мутним, а сам пухирець лопається, на його місці утворюється кірочка, яка через декілька днів відпадає. Рубці звичайно не утворюються, за винятком, коли дитина силоміць відриває кірочку, особливо на обличчі. У зв'язку з тим, що внаслідок підсихання одних пухирців з'являються свіжі плями та везикули, картина висипу при вітряній віспі характеризується поліморфізмом. На



шкірі однієї і тієї ж ділянки тіла хворої дитини можна знайти плями, папули, везикули і сухі кірочки. Етапності у висипанні не буває. Перебіг захворювання звичайно не важкий і воно закінчується цілковитим видужанням хворого. Існують стерті, маловиразні форми хвороби з незначним висипом.

Профілактика. Госпіталізація хворих не обов'язкова. Хворого необхідно обов'язково ізолювати до 5-го дня після останнього висипання.

Приміщення, де перебуває хворий, щодня провітрюють, проводять вологе прибирання. Контактні діти дошкільного віку не допускаються у дитячі заклади з 11-го по 21-й день контакту. Специфічна профілактика вітряної віспи практично відсутня. Імуноглобулін не використовується, вакцина перебуває в стадії розробки та апробації.

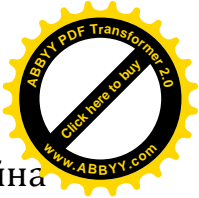
ДИФТЕРІЯ

Дифтерія – гостра антропонозна інфекція, що характеризується запальним процесом з утворенням фібринозної плівки на місці інвазії збудника, явищами загальної інтоксикації та ураження серцево-судинної та нервової систем.

Збудник дифтерії – грампозитивна нерухома паличка, яка достатньо стійка в зовнішньому середовищі: зберігає життєздатність за температури -20°C до 7 днів, добре переносить висихання та зберігається на предметах. У воді та молоці зберігається 7 днів. Однак високочутлива до температури $+58^{\circ}\text{C}$) та дезінфекційних рідин у звичайних концентраціях.

Джерело інфекції – хвора людина або бактеріоносій токсигенних штамів. Основний **шлях передачі** інфекції – повітряно-краплинний. У зв'язку з тривалим зберіганням життєдіяльності мікробів на предметах вжитку можлива передача інфекції через ці предмети, а також через треті особи. Іноді можливий харчовий шлях передачі через інфіковану їжу, в якій коринебактерії дифтерії можуть розмножуватися (молоко, молочні продукти, креми). Хворіють на дифтерію діти і дорослі, що не мають антитоксичного імунітету або з його низькою напруженістю.

Вхідними воротами є слизові оболонки зіву, носа, верхніх дихальних шляхів, а також можуть бути слизова оболонка зовнішніх статевих органів, кон'юнктива очей і пошкоджена шкіра.

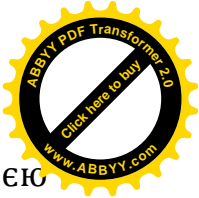


Дифтерія в минулому, коли ще не застосовувалась протидифтерійна сироватка, була дуже небезпечною хворобою з високим коефіцієнтом смертності. Тепер специфічне лікування дифтерійною сироваткою і проведення масових щеплень значно знизили смертність і захворюваність.

Клініка. Клінічна характеристика дифтерії визначається локалізацією дифтерійних уражень і ступенем інтоксикації. Відповідно до цього розрізняють дифтерію зівя, гортані, носа, очей, зовнішніх статевих органів, вуха, шкіри та ін. При цих клінічних формах може бути різний ступінь тяжкості захворювання.

Дифтерія зівя – найбільш поширена локалізація цієї інфекції. Інкубаційний період триває від 2 до 7 днів. Фібринозний випіт, що утворюється при ураженні зівя, може бути виражений неоднаково, як різним буває і ступінь інтоксикації. Виходячи з цього, розрізняють такі форми дифтерії зівя: локалізовану, поширену, токсичну.

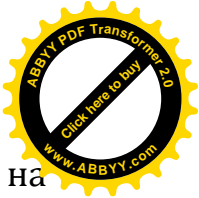
Локалізована дифтерія зівя характеризується утворенням нальотів у межах мигдаликів і браком вираженої інтоксикації. Налюти у вигляді білої з сіруватим відтінком товстої плівки розташовуються на мигдаликах у вигляді островців або суцільно. Локалізована форма дифтерії зівя відзначається легким перебігом і при своєчасному введенні сироватки закінчується повним одужанням. При поширеній формі дифтерії зівя нальоти розташовані не тільки на мигдаликах, а й переходять за їхні межі, покриваючи язичок, м'яке і навіть тверде піднебіння, глотку. Загальна інтоксикація проявляється головним болем, слабкістю, зниженням апетиту, розладом сну, температура тіла підвищується до 38-39°C. Токсична форма дифтерії зівя – дуже тяжке захворювання. Гострий початок супроводжується високою температурою – до 40°C, блюванням, болем у горлі і різким порушенням загального стану у зв'язку з швидким настанням інтоксикації. Уже в перші дні захворювання розвиваються характерні ознаки місцевого ураження і загальної, по-різному вираженої інтоксикації. Місцеві ознаки токсичної дифтерії проявляються набряком зівя і мигдаликів, різкою гіперемією їх, значними нальотами сіро-брудного кольору. На шиї утворюється м'який набряк підшкірної клітковини, шкіра не змінюється, пальпація набряку не болюча. Загальна інтоксикація проявляється пригніченням або збудженням центральної нервової системи, а також розладами серцево-судинної системи. Токсична дифтерія буває різної тяжкості.



Дифтерія гортані (дифтеріїний круп). Ураження дифтерією слизових оболонок гортані у зв'язку із запальним набряком і утворенням фібринозного випоту звужує її просвіт, що утруднює дихання. Дифтеріїний круп – це найрозповсюдженіша форма дифтерії після дифтерії зів. Дифтеріїний круп розвивається поступово, і в його клінічному перебігові розрізняють три періоди, або стадії. У першому періоді, так званому **катаральному**, з'являється невеликий кашель із легким грубуватим відтінком; температура тіла підвищується до 38°C, загальний стан дитини мало порушується. Клініка катарального періоду крупу нагадує грип або ГРВІ.

Незабаром, через 1-2 дні, кашель посилюється і стає грубим, «гавкаючим», дихання помітно утруднюється, особливо на вдиху, голос втрачає звучність і стає сиплим. Звужена голосова щілина дуже важко пропускає повітря, дихання стає шумним і його чути на віддалі. Розвивається **стенотичний** період крупу, який триває від кількох годин до 2-3 днів. У цьому періоді стеноз поступово посилюється, розвивається киснева недостатність, синюшність обличчя і кінцівок; помітно втягуються податливі місця грудної клітки. Дитина стає неспокійною, у неї порушується сон, потіє голова, пульс на вдиху сповільнюється або випадає (парадоксальний пульс), якщо при цих явищах сильно розвиненого стенотичного періоду не зробити терміново інкубацію або трахеотомію, розвивається третя і остання стадія крупу – **асфіктична**. Клінічна картина цього періоду зумовлюється отруєнням організму дитини вуглекислою. Розвивається різка кволість, що переходить у сонливість; слабкий, що ледве промацується, пульс, бліде обличчя свідчать про глибокий розлад серцево-судинної діяльності, а поверхневе і прискорене дихання – про виснаження дихального центра внаслідок тривалого стенозу. Асфіктичний період закінчується летально.

Особливо важко проходить **низхідний круп**, при якому фіброзні плівки покривають трахею, бронхи і навіть найдрібніші їхні розгалуження. Звичайно така форма розвивається у запущених випадках крупу. Клінічна картина низхідного крупу визначається в основному глибоким розладом газообміну, що веде до цианозу, задишки, при цьому дихання поверхневе, до 50–60 разів на хвилину. Одна з особливостей низхідного крупу – переважання різкої блідості над цианозом («біла асфіксія»). Кінець низхідного або поширеного, крупу здебільшого несприятливий.



Ускладнення дифтерії. Дифтерійний токсин особливо згубно діє на серцево-судинну і нервову системи. Тому найчастіше при цій хворобі розвиваються ускладнення в цих системах. Ускладнення спостерігаються при тяжких формах дифтерії, але можуть виникати і в легких випадках, якщо пізно почати лікування. Серцево-судинні ускладнення можуть з'явитися рано – в перші дні токсичної дифтерії і пізніше – на 2–3 тижні і ще пізніше.

Профілактика дифтерії. Основою профілактики дифтерії є активна імунізація. Для імунізації застосовують адсорбовану кашлюково-дифтерійно-правцеву (АКДП) вакцину, адсорбований дифтерійно-правцевий анатоксин зі зменшеним вмістом антигенів (АДП-М), адсорбований дифтерійно-правцевий (АДП) і адсорбований дифтерійний анатоксин зі зменшеним вмістом дифтерійного антигена (АД-М).

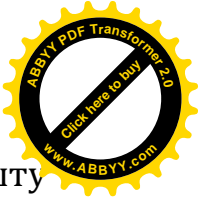
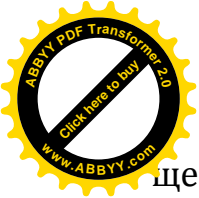
Згідно з наказом МОЗ України за № 14 від 25.01.96р., вакцинацію АКДП-вакциною призначають дітям у віці 3 міс., які не мають протипоказань до введення вакцини. Курс вакцинації складається із трьох внутрішньом'язових ін'єкцій препарата з інтервалом 30 днів між вакцинаціями. Щеплення АКДП-вакциною проводять одночасно з вакцинацією проти поліомієліту. Першу ревакцинацію АКДП-вакциною проводять одноразово у 18 міс. Другу ревакцинацію проводять у віці 6 років АДП-анатоксином.

Вакцинацію АДП-анатоксином проводять дітям, що мають протипоказання до введення АКДП-вакцини, або дітям, що перенесли кашлюк. Курс вакцинації АДП-анатоксином складається із двох внутрішньом'язових ін'єкцій препарата з інтервалом 30 днів.

АДП-М-анатоксин використовують для третьої та четвертої вікової ревакцинації у віці 11 та 14 років одноразово.

АД-М-анатоксин призначають за планових ревакцинацій дітям і підліткам, яким вводили адсорбований правцевий анатоксин у зв'язку з травмою у період між ревакцинаціями.

Для запобігання поширенню захворювань і з метою підвищення імунітету в осередку дифтерії проводять імунізацію контактних дітей і дорослих. При цьому негайному щепленню підлягають діти, в яких настав черговий час вакцинації або ревакцинації. Усіх контактних віком до 16 років і старших (без обмеження віку), що не отримували щеплень протягом останніх 5 років і не мають медичних протипоказань до них,



щеплюють АДП або АДП-М- анатоксинами за віком одноразово. Решту контактних у віці від 3 до 16 років терміново обстежують для виявлення неімунних осіб (ставлять РПГА). Усі неімунні особи (з титром антитоксину нижче 0,03МО/мл) підлягають негайній імунізації.

У боротьбі з дифтерією велике значення має профілактика зараження у дитячих колективах і в сім'ї. Хворого на дифтерію поміщають в інфекційну лікарню, а підозрілого на захворювання дифтерією – в діагностичне відділення для остаточного з'ясування діагнозу.

За дітьми, що були в контакті з хворим, спостерігають протягом 7 днів. Вимірюють температуру тіла, оглядають зів і ніс, досліджують слиз на дифтерійні палички. Ізоляція припиняється під контролем бактеріологічного дослідження слизу окремо із носа і зіва. Коли немає змоги зробити лабораторне дослідження, відокремлення припиняють через 7 днів після ізоляції хворого, якщо немає гострих запальних змін у зіві та носі. Виявлення бактеріоносіїв має велике значення у профілактиці зараження в дитячих колективах.

Усі хворі на ангіну підлягають бактеріологічному обстеженню на коринебактерії дифтерії. У відділеннях, де госпіталізуються хворі з підозрою на дифтерію, бактеріологічне обстеження проводять триразово. До забору матеріалу на посів антибіотики не призначають.

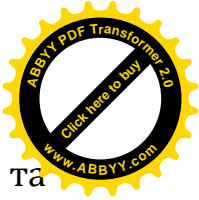
Чітке проведення планових профілактичних щеплень, заходів епідеміологічного нагляду, поліпшення клінічної діагностики, активне спостереження і бактеріологічне обстеження хворих на ангіну забезпечують зниження захворюваності на дифтерію до поодиноких випадків.

КАШЛЮК

Кашлюк (коклюш) – гостра інфекційна хвороба, яка спричиняється коклюшною паличкою і характеризується приступами спазматичного (судомного) кашлю.

Збудник кашлюку – паличка Борде-Жангу. Вона нестійка в зовнішньому середовищі. При температурі 56°C гине через 10-15 хв, пряме сонячне світло вбиває її протягом однієї години, високочутлива до дії дезінфікуючих розчинів.

