

# На здоровье!



Информационный выпуск

Государственное учреждение «Светлогорский зональный центр гигиены и эпидемиологии»  
№ 7-2016

Электронная рассылка

## ДЕТСКИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ. СИМПТОМЫ, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА.



В этом выпуске:

1. Детские бактериальные инфекции. Пути передачи.....стр. 2
2. Менингококковая инфекция.....стр. 2
3. Дифтерия.....стр. 4
4. Скарлатина.....стр. 5
5. Коклюш.....стр. 6
6. Пневмококковая инфекция.....стр. 8
7. Гемофильная инфекция (ХИБ-инфекция).....стр. 9
8. Профилактика инфекционных болезней у детей.....стр. 10

Инфекционные заболевания у ребенка могут быть вызваны вирусами или бактериями. Несмотря на сходный характер симптомов этих недугов, они имеют принципиальные отличия в способах диагностики и лечения. Поэтому чрезвычайно важно верно определить причину, вызвавшую проявление признаков заболевания у ребенка. Это позволит назначить адекватное лечение.

К тяжелым детским бактериальным инфекциям относятся: менингококковая инфекция, дифтерия, коклюш, скарлатина, пневмококковая инфекция, гемолитическая инфекция и др.

Источником бактериальной инфекции является больной человек или носитель инфекционного агента. Заразный период чаще всего начинается с момента появления симптомов заболевания.

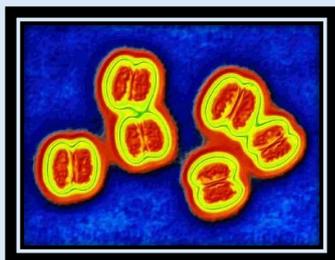
**Пути передачи.** Детские бактериальные инфекции передаются воздушно-капельным путём от больного человека к здоровому (заражение посредством вдыхания частичек аэрозоля при чихании, кашле, разговоре). При некоторых инфекциях, в силу устойчивости возбудителя во внешней среде, имеют значения факторы передачи через предметы обихода, на которые попадают выделения больного при кашле и чихании (мебель, посуда, игрушки, руки и др.) Данные факторы характерны для дифтерии, скарлатины, ангины, туберкулеза и др.

## МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Менингококковая инфекция — острое инфекционное заболевание, вызываемое менингококком, протекающее с разнообразными клиническими проявлениями — от бессимптомного носительства и назофарингита до генерализованных форм (гнойного менингита, менингоэнцефалита и менингококкемии с поражением различных органов и систем).

Менингококковая инфекция потенциально смертельна и всегда должна рассматриваться как медицинская чрезвычайная ситуация.

В группу риска входят дети до 5 лет. Особенность инфекции в том, что по причине наличия у менингококка защитной капсулы (равно как и у гемофильной палочки, и у пневмококков) маленькие дети (1-5 лет) неспособны эффективно вырабатывать иммунитет против природной инфекции.



**Возбудитель** — менингококк — грамотрицательный диплококк *Neisseria meningitidis*.

**Источником** заболевания является больной или бактерионоситель.

**Пути передачи.** Бактерия передается от человека человеку воздушно-капельным путем, через капли выделений из дыхательных путей или горла носителя. Тесный и продолжительный контакт, такой как поцелуй, или проживание в непосредственной близости с инфицированным человеком-носителем способствует распространению болезни.

Наиболее заразны больные с катаральными явлениями со стороны носоглотки. Здоровые носители также имеют эпидемиологическое значение, так как их количество в сотни раз превышает число больных. Известно, что предвестником очередного подъема заболеваемости является нарастание числа носителей менингококка. Восприимчивость к менингококку достаточно высокая.

Обычно инкубационный период длится 4 дня, но может варьироваться от 2 до 10 дней.

**Клиника.** Менингококковая инфекция протекает в нескольких формах: назофарингит – болезнь проявляется в виде насморка;

- менингит – воспаление мозговых оболочек при проникновении бактерии в головной мозг. По оценкам российских ученых, менингококк ответствен за 50% всех бактериальных менингитов у детей в возрасте до 5 лет;
- менингококковый сепсис – при проникновении бактерии в кровь.

Менингококковый менингит начинается как простой насморк, затем появляются грозные предвестники – сильные головные боли, скованность шейных и других мышц, потеря сознания, чувствительность к свету, рвота, повышение температуры. В меньшем числе случаев заболевание протекает молниеносно и быстро заканчивается смертью пациента.

Очень выражена интоксикация (отравление продуктами распада менингококков), приводящая к нарушению сердечно-сосудистой деятельности, дыхания и смерти больного.