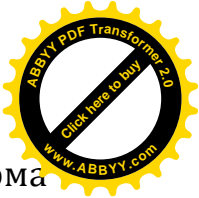
Джерелом інфекції є хворі на кашлюк (особливо стерті та атипові форми).



Шлях передачі кашлюку повітряно-крапельний за умови тісного та достатньо тривалого контакту. Збудник міститься у крапельках слизу, який виділяється під час кашлю, тому контакт із хворим має бути на відстані не більш як 2 м. Після кашлюку формується стійкий імунітет, повторні захворювання настають рідко. Передача збудника через побутові речі та треті особи не відбувається у зв'язку з його малою стійкістю. Паличка кашлюк потрапляє на епітелій дихальних шляхів і починає там розмножуватися.

Клініка. Основні клінічні прояви хвороби пов'язані з токсином, який впливає на нервову, дихальну та судинну системи, спричиняє спазм дихальних м'язів, спазматичні порушення дихання, тонічні судоми поперечносмугастих м'язів.

Інкубаційний період триває від 3 до 10–15 днів. Особливість клінічного перебігу кашлюку – це відсутність або незначний прояв первинного інфекційного токсикозу протягом усього періоду хвороби. Захворювання починається з сухого кашлю, незначних катаральних явищ, нежиттю та субфебрильної температури тіла. Загальний стан не порушується, самопочуття задовільне. Кашель поступово посилюється, стає стійким, нав'язливим і навіть нападаподібним або спазматичним. Напад спазматичного кашлю має певні особливості. У дітей старшого віку він починається з неспокою, хвилювання, плаксивості. Типовий напад складається із декількох коротких, що настають один за одним, кашльових поштовхів на видиху, за яким виникає глибокий судомний вдих – реприз, потім знову кашльові поштовхи, реприз тощо. Під час одного нападу буває від 3–5 і до 15–20 репризів, між якими по 3–5 і до 10–12 кашльових поштовхів. Під час нападу спазматичного кашлю обличчя хворого червоніє, синіє, очі «наливаються кров'ю», спостерігається слюзотеча, шийні вени набухають. Голова витягується, язик висувається «човником», вуздечка язика пошкоджується. У тяжких випадках, особливо у дітей раннього віку, виникають носові кровотечі, крововиливи в склеру, мимовільні сечовиділення та випорожнення. Напад кашлю закінчується виділенням склоподібного мокротиння, блюванням (у дітей старшого віку). У міжнападний період спостерігається блідість шкіри, одутлість обличчя, крововиливи на тулубі, ознаки емфіземи легенів. Тривалість хвороби від 1,5 до 4 міс. Хвороба може ускладнюватися розвитком пневмонії.



Профілактика. Хворого на кашлюк ізолюють у стаціонарі чи вдома на 30 діб від початку захворювання (20 діб від початку спазматичного кашлю). Контактні діти віком до 7 років підлягають ізоляції на 14 діб. Заклучна дезінфекція в осередку інфекції не проводиться (збудник швидко гине в навколишньому середовищі).

Важлива роль належить специфічній профілактиці (активна та пасивна імунізація). Пасивну профілактику проводять за допомогою імуноглобуліну по 3 мл 2 дні підряд чи через день дітям 1-го року життя за наявності контакту не щепленої дитини чи в період щеплення. Для специфічної активної планової профілактики використовують коклюшну вакцину (суспензія вбитих коклюшних паличок), яка входить до складу вакцини АКДП. Щеплення проводять із 3-х місячного віку внутрішньом'язово трічі з інтервалом 30 днів. Ревакцинацію проводять у 18 міс.

Своєчасна вакцинація та високий рівень колективного імунітету сприяють зниженню рівня захворюваності на кашлюк.

СТРЕПТОКОКОВА ІНФЕКЦІЯ

Групу **стрептококових інфекцій** складають захворювання, спричинені β -гемолітичним стрептококом із групи А.

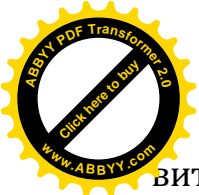
Клінічні прояви цих захворювань різноманітні. Трапляються легкі запальні процеси в глотці, на шкірі, в підшкірній жировій клітковині і дуже тяжкі генералізовані форми, перебіг яких відбувається за типом септицемії та септикопемії. До групи стрептококових інфекцій входять такі нозологічні форми, як скарлатина, рожа, гострий гломерулонефрит, остеомієліт тощо.

Класичною стрептоковою інфекцією є скарлатина

СКАРЛАТИНА

Скарлатина – гостре інфекційне захворювання токсико-септичного характеру, що супроводжується загальною інтоксикацією (гарячка, блювання, ураження нервової та серцево-судинної системи), ангіною, дрібно крапчастим висипом на шкірі, розвитком ускладнень гнійно-септичного та алергійного генезу.

Збудником скарлатини є β -гемолітичний стрептокок. Стрептокок досить стійкий до несприятливих зовнішніх впливів, температуру до $+60^{\circ}\text{C}$

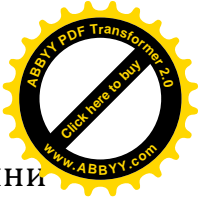
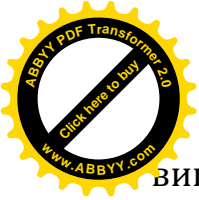


витримує протягом 2 годин, кип'ятіння вбиває його лише протягом 15 хвилин, достатньо стійкий до дезінфікуючих рідин, чутливий до антибіотиків.

Скарлатина частіше зустрічається у дітей, хоча можуть захворіти і дорослі. Головним **джерелом** інфекції є хворий на скарлатину в період її клінічних проявів. Значну роль у поширенні хвороби відіграють діти, які перехворіли на атипові та стерті форми скарлатини, а також на стрептококову ангіну. Передача інфекції відбувається **повітряно-крапельним** шляхом (через слину, слиз із носа чи глотки), а також **контактно-побутовим** через третіх осіб, білизну, речі, іграшки, якими користується хворий, та харчові продукти, особливо молоко. Сприйнятливість до інфекції досить висока. **Вхідними воротами** інфекції є зів і порожнина носа, збудник може проникнути також через уражену шкіру і слизові оболонки. 90% хворих – це діти до 16 років, найбільш уразливими є діти дошкільного та раннього шкільного віку. Діти 1-го року життя, як правило, на скарлатину хворіють рідко. У розвитку скарлатини головне значення мають збудник захворювання, його токсин та алергени.

Клініка. Інкубаційний період скарлатини триває від 1 до 12 днів, у середньому 5–7 днів. Хвороба починається гостро: легкий або різкий озноб, швидке підвищення температури тіла і швидкий розвиток трьох основних симптомів – інтоксикації, висипу та ангіни. Стрептококовий токсин спричиняє загальне отруєння організму з втягненням до процесу нервової і серцево-судинної систем. Клініка інтоксикації характеризується головним болем, блюванням, порушенням загального стану (кволість, сонливість), спостерігається тахікардія, підвищення артеріального тиску.

Через 18–24 години від початку захворювання з'являється характерне висипання на шкірі: дрібнокрапчасті яскраво-червоні елементи, розташовані дуже близько один від одного, але вони не зливаються. Висип спочатку розташовується на шиї і у верхній частині грудної клітки, але швидко (протягом 1-ї доби) поширюється по всьому тілу. Шкіра яскраво червона, в зв'язку з тим, що висип зливається у суцільне поле. Обличчя хворого характеризується яскравою гіперемією щік, а ділянка підборіддя і довкола рота без висипу, виділяється значною блідістю шкірних покривів (блідість носогубного трикутника). Висип найвиразніший у ділянці ліктьових згинів, на бокових поверхнях тулуба, внизу живота та пахвинних ділянках. Чітко виявляється білий дермографізм. Крім такого висипу при скарлатині буває міліарний висип з маленькими пухирцями, дрібноплямистий, геморагічний, у складних



випадках дуже рясний, ціанотичного характеру. Типовою для скарлатини є також сухість шкіри, особливо в перші дні захворювання. Висип зберігається протягом 2–7 днів, зникає, не залишаючи сліду. Після зникнення висипу на шкірі (на 6–7-й день хвороби) з'являється досить характерний, хоча й пізній симптом скарлатини – пластинчасте лущення. На обличчі та шиї епідерміс сходить дрібними лусочками (висівковоподібне лущення), на тулубі, спині, стегнах і сідницях – досить значними «стружками» (лущення великопластинчасте), на долонях – масивними пластами. Пластинчасте лущення на підшвах, п'ятах триває 3–4 тижні. У дітей раннього віку, а також у разі лікування пеніциліном лущення шкіри може бути незначним або не спостерігається.

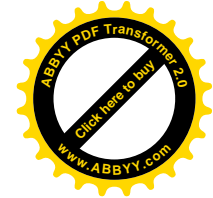
Постійним симптомом скарлатини є ангіна. Типовою є яскрава, різко відмежована гіперемія мигдаликів, язичка, м'якого піднебіння. Мигдалики вкривається брудно-білим нальотом, який може поширюватися на м'яке піднебіння і язичок.

Слизова оболонка ротової порожнини суха. Язик вологий і вкритий товстим сірувато-білим нальотом. Із 3–4 дня хвороби язик звільняється від нальоту і набуває яскраво-червоного кольору (малиновий язик). Цей симптом зберігається 1–2 тижні. Регіонарні (підщелепні та шийні) лімфовузли збільшуються. При скарлатині відбуваються зміни з боку нервової та серцево-судинної систем.

Ускладненнями скарлатини можуть бути лімфаденіт, отит, синусит, мастоїдит, нефрит, артрит, міокардит. Останніми роками вони зустрічаються рідко у зв'язку з застосуванням антибіотиків та організацією ізоляції хворих на скарлатину на дому.

Профілактика. Неспецифічна профілактика включає раннє виявлення захворювання та ізоляція хворих. Термін ізоляції хворих у стаціонарі не менше ніж 10 днів (повне клінічне видужання, відсутність ускладнень). У дитячий заклад дитину можна направити через 22 дні від початку хвороби.

Діти, які були в контакті з хворим, протягом 7 днів після контакту не відвідують дитячі заклади – карантин (до 2-го класу школи), коли хворого вилучено з осередку хвороби, та 17 днів, коли хворий залишається в осередку. Заключну та початкову дезінфекцію проводять під контролем лікаря, батьків чи медичного персоналу.



ГЕРПЕСВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ

Герпесвірусна інфекція спричиняється вірусами родини герпес вірусів, які об'єднані властивістю часто протягом усього життя персистувати в організмі людини і здатністю спричиняти форми захворювання в умовах виникнення імунодефіциту. Відомо 80 представників цієї родини, 7 із яких виділено від людини. Це віруси простого герпесу I та II типу, вірус вітряної віспи, оперезувального герпесу, вірус Епштейна-Барра, цитомегаловірус, вірус герпесу-6, вірус герпесу-7.

ГЕРПЕС ЗВИЧАЙНИЙ

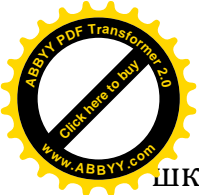
Герпес звичайний – вірусне захворювання, що характеризується тривалим латентним перебігом із періодичними рецидивами, які супроводжуються появою везикульозного висипу на шкірі та слизових оболонках, ураженнях центральної нервової системи та внутрішніх органів.

Збудник захворювання – вірус звичайного герпесу (ВЗГ). Вірус термолабільний, інактивується за температури 50°C протягом 30 хвилин, чутливий до УФО.

Джерелом герпетичної інфекції є хворі на звичайний герпес та вірусносії. ВЗГ I типу передається **повітряно-крапельним** і **контактним** шляхами і уражає шкіру, слизові оболонки, центральну нервову систему. Сезонність та епідемічні спалахи не типові. ВЗГ II типу передається **статевим** шляхом і спричиняє генітальний та неонатальний герпес. Найбільша сприйнятливість у дітей віком від 5 місяців до 2 років.

Вхідні ворота інфекції – слизові оболонки губ, ротової порожнини, кон'юнктиви, геніталії.

Клініка. Інкубаційний період триває від 2 до 14 днів. Локалізована форма герпесу характеризується появою везикульозного висипу біля рота, носа, на вушній раковині, обличчі, інших ділянок шкіри. До висипу виникає помірне свербіння шкіри, печіння та біль. Дрібні пухирці (везикули) на гіперемійованій основі розташовані групами. Прозорий вміст пухирців поступово стає каламутним. На 3-4-й день пухирці підсихають, на їхньому місці утворюються кірочки, які на 5-7-й день відпадають. Рубці звичайно не утворюються, але помітна незначна пігментація. Іноді пухирці зливаються і утворюється великий пухирець із серозним вмістом, після розкриття якого формується ерозія, яка поступово загоюється без зміни



шкіри. Можливі повторні висипи, частіше на тому ж місці, термін загоювання у таких випадках збільшується до 2-4 тижнів.

Ураження слизових оболонок ротової порожнини герпесом дає афтозний рецидивуючий гінгівостоматит. Вірус звичайного герпесу уражає також рогівку з розвитком герметичного кератокон'юнктивіту, герпетичної виразки, паренхіматозного кератиту.

Герпетичні висипання виникають також на шкірі статевих органів: на великих та малих статевих губах у дівчат та шкірі калитки в хлопців. Висип супроводжується підвищенням температури тіла, ознобом, болем в уражених місцях. Герпетичні пухирці з'являються також на слизових оболонках уретри, піхви, шийці матки. Статевий герпес частіше виникає в дорослих та підлітків. Вісцеральна форма герпетичної інфекції характеризується паренхіматозним гепатитом, пневмонією, ураженням нирок.

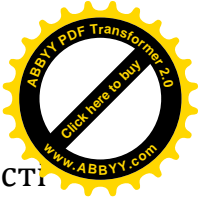
Ураження центральної нервової системи може відбуватися за типом енцефаліту, менінгіту, менінгоенцефалорадикуліту. Ураження нервової системи може бути на тлі герпетичної інфекції інших локалізацій, але може бути і як первинна генералізована інфекція.

Природжена герпетична інфекція може розвинути внаслідок внутрішньоутробного інфікування плода від матері з герпетичною інфекцією. Унаслідок інфікування плода можуть бути внутрішньоутробна його загибель, формування вад розвитку (зараження в ранні терміни вагітності): мікроцефалія, мікрофтальмія, хоріоретиніт, а також герпетичного сепсису з ураженням шкіри, слизових оболонок, очей, печінки, легенів, надниркових залоз, головного мозку.

Герпетична інфекція новонародженого виникає внаслідок інфікування під час пологів або відразу після них від матері з генітальним герпесом. Захворювання розвивається на 5–10-й день життя.

Вірус звичайного герпесу зберігається в організмі після первинного зараження протягом усього життя. Тяжкість рецидивів пов'язана зі станом організму, інтеркурентними захворюваннями.

Прогноз герпетичного енцефаліту несприятливий. Летальність складає до 80–95%. Після одужання формуються тяжкі залишкові явища з випаданням функцій кіркових центрів. Ураження герпетичним вірусом вагітних призводить до формування природженої вродливості.



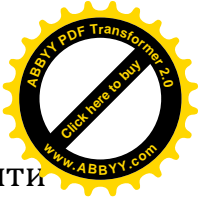
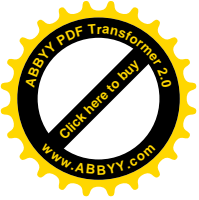
Профілактика. Госпіталізація хворих небов'язкова, але за наявності висипу дітей треба ізолювати. Госпіталізацію проводять за умови розвитку поширених та генералізованих форм герпетичної інфекції. Новонародженим за наявності контакту з хворим на герпетичну інфекцію вводять людський імуноглобулін. Уведення вбитої герпетичної вакцини дає протигерпетичний імунітет за хронічного перебігу хвороби. Для профілактики генералізації процесу використовують імуноглобулін. Профілактичних заходів в осередку інфекції не проводять.

ГЕРПЕС ОПЕРІЗУВАЛЬНИЙ

Оперізувальний герпес – гостре інфекційне захворювання, яке спричиняється фільтрівним вірусом вітряної віспи, характеризується запаленням вузлів міжхребцевих або черевних нервів та проявляється везикульозним висипом на шкірі за ходом нервів і симптомами інтоксикації.

Збудник герпесу оперізувального – достатньо великий вірус вітряної віспи-зостер. **Джерелом** інфекції є людина. Діти віком до 10 років хворіють рідко. Відомі випадки, коли хворі на оперізувальний герпес стають джерелом вітряної віспи для дітей, діти, хворі на вітряну віспу, можуть бути джерелом оперізувального герпесу для дорослих та дітей старшого віку. Шлях передачі – повітряно-крапельний, контагіозність нижча, ніж вітряної віспи. Захворювання виникає частіше в холодний період року і характеризується спорадичністю. Вірус оперізувального герпесу уражає центральну та периферичну нервову систему. **Вхідними воротами** є шкіра та верхні дихальні шляхи.

Клініка. Інкубаційний період триває 7-14-21 день, іноді кілька років (після вітряної віспи). Початок захворювання гострий: спостерігаються підвищення температури тіла, головний біль, біль у м'язах та суглобах, свербіння шкіри, печіння та біль за ходом уражених нервів. Найчастіше уражається шкіра за ходом міжреберних нервів та трійчастого нерва з одного боку. Згодом на шкірі з'являються плями рожевого кольору, на яких через добу утворюються групи пухирців (везикули) розміром до 0,3-0,5 см, деякі пухирці зливаються. Через декілька днів вміст пухирців стає каламутним, шкіра пухирців починає підсихати з утворенням кірочок, які відпадають, залишається легка пігментація. Можливі повторні висипання, що дає поліморфізм висипу.



У разі рецидивуючого перебігу обов'язково слід проводити корекцію імунітету, проводити вітамінотерапію та десенсибілізуючу терапію. Прогноз сприятливий. Специфічної профілактики проти вірусу герпесу не розроблено.

Діти, хворі на оперізувальний герпес, небезпечні для дітей, які не хворіли на вітряну віспу, але їх контагіозність невелика. Хворих необхідно ізолювати терміном до 5 днів після останнього висипання. Контактні особи підлягають ізоляції з 11-го до 21-го дня контакту.

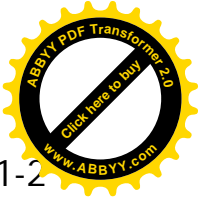
ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Інфекційний мононуклеоз – гостре гарячкове захворювання, що характеризується поліаденітом, переважно припуханням шийних лімфовузлів, збільшенням селезінки і печінки, тонзилітом з нальотами та змінами клітинного складу крові і появою атипівних мононуклеарів (віроцитів).

Збудник цієї хвороби – вірус герпесу людини типу 4 (вірус Епштейна–Барра). Цей вірус належить до родини вірусів герпесу. Відрізняється від інших вірусів цієї родини здатністю викликати не цитоліз, а розмноження уражених клітин – β -лімфоцитів. Вірус здатний до тривалої персистенції в них. У країнах із помірним кліматом він спричиняє інфекційний мононуклеоз, в умовах тропіків – лімфому Беркітта, а в Китаї – назофарингеальну карциному.

Інфекційний мононуклеоз зустрічається в усіх країнах світу. Останніми роками спостерігається ріст захворюваності, що, можливо, пов'язано із збільшенням випадків інфекційного мононуклеозу, а також із поліпшенням методів його діагностики. Контагіозний індекс при інфекційному мононуклеозі не встановлений. Захворювання частіше реєструється у вигляді спорадичних випадків.

Джерелом інфекції є хворий на інфекційний мононуклеоз (особливо зі стертою, абортивною і латентною формами), а також, можливо, здорова людина – вірусоносії. **Механізм передачі** інфекції – повітряно-крапельний і контактний. Допускається можливість водно-харчового механізму передачі інфекції та через предмети домашнього вжитку. **Вхідними воротами** є слизова оболонка ротової порожнини, горла, верхніх дихальних шляхів. Доказами цього є можливість виявлення вірусу у виділеннях носа, глотки слини. Стійкість імунітету після перенесеного інфекційного мононуклеозу підтверджується відсутністю повторних захворювань.



Клініка. Інкубаційний період триває від декількох днів до 1-2 місяців. Хвороба може мати як типовий, так і атипичний (стерта і безсимптомна форми) перебіг. Її початок звичайно гострий, з високою температурою тіла (38-40°C). Хворі скаржаться на загальну слабкість, головний біль, біль у м'язах і суглобах. Гарячка неправильного типу триває 1-3 тижні і довше. З перших днів хворі скаржаться на біль під час ковтання, розвиваються симптоми тонзиліту – від катарального до некротично-виразкового з утворенням фібринових плівок. У зв'язку з ураженням піднебінних і носоглоткових мигдаликів виникає закладення носа, утруднення носового дихання, сиплий голос. Типовим є поліаденіт – збільшення всіх груп лімфовузлів, особливо задньошийних і підщелепних. У кожного 4-го хворого з'являється екзантема, характер якої і терміни появи різні. Висип може бути кіро- або скарлатиноподібний, уртикарним, геморагічним, триває 1-3 дні.

У дітей 1-го року життя інфекційний мононуклеоз має клінічні особливості. Перебіг хвороби сприятливий. Рецидивів і хронічного перебігу інфекційного мононуклеозу в дітей не буває.

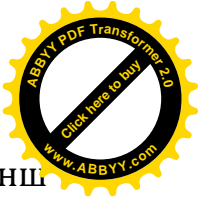
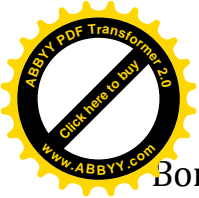
Профілактика. Хворих госпіталізують в інфекційне відділення або ізолюють вдома. Спеціальні профілактичні заходи не проводять. Медичне спостереження за контактними особами в епідемічному осередку здійснюють протягом 20 днів. Деякі епідеміологи радять робити заключну дезінфекцію в осередку інфекції, але ефективність її не доведено.

МЕНІНГОКОКОВА ІНФЕКЦІЯ

Менінгококова інфекція – антропонозна гостра хвороба з групи інфекцій дихальних шляхів. Спричиняється менінгококком і характеризується клінічним поліморфізмом: від назофарингіту і простого носійства до генералізованих форм – гнійного менінгіту, менінгоенцефаліту, менінгококцемії.

Збудник менінгококової інфекції – менінгокок. Менінгококи досить чутливі до несприятливих чинників зовнішнього середовища – поза людським організмом гинуть через 30 хвилин. До менінгококової інфекції сприятливі тільки люди.

Джерелом інфекції є хвора людина і здорові носії. В епідеміологічному відношенні найбільш небезпечні особи з менінгококовим назофарингітом.

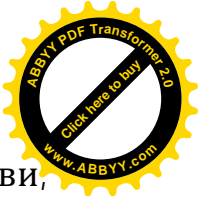
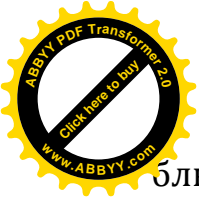


Вони виділяють менінгококи протягом 3-4 тижнів. Здорові носії менш небезпечні, однак вони у багато разів перевищують число хворих. Здорове носійство зустрічається в основному в осіб із хронічними запальними процесами носоглотки. **Механізм передачі** інфекції – повітряно-крапельний. Виділенню збудника сприяє кашель, чхання, нежить. Сприйнятливість до менінгокока невисока. Спостерігається родинна схильність до менінгококової інфекції. **Вхідними воротами** інфекції є слизові оболонки носоглотки.

Клініка. Клінічні прояви менінгококової інфекції різноманітні. Інкубаційний період триває від 2 до 20 днів, але його не завжди можна визначити, оскільки захворювання нерідко виникає у дітей, котрі були в контакті з носіями інфекції. Початок **назофарингіту** гострий. Температура тіла може бути нормальною, субфебрильною, фебрильною. Гарячка триває 1-3 дні. Дитина скаржиться на головний біль, першіння і біль у горлі, закладення носа. Відзначаються млявість, адинамія, блідість. Діагностувати менінгококовий назофарингіт на підставі клінічної картини практично неможливо. Допомагають епідеміологічна ситуація і бактеріологічне дослідження слизу з носа і глотки. Назофарингіт часто буває продромальним періодом генералізованих форм хвороби. Тому в осередку менінгококової інфекції необхідно негайно оглянути всіх контактних осіб, провести в їх лабораторне обстеження, ізолювати дітей з проявами назофарингіту і призначити їм лікування.

Менінгококцемія (менінгококова бактеріємія, менінгококовий сепсис) – клінічна форма менінгококової інфекції, за якої можуть уражатися різні органи: суглоби, очі, легені, нирки, надниркові залози. Менінгококцемія розпочинається раптово з підвищення температури тіла. Гарячка досягає 38-39°C. Одночасно виникають інші ознаки інтоксикації: загальна слабкість, головний біль, біль у м'язах спини та кінцівок, спрага, блідість. Через 4–6 години з'являється висип геморагічного характеру, який локалізується переважно на сідницях, стегнах, гомілках, тулубі. Згодом у центрі елементів висипу з'являється поверхневий і більш глибокий некроз. У подальшому некротичні маси відторгаються з утворенням рубців. За тяжких форм захворювання порушується свідомість, з'являються судоми.

Менінгококовий менінгіт розпочинається також раптово: підвищується температура тіла до 39–40°C, з'являються головний біль,



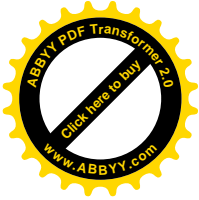
блювання без нудоти. Головний біль посилюється при поворотах голови, значних світлових і звукових подразниках. У більшості хворих спостерігається психомоторне збудження, котре періодично змінюється загальмованістю, сонливістю. Характерна загальна гіперестезія: навіть легкий дотик до хворого викликає неспокій і посилення больових відчуттів. У дітей раннього віку виникають судоми. Типова поза хворого: лежить на боці з відкинутою назад головою і приведеними до живота коліньми. Для діагностики менінгіту велике значення мають зміни в спинномозковій рідині.