Менее распространенной, но еще более тяжелой (часто смертельной) формой менингококковой инфекции является менингококковый сепсис, для которого характерны геморрагическая сыпь и быстро развивающийся циркуляторный коллапс.

**Лечение в стационаре.** Большое влияние на исход заболевания имеют своевременность диагностики, своевременность и правильность начатого лечения.

**Осложнения.** У 10-20% выживших людей бактериальный менингит может приводить к повреждению мозга, потере слуха или трудностям в обучении.

При отсутствии лечения менингококковая инфекция в 50% случаев заканчивается смертельным исходом.

### **Профилактика менингококковой инфекции:**

При установлении диагноза менингококковой инфекции у ребенка, в детском учреждении устанавливается карантин на 10 дней с момента изоляции последнего больного. Проводится бактериологическое исследование (мазок из носоглотки) контактных с носителем по месту жительства и в детском учреждении. За контактными детьми в детском учреждении устанавливается наблюдение: ежедневный осмотр кожных покровов, слизистой зева, термометрия. Им назначается профилактическое лечение.

## **ДИФТЕРИЯ**

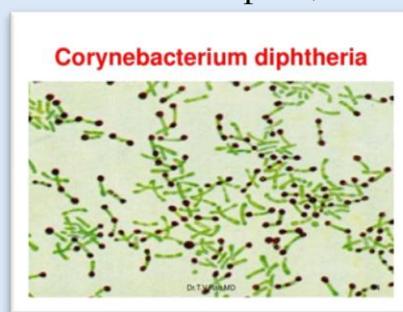


Уже в первом веке нашей эры можно встретить упоминание о дифтерии, называемой тогда «петля удавленника» или «смертельная язва глотки».

До начала XX века дифтерия ежегодно уносила тысячи детских жизней, а медицина была бессильна облегчить их страдания и спасти от тяжелой агонии.

Дифтерия – заболевание, при котором в результате действия специфического токсина развивается фибринозное воспаление с образованием пленок в месте внедрения возбудителя (чаще на слизистых оболочках ротоглотки и дыхательных путей) и интоксикация, соответствующая массивности очага воспаления, с поражением сердечно-сосудистой, нервной и мочевыделительной системы.

тяжелое инфекционное



**Возбудитель.** Вызывается дифтерийной палочкой (бацилла Лёффлера). Это – крупные, прямые, слегка изогнутые полиморфные палочковидные бактерии, имеют форму «булавы». Спор и капсул не образуют

**Клиника.** Чаще всего поражает ротоглотку, но нередко затрагивает гортань, бронхи, кожу и другие органы.

Если дифтерия поражает ротоглотку, то помимо тяжёлой интоксикации, возможно развитие крупа - закупорки дыхательных путей дифтерийной плёнкой и отёком, особенно у детей. Тяжесть болезни обусловлена крайне ядовитым токсином, который выделяет дифтерийная палочка.

Заболевание сопровождается следующими симптомами: повышение температуры, бледность кожных покровов, отёк мягких тканей шеи, затруднение глотания, плёнчатый налёт (может быть любого цвета, но чаще всего бывает серо-белым), покрывающий нёбные миндалины и иногда распространяющийся на нёбные дужки, мягкое нёбо, боковые стенки глотки, гортань, увеличение шейных лимфоузлов.

**Лечение** дифтерии проводится только в условиях стационара. Госпитализация обязательна для всех больных, а также больных с подозрением на дифтерию и бактерионосителей.

**Осложнения** дифтерии связаны с повреждением нервных и других клеток крайне ядовитым дифтерийным токсином. Миокардиты, нарушения работы нервной системы, которые обычно проявляются в виде параличей. Чаще всего дифтерия осложняется параличами мягкого нёба, голосовых связок, мышц шеи, дыхательных путей и конечностей. Из-за паралича дыхательных путей может наступить асфиксия (при крупе), провоцирующая летальный исход.

**Профилактика** – это вакцинация.

## СКАРЛАТИНА

Скарлатина – одна из форм стрептококковой инфекции (стрептококк группы А). Это острое заболевание, передающееся воздушно-капельным путем. Также возможно заражение через предметы обихода (игрушки, посуду). Болеют дети раннего и дошкольного возраста. Наиболее опасны в отношении инфицирования больные в первые два – три дня заболевания.