Менінгококовий менінгоенцефаліт. Зустрічається переважно у дітей раннього віку. З перших днів домінує енцефалітична симптоматика: рухове збудження, порушення свідомості, судоми, ураження черепномозкових нервів. Перебіг захворювання особливо тяжкий з несприятливими наслідками.

Менінгококовий менінгіт і менінгококцемія. Це найпоширеніший варіант генералізованих форм менінгококової інфекції. У клінічній симптоматиці змішаних форм можуть домінувати як прояви менінгіту, менінгоенцефаліту, так і менінгококцемії. Тяжкість процесу зумовлена вираженою бактеріємією і значними змінами в центральній нервовій системі та інших органах і системах, що може призвести до несприятливого кінця захворювання.

Профілактика. Усі, хто захворів на менінгококову інфекцію, підлягають обов'язковій госпіталізації в спеціальних відділеннях лікарень. За наявності захворювань у дитячих колективах накладають карантин терміном на 10 днів. Тут щоденно проводять термометрію і огляд дітей за участю отоларинголога. Усі контактні особи підлягають бактеріологічному дослідженню слизу з носа і горла на менінгокок (дітей – 2 рази з інтервалом 3 дні, дорослих – 1 раз). Виявлених носіїв та хворих на назофарингіт ізолюють та лікують. Носіїв, котрі були виявлені в домашніх умовах, до дитячих закладів не допускаються. У контактних з ними осіб бактеріологічне обстеження не проводиться.

В осередку інфекції проводять поточну дезінфекцію: провітрювання, кварцове опромінення та вологе прибирання з використанням дезінфікуючих засобів. Заключну дезінфекцію не проводять. Специфічна профілактика відсутня.



ЛЕГІОНЕЛЬОЗ

Легіонельоз (захворювання легіонерів, пітсбургська пневмонія, понтіакська гарячка, легіонера-інфекція) – гостре інфекційне захворювання, що характеризується розвитком пневмонії та нерідко інфекційно-токсичного шоку, ураженням центральної нервової системи, травного тракту, нирок.

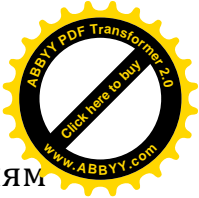
Захворювання отримало свою назву у зв'язку з епідемією пневмонії, що раптово спалахнула серед делегатів з'їзду організації «Американський легіон» і членів їх сімей 1976 року. Клінічно в усіх хворих паралельно з високою температурною реакцією виявилась пневмонія. Захворювання після широких епідемічних досліджень визначено як нове і отримало назву «хвороба легіонерів».

Збудник захворювання – легіонела, якій властива здатність розмножуватися поза організмом у природних умовах навколишнього середовища. Він стійкий у навколишньому середовищі. У рідині може зберігатися протягом 112 днів за температури 25°C та 150 днів за температури 4°C. Збудник високочутливий до стандартних розчинів хлораміну Б, формальдегіду, етилового спирту.

Природним резервуаром збудника є ґрунт. Мікроб виділяють із води рік та озер, пилу. **Передача інфекції** від людини до людини не помічена. Хворіють переважно особи середнього та похилого віку, частіше чоловіки, однак спостерігаються випадки легіонельозу і в дітей. Донині підтверджується єдиний шлях передачі інфекції – **аерогенний**.

Описані спалахи захворювання внаслідок вдихання найдрібніших краплинок інфікованої води з розпилювачів кондиціонерів та душових установок. Збудник легіонельозу через верхні дихальні шляхи потрапляє в організм, уражає бронхіоли та альвеоли. Імунітет виробляється у процесі захворювання.

Діагностика захворювання утруднена, особливо в ранні терміни хвороби, через подібність симптомів з іншими захворюваннями. Низка ознак, на основі яких можна запідозрити легіонелу, складається з визначення розвитку тяжкої пневмонії влітку, супутніх захворювань – цукровий діабет, застосування імунодепресантів, відсутність ураження верхніх дихальних шляхів, сухий кашель, порушення свідомості, діарея, відсутність ефекту лікування.



Специфічна **профілактика** легіонельозу з можливим використанням вакцин перебуває в стадії розробки. Карантинні заходи вважають недоцільними у зв'язку з тим, що немає певних відомостей про контагіозність інфекції та можливості передачі її від людини до людини. Серед заходів профілактики мають значення охорона джерел водопостачання, дезінфекція ванних приміщень, душових, контроль за кондиціонуванням повітря, водопровідною водою.

КАНДИДОЗНА ІНФЕКЦІЯ

Кандидозна інфекція (кандидоз) – захворювання, спричинене дріжджоподібними грибами роду *Candida*, з різноманітними клінічними проявами місцевого характеру (слизові оболонки, шкіра, нігтьові валики, нігті) та генералізованого з глибоким системним ураженням аж до розвитку септичних форм (кандидосепсис).

Збудник кандидозу – дріжджоподібні гриби, які ростуть в аеробних умовах, належать до патогенних мікроорганізмів. Вони добре переносять заморожування, у висушеному стані зберігають свою життєздатність декілька років, у разі кип'ятіння гинуть миттєво, звичайні дезінфікуючі розчини убивають їх протягом декількох хвилин.

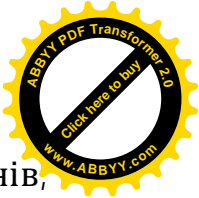
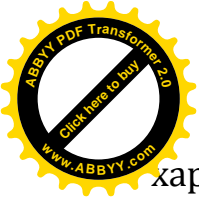
Кандидози надто поширені як серед людей, так і серед тварин. Дріжджоподібні гриби виявляють у повітрі, ґрунті, на овочах і фруктах, продуктах кондитерського виробництва.

Зараження відбувається тільки за несприятливих санітарних гігієнічних умов. Часто захворювання виникає в немовлят та дітей раннього віку, а також в ослаблених та виснажених дітей.

Джерелом інфекції є хворі на гострі форми кандидозу та носії. Сталість у виявленні грибів *Candida* на шкірі, слизових оболонках ротової порожнини та піхви, у сечі та калі.

Основний **шлях передачі інфекції** – контактний, рідко – краплинний та ще рідше – через інфіковані предмети. Новонароджені діти можуть інфікуватися внутрішньоутробно, під час пологів від матері з піхвовим кандидозом та кандидоносійством і після пологів, найчастіше через соски молочних залоз матері, руки персоналу, предмети побуту.

У розвитку захворювання відіграють роль чинники, що йому сприяють, – порушення обміну речовин, пов'язане з нераціональним



харчуванням, штучне харчування, дефіцит в організмі білків, вітамінів, імунодефіцитні стани, часті вірусні та бактеріальні інфекції. Грає роль порушення гігієнічного режиму. Особливо велике значення у розвитку кандидозу має тривале і безсимптомне застосування антибіотиків широкого спектра дії, гормональних препаратів, які пригнічують імуногенез. У більшості випадків захворювання у дітей розвивається як ендогенна інфекція, але можливий і екзогенний шлях інфікування.

Зі сприятливих чинників важливе значення має вік. Кандидози слизової оболонки ротової порожнини та шкіри частіше виявляються у немовлят і особливо недоношених дітей, що пояснюється квалістю загальних та місцевих захисних механізмів. Процес легко поширюється на сусідні тканини та органи, виникає генералізована кандидозна інфекція з ураженням внутрішніх органів. Захворювання на кандидоз дітей старшого віку зустрічається рідко. У виникненні захворювання поряд із несприятливими чинниками, пов'язаними з макроорганізмами, значну роль грають масивність інфікування і патогенність гриба.

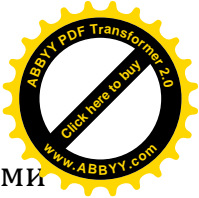
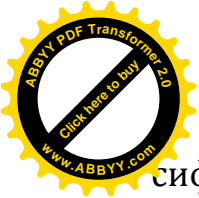
Профілактика. У системі профілактичних заходів мають значення виявлення та лікування кандидозу у вагітних жінок, які годують груддю, медичного персоналу, своєчасна ізоляція хворих. Суттєве значення мають гігієнічний догляд, раціональне харчування, зміцнення фізичного стану дітей, боротьба з поліпрогмазією та нераціональним застосуванням антибіотиків. Для профілактики кандидозної інфекції у разі тривалого лікування антибіотиками призначають леворин, ністатин, препарати йоду.

ХАРЧОВІ ТОКСИКОІНФЕКЦІЇ

Харчові токсикоінфекції – група гострих інфекційних хвороб, спричинених вживанням інфікованих продуктів харчування; характеризуються загальною інтоксикацією, порушенням водно-мінерального обміну, гастроентеритом.

Основні скарги: нудота, блювання, біль у надчеревній ділянці, головний біль, біль у м'язах, озноб, температура тіла 38-39°C, пронос (до 5-10 разів на добу).

Невідкладна допомога при харчовій токсикоінфекції включає: промивання шлунку через товстий зонд до чистих промивних вод 2% розчином натрію гідрокарбонату або 0,1% розчином калію перманганату;



сифонна клізма, сольові проносні, регідратація органічними розчинами (регідрон); дезінтоксикаційна терапія. У важких випадках вживають антибіотики, ферменти, утримання від їжі (24 год), дієта № 5.

Профілактика. Нагляд за санітарно-гігієнічним станом харчових підприємств, закладів громадського харчування, ринків. Ветеринарний нагляд за молочно-тваринницькими фермами, м'ясокомбінатами. Дотримання правил особистої гігієни.

ДИЗЕНТЕРІЯ БАКТЕРІАЛЬНА

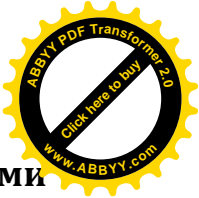
Дизентерія бактеріальна (шигельоз) – гостра інфекційна хвороба, що спричиняється бактеріями роду шигел, і характеризується ураженням слизової оболонки дистального відділу товстої кишки, загальною інтоксикацією, частою та болючою дефекацією, переймоподібним болем у животі, патологічними домішками у випорожненнях (слиз, кров та гній).

У нашій країні розрізняють 3 підгрупи шигел. Дизентерія – одна з найпоширеніших кишкових інфекцій. Вона є однією з найважливіших причин хвороби і смерті населення земної кулі в $\frac{3}{4}$ країн світу. Найчастіше на дизентерію хворіють діти від 2 до 5 років.

Резистентність шигел у навколишньому середовищі значна. Вони зберігаються у молоці та воді протягом 10 діб, готових харчових продуктах 5–6 днів, вологому ґрунті близько 40 днів, а в заморожених продуктах та льоду – близько 6 місяців. За температури 60°C шигели гинуть через 10 хвилин, а під час кип'ятіння – відразу.

Джерелом інфекції є хворі на дизентерію гострої форми (особливо у перші 3 дні захворювання) і значно менше – бактеріоносії. Особливо небезпечні хворі з легкими та субклінічними формами дизентерії у зв'язку з тим, що вони, як правило, не лікуються, не звертаються за допомогою до лікувальних закладів і не ізолюються.

Дизентерія – хвороба з **фекально-оральним механізмом передачі** інфекції. Інфекція передається через забруднені руки, продукти, питну воду, її переносниками можуть бути мухи, тому виділяють **харчовий, водний шляхи** зараження.



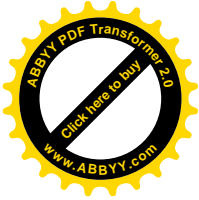
Зараження на дизентерію відбувається тільки через рот, **вхідними воротами** є травний тракт. Велике значення має інфекційна доза, яка впливає на тривалість інкубаційного періоду і тяжкість хвороби. У розвитку інфекційного процесу мають значення стан макроорганізму, місцеві захисні функції травного тракту, а також загальний імунітет.

Клініка. Інкубаційний період дизентерії коливається від 1 до 7 днів (у середньому 2-3 дні). Виділяють гостру (до 1 місяця), затяжну (від 1,5 до 3 місяців) та хронічну форми дизентерії (понад 3 місяці). Виділяють атипичну форму дизентерії: стерта або диспепсична та безсимптомна (латентна).

Типова форма хвороби розпочинається гостро, раптово. Основні симптоми – загальна інтоксикація та кишкові розлади. Температура тіла помірно підвищується до 38-39°C, розпочинається нудота, одноразове чи повторне блювання. Діти неспокійні, скаржаться на біль у животі. Випорожнення часті, кал рідкий, зеленуватий із домішками слизу різної кількості, іноді крові. Часто перед кожним позивом до випорожнень виникають тенезми (переймистий біль у прямій кишці). Клінічні прояви дизентерії пов'язані з видом збудника. Для діагностики дизентерії має велике значення бактеріологічне дослідження фекалій.

Прогноз при дизентерії сприятливий, іноді можливе формування хронічної форми. Діти раннього віку можуть померати за умови розвитку ускладнень (пневмонія тощо).

Профілактика. Важливе значення має рання діагностика та ізоляція хворого вдома чи в стаціонарі (якщо фіксують тяжкі форми у дітей перших двох років життя із закритих дитячих закладів, дизентерії з ускладненнями). За перехворілими встановлюється спостереження у кабінетах інфекційних хвороб зі щомісячним лікарським оглядом і бактеріологічним обстеженням випорожнень протягом 3-6 місяців. В осередку інфекції необхідно забезпечити поточну дезінфекцію, заключна дезінфекція проводиться санепідстанцією у разі госпіталізації хворого. Контактні особи підлягають спостереженню протягом 7 днів та бактеріологічному обстеженню випорожнень. Важливе значення мають загальні санітарні заходи (гігієна водопостачання, санітарний стан об'єктів громадського харчування, виховання у дітей гігієнічних звичок і т.д.). Специфічну профілактику не розроблено.



САЛЬМОНЕЛЬОЗ

Сальмонельоз – це інфекційне захворювання людини і тварин, яке зумовлене бактеріями роду сальмонел, передається у більшості випадків через харчові продукти, супроводжується ураженням травного тракту, рідше інших органів і систем. Характеризується клінічним поліморфізмом – від здорового носійства до тяжких генералізованих, септичних та тифоподібних форм.

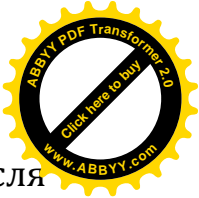
Мікроби достатньо стійкі в навколишньому середовищі. Низьку температуру сальмонели переносять добре. За температури 85°C зберігаються до 1 год, за кімнатної температури – до 80 днів, у випорожненнях хворих – до 4 років. У ґрунті, воді, харчових продуктах живуть довго і навіть розмножуються (особливо у м'ясі, вершковому маслі, молоці).

Основним **джерелом** інфекції є тварини, м'ясо, яких використовують для виготовлення їжі для дітей. Крім того, останнім часом, особливо для дітей раннього віку, основною епідеміологічною небезпекою є хвора людина та носії сальмонельозу.

Головний **шлях передачі** – **аліментарний**, а харчові продукти (м'ясні, молочні, яйця, риба) є важливим чинником поширення сальмонельозів. У дітей раннього віку головним є **контактно-побутовий** шлях: через забруднені руки персоналу та матері, а також через різні інфіковані речі (посуд, білизна, іграшки, рушники тощо). Описано спалахи сальмонельозу, що виникають через воду. Останніми роками значно зросла кількість захворювань серед дітей 1-го року життя, особливо внутрішньолікарняного зараження (відділення для новонароджених, пологові будинки тощо).

У розвитку сальмонельозу провідну роль відіграє патогенний збудник, який потрапляє до травного тракту, де руйнується, таким чином звільняючи значну кількість ендотоксину. Цей токсин сприяє розвитку ендотоксичного шоку, а його місцевий вплив дає судинні порушення, цитотоксичні зміни з розвитком запалення.

Клініка. Інкубаційний період триває від 2-3 годин (у разі аліментарного шляху передачі) до 5-7 діб (у разі контактно-побутового шляху). Клінічні прояви сальмонельозу характеризуються надзвичайним поліморфізмом, серед яких основні: озноб, підвищення температури тіла до 38-39°C, головний біль, слабкість, запаморочення, біль у надчеревній



ділянці і біля пупка, повторне блювання, яке забарвлене жовчю, після блювання з'являється пронос. Більшість клініцистів розрізняють шлунково-кишкову, тифоподібну, септичну, грипоподібну, стерту та безсимптомну форми сальмонельозу; гостру (до 1 місяця) і затяжну (до 1-3 місяців) форми.

Профілактика сальмонельозу типу харчової токсикоінфекції полягає в кулінарній обробці та суворому санітарному нагляду за зберіганням, транспортуванням та вживанням м'яса, м'ясних продуктів, риби і рибних страв, яєць. Основні заходи щодо запобігання сальмонельозу в дитячих стаціонарах – це бактеріологічне обстеження дітей і матерів у відділенні, особливо з дисфункцією кишечника.

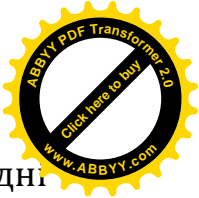
Госпіталізація дітей із сальмонельозом обов'язкова за середньоважких і тяжких форм, 1-го року життя та ослаблених, у разі неспроможності забезпечити протиепідемічні заходи в осередку. Диспансерний нагляд за тими, хто перехворів, проводиться протягом 3 місяців (клінічний огляд, бактеріологічне дослідження випорожнень) у кабінеті інфекційних хвороб при дитячих поліклініках.

БОТУЛІЗМ

Ботулізм – це гостра інфекційна хвороба, що належить до групи харчових токсикоінфекцій і спричиняється токсином палички ботулізму. Характеризується переважним ураженням центральної та вегетативної нервової системи. Розрізняють 3 принципово різні форми хвороби: харчовий, рановий ботулізм і ботулізм грудних дітей і новонароджених.

Харчовий ботулізм розвивається після вживання в їжу продуктів, що містять токсини бактерій: ковбаса, консерви, солена риба тощо. Дві інші форми ботулізму зустрічаються вкрай рідко; спричиняються токсином, який продукується збудником в інфікованих ранах, травному тракті дітей грудного віку.

Збудником ботулізму є паличка – це класичний спороутворюючий анаероб. Вегетативні форми збудника нестійкі до чинників навколишнього середовища, за температури 60°C швидко гинуть, але спори витримують кип'ятіння протягом 3-5 годин. Грунт є звичайним середовищем мешкання палички ботулізму. За сприятливих умов спори ботулізму проростають і виділяють токсин. Токсин є найсильнішою нейротропною отрутою.



Основним **джерелом** інфекції є тварини, переважно травоядні (корови, кози тощо). Збудник ботулізму у великій кількості виділяється у навколишнє середовище, де утворює спори, які можуть зберігатися у ґрунті роками. Із ґрунту спори можуть потрапляти в харчові продукти.

Інфікування харчових продуктів може відбуватися внаслідок порушення правил обробки туші тварин і риб. За сприятливих умов (відсутність доступу повітря, порушення температурного режиму зберігання) відбувається проростання спор і накопичення токсину. Крім м'ясних продуктів джерелом інфекції можуть бути різні овочеві консерви, приготовлені в домашніх умовах. Ботулізм від людини до людини не передається.

Ботулінічний токсин, який потрапив у травний тракт людини з забрудненими харчовими продуктами, швидко всмоктується і фіксується нервовими закінченнями рухових нервів.

Клініка. Інкубаційний період триває від 2-5 годин до 10 діб. Його тривалість залежить від дози токсину, наявності живих мікробів у їжі і чутливості організму. Хвороба починається гостро. Першими симптомами захворювання є бульбарні розлади і порушення зору. Хворі відчувають туман чи сітку перед очима, подвоєння предметів. Зіниці різко і стійко розширені. Реакція на світло слабка чи повністю відсутня. Поряд із цими симптомами з'являється порушення ковтання, осиплість голосу. Характерними проявами, які спостерігаються у розпалі хвороби, є симптоми, пов'язані з ураженням вегетативної нервової системи: сухість слизової оболонки ротової порожнини, зниження потовиділення, сечовиділення, слезовиділення, парез кишечника, закрепи, застійні явища в шлунку. У разі прогресуючого перебігу хвороби може виникнути повний парез дихальних м'язів, зупинка дихання. Втягнення до процесу мотонейронів шийних і грудних відділів спинного мозку може призвести до появи парезів і паралічів скелетних м'язів. Хворий втрачає здатність ходити і самостійно їсти, підняти руку, ногу. Тримати прямо голову через м'язову слабкість. Хворі неспокійні, відчувають почуття страху, а в подальшому стають апатичними, сонливими, байдужими.

Профілактика. Основними засобами профілактики ботулізму є суворе дотримання санітарно-гігієнічних норм та правил під час виготовлення, транспортування, зберігання продуктів харчування (консервів, ковбас, солоної та копченої їжі), санітарний контроль за



приготуванням та зберіганням консервованих продуктів. Важливо охороняти продукти від забруднення ґрунтом.

Під час спалахів ботулізму всім особам, які вживали підозрілі продукти, проводять промивання шлунка та кишок, з профілактичною метою вводять протиботулінічну сироватку. За такими особами встановлюють медичне спостереження протягом 10-12 днів. Підозрілі продукти вилучаються з використання.

ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ

Вірусні гепатити – це інфекційне захворювання, пов'язане з ураженням печінки та розладом обміну речовин, і яке спричиняється вірусами А, В, С, D, Е і має ентеральний та парентеральний шляхи передачі. Нині розрізняють ще маловивчені віруси гепатиту F і G.

ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ А

Вірусний гепатит А – гостре інфекційне захворювання, що характеризується незначними проявами інтоксикації, порушеннями функції печінки, що швидко минають, та доброякісним прогнозом.

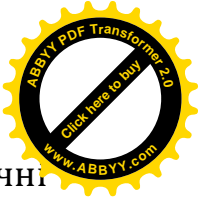
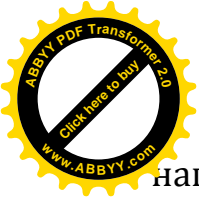
Збудником захворювання є вірус гепатиту А. Вірус характеризується стійкістю: зберігається кілька років за температури + 4°C. Інактивується за температури 100°C протягом 20 хвилин, хлораміном, УФО.

Джерелом інфекції є хвора людина, значною небезпекою є стерті, інапарантні та безжовтяничні форми захворювання. Вірус міститься у крові, фекаліях та сечі. Найбільша контагіозність спостерігається у переджовтяничний період.

Шлях передачі – контактно-побутовий. Сприйнятливість дітей до вірусу достатньо висока, на них припадає 70–80% усіх випадків вірусного гепатиту. Відомі спалахи захворювання в дитячих закладах. Носійство вірусу гепатиту А не встановлено.

Клініка. Інкубаційний період триває 10–45 днів (у середньому 15–30 днів), клінічні прояви хвороби відсутні, з крові можна виділити вірус.

Продромальний (переджовтяничний) період: захворювання починається гостро, температура тіла підвищується до 38-39°C, з'являються симптоми інтоксикації: слабкість, головний біль, нудота, блювання, нездужання. Іноді відмічається тупий, гострий чи



нападоподібний біль у животі, тяжкість у правому підребер'ї, незначні катаральні явища (нежить, гіперемія зіва). Діти вередливі, сон порушений. Можливі диспепсичні розлади (закреп чи пронос). Наприкінці переджовтяничного періоду з'являється потемніння сечі та знебарвлення калу, а також жовтяниця склер, слизових оболонок ротової порожнини.

Профілактика. Госпіталізують хворих в інфекційне відділення (обов'язковий режим поточної дезінфекції). Після госпіталізації в осередку необхідно обов'язково провести заключну дезінфекцію силами працівників санепідстанції. Усі контактні підлягають медичному спостереженню протягом 35 днів.

У дитячому закладі з появою хвороби встановлюють карантин на 35 днів (забороняється приймати нових дітей та переводити контактних в інші групи чи заклади). Для профілактики вірусного гепатиту А велике значення має також гігієнічне виховання дітей (особливо раннього віку). Щеплення проти вірусного гепатиту А в Україні поки що не введено.

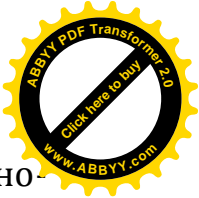
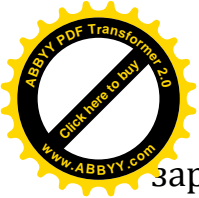
ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В

Вірусний гепатит В – гостре або хронічне захворювання, що нерідко дає дуже тяжкі та злоякісні форми, характеризується повільним розвитком, тривалим перебігом та можливим переходом у хронічний гепатит, цироз печінки.

Вірус гепатиту В спочатку мав назву «австралійський» антиген, пізніше стала відома його частка – «частка Дейна». Вірус гепатиту В характеризується великою стійкістю: витримує кип'ятіння до 30 хвилин, ефір та формалін.

Джерелом інфекції є хворі на гострий та хронічний гепатит, а також так звані здорові носії антигену вірусу гепатиту В. Вірус гепатиту В з'являється у крові хворого задовго до появи клінічних симптомів та виявляється протягом усього гострого періоду захворювання та реконвалесценції. Вірус міститься також у слині, сечі; у фекаліях він не виявляється.

Шлях передачі вірусу – парентеральний. Зараження виникає внаслідок переливання плазми, крові, фібриногену, еритромаси, імуноглобулінів, маніпуляцій (голки, шприци, хірургічні операції тощо). Встановлено можливість трансплацентарної передачі вірусу В, а також



зараження під час пологів. Значення орально-фекального та контактнo-побутового шліхів передачі обмежене.