**Клиника.** Скарлатина начинается очень остро с повышения температуры тела до 39 °С, рвоты. Сразу же отмечается выраженная интоксикация, головная боль. Характерным симптомом скарлатины является ангина, может быть беловатый налет на языке и миндалинах. Язык у больного - ярко розовый и крупно зернистый. Сыпь появляется на нескольких участках тела, наиболее густо локализуясь в складках (локтевых, паховых). Ее отличительной особенностью является то, что ярко-красная мелкоточечная скарлатинозная сыпь расположена на красном фоне, что создает впечатление



общей сливной красноты. Сыпь может быть распространена по всему телу, но всегда остается чистым (белым) участок кожи между верхней губой и носом, а также подбородок. Зуд гораздо менее выражен, чем при ветряной оспе. Сыпь держится до 2 до 5 дней. Несколько дольше сохраняются проявления ангины (до 7 – 9 дней). С конца второй недели скарлатины появляется шелушение, которое особенно выражено на ушных раковинах, шее, лобковой области и подмышечных впадинах. Особенно крупные пласты кожи могут сходить на ладонях, пальцах рук и ног. Как правило, шелушение полностью проходит через 14-21 день от появления первых признаков скарлатины.

**Лечение** скарлатины обычно проводят с применением антибиотиков по назначению врача.

**Осложнения.** До применения антибиотиков скарлатина часто заканчивалась развитием ревматизма, с формированием приобретенных пороков сердца. В настоящее время, при условии грамотно назначенного лечения и тщательного соблюдения рекомендаций, такие осложнения практически не встречаются.

Скарлатиной болеют практически исключительно дети, потому что с возрастом человек приобретает устойчивость к стрептококкам. Переболевшие также приобретают стойкий иммунитет.

**Специфическая профилактика** скарлатины у детей с помощью вакцинации не предусмотрена.

## КОКЛЮШ

Источником инфекции является только человек (больные типичными и атипичными формами коклюша, а также здоровые бактерионосители). Особенно опасны больные в начальной стадии - с 1 до 25 дня заболевания.

**Возбудителем** его является грамотрицательная гемоглинофильная палочка *Bordetella pertussis*.



**Передача инфекции** происходит воздушно-капельным путем. У больного заразны выделения из верхних дыхательных путей, мокрота, слизь; коклюшная палочка, содержащаяся в них, во время кашля рассеивается в окружении, радиус рассеивания не более 3 м.

**Инкубационный период** в среднем составляет 7-14 дней (максимально - 3 недели).

**Клиника.** Заболевание длится примерно 6 недель и делится на 3 стадии: продромальную (катаральную), пароксизмальную и стадию выздоровления. Катаральный период (длится в течение 1-2 недель). Начинается коклюш

постепенно – появляется сухой, частый кашель, иногда небольшой насморк, температура тела повышается незначительно - максимум 37,5-37,7°C, но часто бывает, что температура тела остается нормальной. В этот период заподозрить у ребенка коклюш практически невозможно, поэтому чаще всего заболевшему выставляют диагноз ОРЗ, бронхит.

Так как нет температуры, такой ребенок продолжает посещать детский коллектив и распространять инфекцию (ведь коклюш наиболее заразен именно в катаральном периоде развития заболевания). Больной человек выделяет микробы во внешнюю среду около месяца, но количество коклюшных палочек постоянно уменьшается с каждым днем, начиная со второй недели болезни, и становится очень незначительным где-то через 3 недели.

Постепенно кашель усиливается, приобретает приступообразную форму, особенно ночью. Катаральный период переходит в пароксизмальный период болезни.

Пароксизмальный период (длится до 2-3-х месяцев). Кашель становится приступообразным - период спазматического кашля. Как правило, в этом периоде постановка диагноза уже не вызывает никаких проблем.



Типичный коклюшный кашель - это приступ, состоящий из нескольких кашлевых толчков, серия из 5-15 быстрых кашлевых толчков, которые без остановки следуют друг за другом, не давая больному возможности передохнуть. После окончания приступа кашля больной делает глубокий вдох, который очень часто сопровождается специфическим свистящим звуком. Во время пароксизмов выделяется обильное количество вязкой слизистой стекловидной мокроты. Во время приступа кашля лицо больного краснеет или даже синеет; иногда возникают кровоизлияния под слизистую оболочку конъюнктивы глаза. Длительность пароксизмального периода коклюша различна, но чаще всего длится в среднем где-то 2-3 месяца. В начале пароксизмального периода интенсивность кашля и количество приступов увеличивается, а затем постепенно начинает ослабевать и уменьшается продолжительность самого приступа кашля. У некоторых детей приступы бывают до 50 в сутки.