Після вірусного гепатиту В формується стійкий імунітет, повторне захворювання слід розглядати як загострення хронічного вірусного гепатиту В або зараження іншим вірусом. Збудник потрапляє в організм парентерально і з течією крові заноситься в печінку.

Клініка. Інкубаційний період вірусного гепатиту В триває 6-26 тижнів (у середньому 13-16 тижнів). Захворювання розвивається поступово: слабкість, в'ялість, хворі швидко втомлюються, знижується працездатність, втрачається апетит, іноді підвищується температура тіла. Нерідко такі симптоми проявляються слабо, і початок хвороби характеризується темною сечею та жовтяницею, кал знебарвлений. У деяких хворих з перших днів спостерігається нудота, повторне блювання, сонливість, часто диспепсичні явища, свербіння шкіри.

У разі інфікування дитини під час пологів клінічні ознаки гепатиту з'являються на 2-3-му місяці життя. Перебіг хвороби тяжкий з розвитком злоякісної форми.

Профілактика. Зниженню захворюваності на вірусний гепатит В сприяють:

- 1) обов'язкове дослідження донорів на вірус гепатиту В;
- 2) заборона гемотрансфузій та застосування препаратів крові, не маркованих на вірус гепатиту В;
- 3) перехід до використання лише одноразового інструментарію (шприци, голки тощо);
- 4) підвищення рівня санітарної культури дітей.

Існує специфічна профілактика вірусного гепатит В. Активну імунізацію вакциною проти вірусного гепатиту В проводять новонародженим. Можливе використання комбінації імуноглобуліну з вакциною. Схеми та дози препаратів приводяться у відповідних інструкціях.

Діти, які народились від жінок, хворих на гострий та хронічний вірусний гепатит В, або носії австалійського антигену підлягають диспансерному спостереженню протягом 12 місяців (клінічне обстеження у 2, 3, 6 та 12 місяців і дослідження крові на австалійський антиген).



ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ С ТА Е

Використання високочутливих методів діагностики гепатиту А та В дозволило довести наявність вірусного гепатиту іншої етіології: гепатит з орально-фекальним шляхом передачі клінічно подібний вірусному гепатиту А та гепатит з парентеральним механізмом зараження, схожий з гепатитом В. Такі гепатити серед дітей складають 10-20% усіх випадків захворювання.

Вірусний гепатит С – гостре інфекційне захворювання, пов'язане з вірусом, який передається перентеральним шляхом, клінічно нагадує вірусний гепатит В, іноді буває безсимптомним. У 20-50 випадків формується хронічна форма. Хронічні форми як наслідок вірусному гепатиту С – це хронічний гепатит, цироз печінки, гепатоцелюлярна карцинома з їх типовими клінічними проявами.

Диспансерне спостереження як у хворих на вірусний гепатит В. Необхідно пам'ятати про можливість розвитку хронічних уражень печінки в реконвалесцентів, що потребує необхідних заходів.

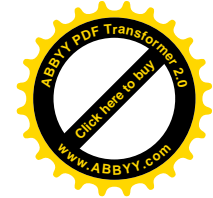
Вірусний гепатит Е – гостре інфекційне захворювання пов'язане з вірусом, який передається водним шляхом, характеризується епідемічним поширенням, нерідко тяжким перебігом. Перебіг хвороби в дітей частіше сприятливий, залишкові явища та хронічні форми не розвиваються.

ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ D (ДЕЛЬТА-ІНФЕКЦІЯ)

Вірусний гепатит дельта – гостре або хронічне ураження печінки, пов'язане з дефектним вірусом без оболонки, що містить РНК і який для свого існування потребує вірус гепатиту В.

Дельта-інфекція досить поширена, **джерелом інфекції** є хворі на вірусний гепатит В та носії, інфіковані дельта-вірусом.

Передача здійснюється через кров та її препарати, іноді контактно-побутовим шляхом. Відомі випадки трансплацентарної передачі дельта-інфекції (від матері плоду). Профілактика дельта-інфекції така, як при вірусному гепатиті В. Специфічну профілактику вірусних гепатитів Е, С, D не розроблено.



ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ/СНІД

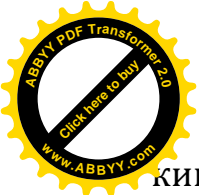
Більше ніж 20 років тому людство вперше ідентифікувало новий вірус, який був причиною невідомого раніше захворювання, що блискавично поширювалося. Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його збудник – вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) за цей час є чи не найбільш вивченим як з медичної, так і з біологічної точок зору. Однак, і нині незважаючи на успіхи у вивченні вірусу, наявність великої кількості інформації з цього питання та велетенських обсягів фінансування досліджень, ми ще недостатньо знаємо, як зупинити епідемію та навчитися лікувати й попереджувати СНІД. За цей короткий проміжок часу епідемія СНІДу на планеті зайняла четверте місце в переліку катастроф, яких зазнало людство за всю свою історію.

З 90-х років минулого сторіччя поширення ВІЛ/СНІДу у світі набуло особливо загрозливого характеру – пандемії. За темпами розвитку епідемії (швидкістю поширення ВІЛ-інфекції) наша країна займає одне з перших місць у Східній Європі. Аналізуючи особливості розвитку і поширення пандемії ВІЛ/Сніду, слід звернути увагу на потенційно найбільш уразливу та сприйнятливую вікову категорію населення – молодь у віці 12-20 років. Реальну загрозу для суспільства становить вихід епідемії ВІЛ/СНІДу за межі груп ризику. Масштаби захворюваності, швидкість поширення, висока смертність, дискримінація ВІЛ-інфікованих людей – все це породжує особливу соціально-економічну ситуацію у суспільстві.

ВІЛ-інфекція викликає прогресуючу втрату функцій імунної системи, яка супроводжується розвитком опортуністичних інфекцій та онкологічних захворювань – синдром набутого імунодефіциту (СНІД).

ВІЛ-інфекція, або СНІД, – вірусне захворювання, для якого типовим є особливе ураження Т-системи імунітету і феномен імунної недостатності. Воно характеризується поліаденітом, інтоксикацією, розвитком вторинних захворювань, які спричиняються частіше умовно-патогенними мікробами, і новоутворень.

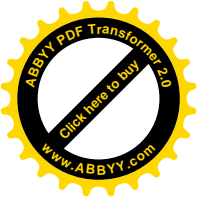
Збудником ВІЛ-інфекції є лімфоаденопатичний вірус, або вірус імунодефіциту людини (**імунодефіцит** – це стан імунної системи, при якому спостерігають недостатність функції одного або декількох елементів імунної системи), який належить до родини ретровірусів. ВІЛ чутливий до хімічних та фізичних впливів, швидко руйнується у разі нагрівання до температури понад 50°C, майже миттєво гине в разі



кип'ятіння. На ВІЛ згубно діють спирт, ацетон, ефір, натріюгідрохлорид та інші засоби дезінфекції, які звичайно використовуються у практиці. На поверхні шкіри вірус швидко руйнується під дією ферментів організму і бактерій. ВІЛ мало чутливий до іонізуючої радіації та ультрафіолетового випромінювання. Препарати крові (імуноглобуліни, альбумін, суха плазма) не містять ВІЛ, тому що під час їх приготування вірус гине.

Існують різні **шляхи поширення** хвороби серед дітей. Можливо внутрішньоматкове зараження (передача вірусу відбувається через плаценту – «вертикально») або через вагінальні шляхи – «горизонтально» (від жінок, інфікованих ВІЛ). Можливість зараження плоду від таких жінок складає 50–70%. ВІЛ може виділятися з грудним молоком (особливо за умови зараження матері після народження дитини). Можлива також трансфузійна передача ВІЛ (переливання крові, її компонентів) у дітей з гемофілією. Одним із шляхів зараження є передача ВІЛ через забруднені кров'ю шприци, голки, скарифікатори та руки медперсоналу. Сліди вірусу в заражених осіб виявляють у слині та сльозах. Але в цих рідинах вірусу дуже мало. Тривалі спостереження за родинами, в яких виявлялися заражені ВІЛ, показали, що ні користування одним посудом, ні спальні предмети, ні сон в одному ліжку з вірусоносієм не сприяють зараженню. Можливість заразитися під час поцілунків та укусів низька (з непошкодженої шкіри та слизових оболонок вірус не може проникнути в лімфоцити). Можна заразитися через предмети, на яких залишається заражена кров (шприци і голки наркоманів, голки для акупунктури, стоматологічні, зубопротезні, оториноларингологічні інструменти), коли контроль за знезараженням інструментарію не завжди достатній і виявляються мікротравми шкіри або слизових оболонок. При цьому не всі контактні заражуються і хворіють, що пов'язано з різною сприйнятливістю людей до ВІЛ. Останніми роками значне місце серед захворювання на ВІЛ-інфекцію належить наркоманам.

ВІЛ потрапляє до організму людини через мікротравми шкіри чи слизових оболонок, внаслідок чого відбувається зараження. До вірусу дуже чутливі лімфоцити з антигенною формулою CD4+, моноцити, макрофаги. Знаходячись у клітині, вірус на ДНК проникає в хромосоми, переходячи в провірус, який тривалий час залишається в неактивному стані. Таким чином, від початку зараження ВІЛ до появи клінічних ознак ВІЛ-інфекції (СНІДу) минає значний час.



Клініка. Інкубаційний період триває від 2–4 тижнів до 10 років. Так, у разі трансплацентарного зараження дітей перші ознаки хвороби з'являються на 1–7-му місяці життя, а в разі трансфузійної передачі збудника – через 1–12 місяців. У перебігу хвороби розрізняють декілька стадій: гостра інфекція, прихована фаза, преСНІД і СНІД.

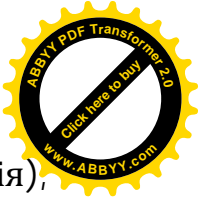
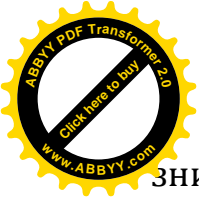
Стадія гострої інфекції виникає на 2–4-му тижні після інфікування, починається з підвищення температури тіла (до 1–2 тижнів), пітливості, загальної слабкості, порушень сну, проносу, еритематозного висипу на шкірі. Однак основним симптомом є збільшення лімфовузлів (лімфаденопатія) частіше у двох-трьох групах.

Прихована фаза характеризується зникненням більшості симптомів і хворий почуває себе задовільно. При цьому залишаються збільшеними лімфовузли. Наявність більш ніж одного збільшення лімфовузла у двох і більше анатомічних ділянках протягом 1,5 місяця і більше є підозрою на ВІЛ-інфекцію.

Перехід у другий період – **преСНІД** починається з підвищення температури тіла (гарячка тривала або переміжна), значної пітливості, яка спостерігається і за нормальної температури тіла. З'являється постійний пронос, зменшується маса тіла на 10-15%, виражена слабкість, озноб, апетит знижений, кашель. На шкірі з'являються фурункули, на слизовій оболонці ротової порожнини і на статевих органах – виразки, простий герпес та молочниця на слизових оболонках, оперізувальний лишай. У дітей старшого віку помітно різке схуднення, розвиваються артрит, міалгія, різноманітний висип на шкірі, часті кровотечі (носові), іноді збільшення привушних залоз, збільшення печінки та селезінки. У крові зменшується кількість еритроцитів, лейкоцитів і тромбоцитів.

Розгорнута клінічна картина СНІДу починається з розвитком інфекційних процесів, які спричиняються умовно-патогенними мікробами: пневмонія, грибові ураження кишок, легень, порушення функції центральної нервової системи (енцефалопатія, зниження інтелекту, гіпертонус м'язів) та інші ознаки хвороби.

Таким чином, **основні клінічні ознаки СНІДу** в дітей: тривале збільшення лімфовузлів у декількох анатомічних ділянках, значне схуднення (до 10% маси) та сповільнення росту, пронос і гарячка понад місяць; поява тяжких опортуністичних інфекцій у подальшому як наслідок

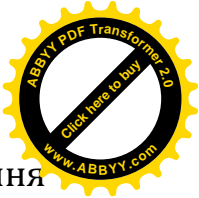


зниження імунітету, зміни шкіри (кандидоз, висипи, стафілококодермія), збільшення печінки та селезінки, ідіопатична енцефалопатія, нічна пітливість, анорексія характеризують тяжкість патологічного процесу.

Для встановлення діагнозу проводять дослідження сироватки крові на антитіла до ВІЛ (антитіла з'являються через 3–4 тижні – 3 місяці після зараження) за допомогою імуноферментного методу (дослідження повторне) з обов'язковим імуноблоттингом (наявність антитіл до компонентів вірусу). У дітей 1-го року життя антитіла з'являються лише через 4 місяці від початку хвороби. Розроблено також реакції радіоімунопреципітації, прямої та непрямой імунофлюоресценції. Розроблено метод діагностики ВІЛ-інфекції за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Досліджується стан імунітету: кількість Т-лімфоцитів, відношення Т-хелперів і Т-супресорів, рівень імуноглобулінів тощо. Важливе значення має також епіданамнез (діти наркоманів, наркомани, ті, що часто хворіють і отримують препарати крові).

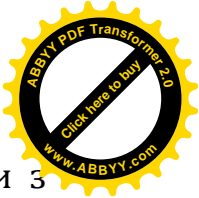
Профілактика. Основна профілактика ВІЛ-інфекції у дітей – це профілактика цієї хвороби в дорослих. Гомосексуалізм, наркоманія, сексуальна розбещеність, нарешті, необережність, цікавість, просто дурість та інші людські слабкості призвели до сучасного стану поширення цієї хвороби. ВІЛ-інфікована дитина не є небезпечною в житті, тому її можна допускати в дитячі колективи.

Методів специфічної профілактики СНІДу не існує. Великі надії покладаються на розробку вакцини, однак це пов'язано зі значними труднощами, викликаними особливостями імунної відповіді організму в разі взаємодії його з вірусом імунодефіциту. ВІЛ має здатність до високої генетичної мінливості та добре пристосовується. У зв'язку з цим дедалі більшої актуальності набуває розробка комплексу **неспецифічних профілактичних заходів**, спрямованих на обмеження або попередження циркуляції патогенних для людини мікроорганізмів у навколишньому середовищі. Розв'язанням цих питань займається **санітарна медицина** – галузь медицини, тісно пов'язана з гігієною, мікробіологією та вірусологією.



В умовах відсутності спеціальних засобів профілактики і лікування дуже важливе значення мають заходи неспецифічної профілактики СНІДу такі, як:

- санітарно-освітня робота, в процесі якої слід інформувати населення про шляхи і фактори поширення інфекції, основні ознаки хвороби, підвищення грамотності населення щодо небезпеки СНІДу;
- пропаганда здорового способу життя серед різних верств населення;
- наполеглива боротьба з проституцією і наркоманією;
- обов'язкове використання презервативів при випадкових статевих контактах, хоча це не забезпечує цілковитого захисту від вірусної інфекції;
- обстеження осіб групи ризику: наркоманів, повій, гомосексуалістів, хворих на гемофілію, інші хвороби крові та венеричні захворювання;
- своєчасне виявлення інфікованих осіб серед різних верств населення (донори, вагітні, особи, що готуються до операції, перебувають на стаціонарному лікуванні, медичні працівники, персонал дитячих закладів та інші);
- використання одноразового медичного інструментарію, суворе дотримання умов стерилізації медичних інструментів багаторазового використання;
- обов'язкове тестування всіх донорів крові, плазми, сперми, органів тканин;
- запобігання вагітності інфікованих жінок і народженню ВІЛ-інфікованих дітей;
- забезпечення в перші 1,5 року життя обов'язкового повного обстеження дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками;
- дотримання правил особистої гігієни, а саме:
 - користування індивідуальними лезами для гоління, зубними щітками, манікюрним приладдям;
 - обов'язкова дезінфекція інструментарію в перукарнях і косметичних кабінетах, а також використання одноразових стерильних інструментів;
- правильне статеве виховання дітей і підлітків, пропаганда безпечної статевої поведінки, особливо серед безпритульних дітей, учнів спецшкіл та інтернатів;



– обов'язкове обстеження іноземців, особливо тих, що прибули з країн епідемічних щодо СНІДу, та осіб, що повернулися з тривалих відряджень з-за кордону;

– організація і поширення діяльності «кабінетів довіри» – своєрідних структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають консультацію і обстеження на ВІЛ за умов анонімності або конфіденційності;

– неухильне виконання норм законодавства, і особливо Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту та соціальний захист населення», де встановлена юридична відповідальність громадян і організацій за попередження розповсюдження цієї хвороби.

У разі виникнення невідкладного стану при захворюваннях, травмах та нещасних випадках та наданні першої медичної допомоги при різних видах кровотеч (легеневих, кишково-шлункових, носових, ротових, маткових, травматичних, відкритих пораненнях, переломах), необхідно дотримуватись суворих гігієнічних вимог:

– користуватися латексними або вініловими рукавичками;

– якщо їх немає, – слідкувати за збереженням цілісності шкіри;

– ушкодження шкіри потребують негайної обробки дезінфікуючим розчином з подальшим накладанням пластиру або пов'язки. Можна ретельно помити з теплою водою, а якщо вода недоступна – протерти серветкою з антисептичним розчином;

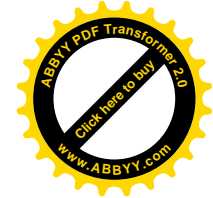
– кров на підлозі та інших місцях повинна бути оброблена хлорним вапном.

Слід зазначити: найбільш ефективним методом індивідуальної безпеки і профілактики СНІДу є дотримання правил попередження інфікування ВІЛ, що базується на обізнаності населення в питаннях, пов'язаних з цією проблемою.

Запам'ятайте:

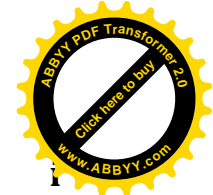
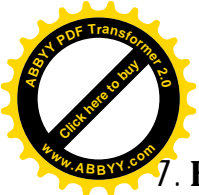
20 травня – день пам'яті померлих від СНІДу;

1 грудня – Всесвітній день боротьби зі СНІДом.



ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. **Дизентерія – гостра інфекційна хвороба, що характеризується**
 - а) ураженням слизової оболонки дистального відділу товстої кишки,
 - б) частою та болісною дефекацією, патологічними домішками у випорожненнях,
 - в) розладами акту ковтання,
 - г) болем у животі,
 - д) зальною інтоксикацією.
2. **Ботулізм – це**
 - а) гостра інфекційна хвороба,
 - б) хронічна інфекційна хвороба,
 - в) затяжна інфекційна хвороба,
 - г) блискавична інфекційна хвороба,
 - д) рецидивуюча інфекційна хвороба.
3. **Основні ознаки харчової токсикоінфекції:**
 - а) нудота, блювання, біль у животі, головний біль, біль у м'язах, озноб, температура тіла 38-39°C, пронос;
 - б) гіпотермія, нудота, блювання, біль у животі;
 - в) мимовільне сечовиділення, температура тіла 38-39°C, пронос, головний біль;
 - г) утруднене дихання, судоми, температура тіла 38-39°C, пронос, головний біль;
 - д) гіперемія обличчя, висип на животі, головний біль, біль у м'язах, пронос.
4. **Які симптоми не характерні для холери:**
 - а) жовтяниця;
 - б) випорожнення водянисті, мають вигляд рисового відвару;
 - в) часте блювання фонтаном, без нудоти;
 - г) часто спостерігається гіпотермія;
 - д) тривалий перебіг.
5. **Малярія передається:**
 - а) мухами,
 - б) кліщами,
 - в) блохами,
 - г) комарами роду Anopheles,
 - д) вошами.
6. **Інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом:**
 - а) сифіліс, гонорея, ВІЛ/СНІД, уrogenітальний хламідіоз, вірусний гепатит В;
 - б) сифіліс, дизентерія, гонорея, ВІЛ/СНІД, уrogenітальний мікоплазмоз;
 - в) сифіліс, гонорея, ВІЛ/СНІД, ботулізм;
 - г) статевий герпес, малярія, сифіліс, вірусний гепатит В.



7. Найбільш ефективним методом індивідуальної безпеки профілактики СНІДу є:

- а) уникнення випадкових статевих контактів;
- б) використання презервативів;
- в) місцеве використання дезінфікуючих препаратів при підозрі на інфікування одразу після статевого контакту;
- г) при підозрі на зараження негайне звернення до лікаря;
- д) дотримання правил попередження інфікування ВІЛ, що базується на обізнаності населення у питаннях, пов'язаних із цією проблемою.

8. Найважливіша особливість інфекційних хвороб:

- а) безпосередньою причиною їх виникнення є проникнення в організм людини шкідливого мікроорганізму;
- б) визначається станом імунологічної реактивності організму;
- в) першим і найважливішим бар'єром на шляху інфекційного агента є шкірні покриви і слизові оболонки;
- г) сприйнятливість до інфекції – обов'язкова умова розвитку інфекції при зараженні;
- д) інфекційний процес завжди ускладнюється.

9. Збудниками інфекційних хвороб є:

- а) бактерії;
- б) мухи;
- в) віруси;
- г) криси, миші;
- д) гриби.

10. Розрізняють послідовну зміну періодів інфекційної хвороби:

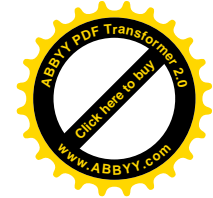
- а) інкубаційний період, період реконвалесценції, продромальний період, період повного розвитку хвороби;
- б) період реконвалесценції, інкубаційний період, продромальний період, період повного розвитку хвороби;
- в) інкубаційний період, період реконвалесценції, повного розвитку хвороби, продромальний період;
- г) продромальний період, інкубаційний період, період реконвалесценції, повного розвитку хвороби;
- д) період реконвалесценції, повного розвитку хвороби, інкубаційний період, продромальний період;

11. Епідемічний процес – це:

- а) спалах інфекційної хвороби;
- б) природний резервуар інфекції;
- в) процес поширення заразних хвороб у людей;
- г) клінічна форма інфекційної хвороби;
- д) механізм передачі інфекції.

12. Джерелом інфекції може бути:

- а) заражена людина;
- б) заражена тварина;



- в) здорова людина;
- г) бактеріоносій;
- д) комахи.

13. Найбільш поширений і швидкий спосіб передачі інфекційних захворювань:

- а) водний шлях;
- б) повітряно-крапельний та пиловий;
- в) трансмісивний;
- г) контактнo-побутовий;
- д) вертикальний.

14. Сприйнятливість – це:

- а) наявність місцевого, антимікробного, антитоксичного, гуморального, клітинного імунітету;
- б) специфічна та етіотропна терапія;
- в) видова властивість організму людини служити середовищем для життя збудників-паразитів;
- г) природжений імунітет;
- д) вакцинотерапія.

15. Профілактичні щеплення проводять:

- а) хворим дітям;
- б) бактеріоносіям;
- в) тільки здоровим дітям;
- г) за епідемічними показаннями;
- д) за клінічними показаннями.

16. Провідним методом боротьби з інфекційними хворобами є:

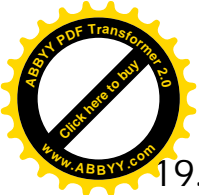
- а) уведення специфічних імуноглобулінів;
- б) завершальна дезінфекція;
- в) накладенням карантину;
- г) вакцинопрофілактика;
- д) госпіталізація інфекційних хворих.

17. Профілактичні заходи, спрямовані на попередження масового захворювання на грип?

- а) дезінфекція приміщення, де перебуває хворий;
- б) раннє виявлення хворого;
- в) ізоляція хворого в домашніх умовах;
- г) госпіталізація хворого;
- д) вакцинопрофілактика.

18. Основним джерелом туберкульозу для оточуючих є:

- а) інфікована мікобактерією туберкульозу людина;
- б) хворий на активну форму туберкульозу;
- в) хворий на неактивну форму туберкульозу;
- г) людина, якій не проводилися профілактичні щеплення проти туберкульозу;
- д) людина з пониженою опірністю організму.



19. Проба Манту призначається:

- а) хворим дітям на туберкульоз;
- б) як профілактичний захід проти туберкульозу;
- в) для відбору контингентів дітей, які підлягають ревакцинації проти туберкульозу;
- г) визначення інфікованості організму мікобактеріями туберкульозу;
- д) для ранньої діагностики туберкульозу.

20. Невідкладна специфічна терапія при правцю включає введення препаратів:

- а) правцевого анатоксину та протиправцевої сироватки;
- б) АКДП;
- в) АДП;
- г) протиправцевої вакцини;
- д) лікування антибіотиками.

21. Шляхи передачі вітряної віспи:

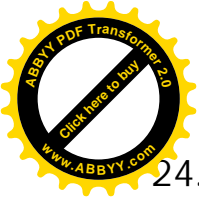
- а) повітряно-крапельний;
- б) шлунково-кишковий;
- в) трансмісивний;
- г) контактний;
- д) вертикальний.

22. Карантином називається:

- а) комплекс заходів, спрямованих на посилене медичне спостереження за осередком інфекції;
- б) комплекс спеціальних заходів, спрямованих на знищення збудників заразних захворювань у навколишньому середовищі;
- в) спеціальний заклад охорони здоров'я;
- г) комплекс режимних, адміністративних і санітарних протиепідемічних заходів, спрямованих на запобігання поширенню інфекційних хвороб і ліквідацію осередку зараження;
- д) комплекс методів цілеспрямованого підвищення функціональних резервів організму.

23. Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) об'єднують велику групу:

- а) бактеріальних хвороб, які характеризуються загальними симптомами;
- б) хвороб, єдиним джерелом яких є хвора людина;
- в) хвороб, які характеризуються схильністю до епідемічного і пандемічного поширення;
- г) хвороб, якими хворіють тільки діти;
- д) етіологічно неоднорідних вірусних хвороб, які характеризуються загальними симптомами інфекційного токсикозу і переважним ураженням слизових оболонок дихальних шляхів.



24. У чому полягає небезпека захворювання на грип?

- а) грипозна інфекція пошкоджує захисні механізми, викликає ускладнення, сприяє загостренню хронічних процесів;
- б) найчастіше епідемії грипу виникають і розповсюджуються в осінньо-весняний період;
- в) хворий стає заразним з перших днів хвороби;
- г) інкубаційний період розвитку хвороби – від 12 годин до 3 днів;
- д) можливий нетиповий перебіг з нормальною або субфебрильною (37–37,2°C) температурою тіла.

25. Специфічна профілактика туберкульозу – це щеплення.

- а) його проводять всім новонародженим у пологовому будинку, а ревакцинацію здійснюють у 7 та 14 років;
- б) у дітей застосовують пасивну профілактику, яка полягає в уведенні специфічних імуноглобулінів;
- в) ці щеплення проводять за бажанням;
- г) щеплення дозволяється проводити тільки зареєстрованими в Україні вакцинами відповідно до показів і протипоказань щодо їх проведення;
- д) щеплення проводяться медичними працівниками, які володіють правилами організації і техніки проведення щеплення, а також заходами надання невідкладної допомоги в разі розвитку післявакцинальних реакцій і ускладнень.

26. Профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом включає:

- а) всебічне обстеження вагітних, донорів, стаціонарних хворих;
- б) здійснення широкої санітарно-просвітницької роботи серед населення, особливо серед дітей та молоді;
- в) проведення профілактичних щеплень;
- г) обстеження груп ризику (повій, алкоголіків, наркоманів, гомосексуалістів тощо);
- д) виявлення хворих та обстеження осіб, що були у статевому або побутовому контакті з хворим (діти).

27. Основні ознаки вітряної віспи:

- а) почервоніння шкіри обличчя та шиї;
- б) свербіж шкіри в ділянці живота;
- в) висип у вигляді пухирців наповнених прозорою рідиною, який локалізується на всій поверхні шкіри, в тому числі волосяна поверхня, слизових оболонках;
- г) збільшення лімфатичних вузлів;
- д) біль у горлі та кашель.

28. Щеплення проти кору, епідемічного паротиту, краснухи є:

- а) обов'язковим;
- б) рекомендованим.



29. **Які ви знаєте особливо небезпечні вірусні інфекції?**

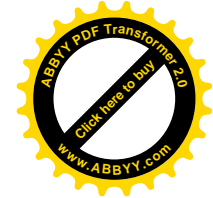
- а) синдром набутого імунодефіциту (СНІД).
- б) атипова пневмонії (SARS).
- в) туберкульоз.
- г) епідемічний паротит.
- д) краснуха.

30. **Кандидозна інфекція – захворювання, спричинене:**

- а) вірусом грипу;
- б) мікобактерією туберкульозу;
- в) грампозитивною нерухомою паличкою;
- г) гемолітичним стрептококом;
- д) дріжджоподібними грибами.

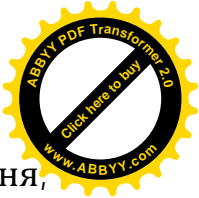
31. **Харчові токсикоінфекції – це:**

- а) група гострих інфекційних хвороб, спричинених уживанням інфікованих продуктів харчування;
- б) група інфекційних хвороб, що мають хронічний перебіг;
- в) група інфекційних хвороб, що мають повітряно-крапельний шлях зараження;
- г) декілька захворювань, що набули пандемічного характеру;
- д) хвороби, після перенесення яких утворюється імунітет.

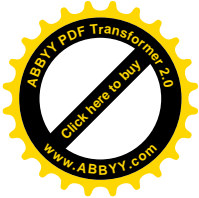


ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Загальна характеристика інфекційних хвороб.
2. Найважливіша особливість інфекційних хвороб.
3. Що таке інфекційний процес та інфекційна хвороба?
4. Що таке небезпечно інфекційні хвороби та особливо небезпечні інфекційні хвороби?
5. Які ви знаєте особливо небезпечні вірусні інфекції?
6. Які ви знаєте особливо небезпечні бактеріальні інфекції?
7. Збудники інфекційних хвороб, їх характеристика.
8. Що таке патогенність, вірулентність, специфічність, агресивність, токсигенність збудника інфекційних хвороб?
9. Що таке сапрофіти, умовно патогенні та патогенні мікроорганізми?
10. Що називається вхідними воротами інфекційної хвороби?
11. Які розрізняють періоди інфекційної хвороби, їх характеристика?
12. Дати визначення поняттям ускладнення та залишкові прояви інфекційної хвороби.
13. Клінічні форми інфекційної хвороби.
14. Що вивчає наука епідеміологія?
15. Що таке епідемічний процес?
16. Що таке спорадичний характер захворювання, епідемія, пандемія?
17. Що вивчає епідеміологія?
18. Хто може бути джерелом чи природним резервуаром інфекції?
19. Фактори передачі збудників інфекційних хвороб.
20. Механізм передачі інфекцій та його типи.
21. Що таке сприйнятливність організму та від чого вона залежить?
22. Що таке імунітет, види імунітету?
23. Основні принципи лікування дітей з інфекційними захворюваннями.
24. Профілактика інфекційних захворювань у дітей.
25. Що таке екстренна профілактика?
26. Що таке імунопрофілактика?
27. Календар профілактичних щеплень в Україні.
28. Які розділи включено до календаря профілактичних щеплень?
29. Що таке обов'язкові та рекомендовані щеплення?
30. Що таке карантин, обсервація?
31. Дезінфекція, види та методи.
32. Клінічні симптоми інфекційних хвороб.
33. Гострі респіраторні вірусні інфекції, джерело зараження, ознаки, профілактика.
34. Грип, шляхи розповсюдження, основні клінічні ознаки.
35. У чому полягає небезпека захворювання на грип?
36. Профілактичні заходи, спрямовані на попередження масового захворювання на грип.



37. Туберкульоз, збудник, джерело інфекції, шляхи розповсюдження, основні ознаки.
38. У чому полягає небезпека туберкульозу?
39. Особливості перебігу туберкульозу у дітей.
40. Загальна профілактика туберкульозу.
41. Кір, збудник, джерело інфекції, шляхи розповсюдження, основні ознаки, профілактика.
42. Краснуха, збудник, джерело інфекції, шляхи розповсюдження, основні ознаки, профілактика.
43. Епідемічний паротит, збудник, джерело інфекції, шляхи розповсюдження, основні ознаки, профілактика.
44. Вітряна віспа, збудник, джерело інфекції, шляхи розповсюдження, основні ознаки, профілактика.
45. Дифтерія, збудник, джерело інфекції, шляхи розповсюдження, форми дифтерії, основні ознаки, ускладнення, профілактика.
46. Кашлюк, збудник, джерело інфекції, шляхи розповсюдження, основні ознаки, профілактика.
47. Стрептококова інфекція, форми, збудник, джерело інфекції, шляхи розповсюдження, основні ознаки, ускладнення, профілактика.
48. Герпесвірусні інфекції, збудник, джерело захворювання, клініка, профілактика.
49. Інфекційний мононуклеоз, збудник, джерело інфекції, шляхи розповсюдження, основні ознаки, профілактика.
50. Менінгококова інфекція, збудник, джерело інфекції, механізм передачі, клінічні форми, профілактика.
51. Кандидозна інфекція, збудник, джерело зараження, клініка, профілактика.
52. Харчова токсикоінфекція, ознаки, невідкладна допомога, профілактика.
53. Дизентерія бактеріальна, збудник, джерело інфекції, механізм передачі, клінічні форми, профілактика.
54. Сальмонельоз, збудник, джерело інфекції, шляхи розповсюдження, основні ознаки, профілактика.
55. Ботулізм, збудник, джерело інфекції, шляхи розповсюдження, основні ознаки, профілактика.
56. Вірусний гепатит і його форми.
57. Шляхи зараження гепатитом.
58. Наслідки захворювання на гепатит.
59. Що таке синдром набутого імунodefіциту?
60. Чим відрізняються хворі на СНІД від ВІЛ-інфікованих?
61. Розповсюдження СНІДу в Україні.
62. Групи ризику захворювання на СНІД.
63. Які основні засоби попередження захворювання на СНІД?

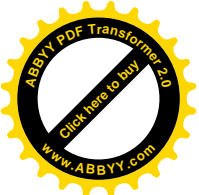


РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусов В. О., Певзнер О. Д. Дитячі хвороби / В. О. Белоусов, О. Д. Певзнер. – Київ : вид. об'єд. «Вища школа» Головне видавництво – 1974. – 461 с.
2. Вазманова Ж. Т. Инфекционные и паразитарные болезни. – К. : Здоров'я, 2000. – 342 с.
3. Інфекційні хвороби, що набули соціального значення // Додаток до підручника з основ медичних знань для студентів усіх спеціальностей вищих педагогічних навчальних закладів. – Київ : Освіта України, 2006. – 56 с.
4. Клінічне медсестринство в інфекційних хворобах: навч. посібник / В. С. Тарасюк, Н. С. Титаренко, І. В. Паламар та ін.; за ред. проф. В. С. Тарасюка. – К. : Медицина, 2006. – 176 с.
5. Крамарів С.О. Інфекційні хвороби у дітей. (Клінічні лекції) / С. О. Крамарів. – К. : МОРІОН, 2003. – 480 с.
6. Кузьмичева А. Т. Детские инфекционные болезни / А. Т. Кузьмичева, И. В. Шарлай. – Москва : Медицина, 1978. – 511 с.
7. Михайлова А. М. Інфекційні хвороби у дітей / А. М. Михайлова, Л. О. Трішкова, С. О. Крамарев, О. М. Кочеткова. – Київ: Здоров'я, 2000. – 416 с.
8. 11. Носов С. Д. Ученик детских инфекционных болезней / С. Д. Носов. – Москва : МЕДГИЗ, 1957. – 314 с.
9. Тимченко В. Н., Леванович В. В., Михайлов И. Б. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций (справочник). Издание 2-е дополненное и переработанное. – Спб. : «ЭЛБИ-СПб», 2007. – 384 с.
10. Чуприна О. В., Гищак Т. В., Долинна О. В. / Основи медичних знань. Київ : Видавець, Паливода А. В. – 2006. – 215 с.

ДОПОМІЖНА ЛІТЕРАТУРА

1. Беш Л. Досвід застосування препарату інфлюцид для лікування та профілактики ГРВІ у дітей / Л. Беш // Ліки України. – 2002. – № 4. – С. 23–24.
2. ВІЛ/СНІД та формування здорового способу життя: навчальний посібник. Київ, 2008. – 175 с.
3. Майданник В. Г. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний верхних дыхательных путей у детей / В. Г. Майданник. – Киев, 2002. – 178 с.
4. Омельченко Л. І. Загартування дітей і підлітків / Л. І. Омельченко, Т. В. Починок. – Київ : Здоров'я, 1989. – 71 с.



5. Покровський В. І. СПИД (синдром придбеного імунodefіцита) / В. І. Покровський, В. В. Покровський. – М. : Медицина, 1988. – 44 с.

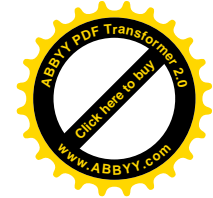
6. Покровський В. В. Епідеміологія і профілактика ВІС-інфекції і СПИД / В. В. Покровський. – М. : Медицина, 1996. – 246 с.

7. Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів : наказ МОЗУ від 03.02.2006р. № 48.

8. Феценко Ю. І., Мельник О. В., Кобілянська А. В. Хіміорезистентний туберкульоз. – К., 2003. – 134 с.

9. Шмакова С. Г., Дорохова Н. Ф. Нетрадиційні методи профілактики і лічення острих респіраторних захворювань у дітей / С. Г. Шмакова, Н. Ф. Дорохова // Медицина і здоров'я. – 1991. – №3. – С. 24-48.

10. Шалаєва Д. А. Етико-правові проблеми СПИДа / Д. А. Шалаєва // Соціальна профілактика і здоров'я. – 2003. – № 3. – С. 49–50.



Навчальне видання

Склярова Раїса Вікторівна

**Інфекційні хвороби дитячого віку
та їх профілактика**

Навчально-методичний посібник

Суми: СумДПУ, 2011 р.

Свідоцтво ДК № 231 від 02.11.2000 р.

Відповідальна за випуск **А. А. Сбруєва**
Компютерна верстка **Ю. С. Нечипоренко**

Здано в набір 24.10.2011. Підписано до друку 28.11.2011.

Формат 60x84/16. Гарн Cambria. Друк ризогр.

Папір друк. Умовн. друк. арк. 5,6.

Обл.-вид. арк. 4,3. Тираж 100. Вид. № 75.

Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка
40002, м. Суми, вул. Роменська, 87

Виготовлено на обладнанні СумДПУ імені А. С. Макаренка