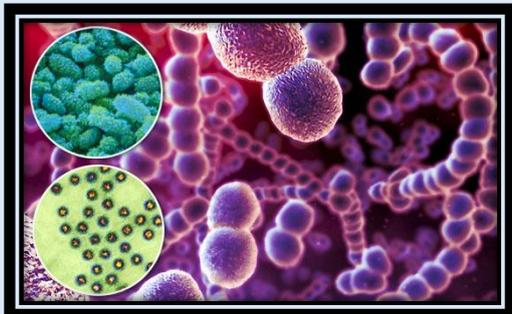
Период выздоровления начинается с четвертой недели; пароксизмы становятся не такими частыми и тяжелыми, реже заканчиваются рвотой, ребенок начинает лучше себя чувствовать и лучше выглядит. Средняя продолжительность заболевания - около 7 недель (от 3 недель до 3 месяцев).

**Осложнения.** Наиболее частым осложнением является пневмония, обусловленная коклюшной палочкой или вторичной бактериальной инфекцией. Особенно тяжело, со значительной летальностью, коклюш протекает у детей первых месяцев жизни.

**Профилактика.** Единственным надежным средством специфической профилактики является вакцинация.

## ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Пневмококковая инфекция – группа инфекционных заболеваний, вызываемых пневмококком, имеющих всеобщую распространенность, поражающих преимущественно детей.



**Возбудитель** пневмококк -*Streptococcus pneumoniae*. Этот возбудитель способен вызывать целый ряд заболеваний у человека. При попадании в легкие он может вызвать пневмонию (воспаление легких). Попадая в кровь, может вызвать бактериемию (сепсис) и распространиться по тканям и жидкостям организма – например, на мозговые оболочки,

вызывая пневмококковый менингит. Пневмококк также является одним из основных причин гнойного воспаления среднего уха (среднего отита) и носовых пазух (синусита).

Пневмококковая инфекция может поражать любые возрастные группы. Однако чаще всего она встречается у детей в возрасте до двух лет и у пожилых людей.

**Пути передачи.** Заразиться пневмококковой инфекцией можно воздушно-капельным путём – при разговоре, чихании, кашле. Ребёнок или взрослый может быть носителем пневмококка на слизистой верхних дыхательных путей достаточно длительный промежуток времени. И до тех пор, пока всё благополучно заболевание не развивается. Однако на фоне респираторных заболеваний, утомления, стресса начинается заболевание.

Инфицирование маленького ребенка может произойти от мамы, а также дома от членов семьи, от других детей и др.



**Клиника.** Пневмококковая инфекция опасна тяжестью протекания заболевания у детей раннего возраста. Если говорить о частоте - это гнойные отиты. В силу особенностей анатомического строения органов слуха малышей, из носоглотки слизь с бактериями через внутренний слуховой канал попадает в ухо, что создаёт условия для развития гнойного отита. Доказано, что пневмококковый отит является самой частой причиной снижения слуха у детей. У детей постарше могут развиваться синуситы - воспаление придаточных пазух носа. Если говорить о тяжести заболевания, то пневмококк вызывает тяжёлые пневмонии, менингиты и сепсис.

**Лечение** антибактериальными препаратами по назначению врача.

## ГЕМОФИЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ (ХИБ-инфекция)

Гемофильная инфекция (ХИБ-инфекция) – группа инфекционных заболеваний, вызываемых гемофильной палочкой *Haemophilus influenzae* тип b или ХИБ (пневмония, ОРЗ, бронхит, менингит, сепсис и др.).

Бактерия распространена повсеместно. Ее носителями являются до 40% детей в возрасте до 5 лет и около 5% взрослых. ХИБ обладает особой защитной капсулой, делающей эту бактерию «невидимой» для иммунных клеток, что препятствует формированию эффективного и долгосрочного иммунитета к ней.

Гемофильная палочка обладает рекордной устойчивостью к антибиотикам, что делает лечение ХИБ-инфекции крайне затруднительным даже при использовании самых современных и дорогостоящих препаратов.

**Передача инфекции** происходит воздушно-капельным путем при чихании, кашле, разговоре. Наибольшая вероятность инфицирования у лиц, находящихся в непосредственной близости к источнику инфекции (3 метра и менее), а также со слюной через игрушки и предметы обихода. Больной становится заразен с появлением симптомов болезни. Носитель здоров, следовательно, с эпидемиологической стороны наиболее опасен.

**Входные ворота** инфекции – слизистая оболочка носоглотки, где возбудитель может находиться длительное время. Дальнейшее развитие процесса во многом зависит от местной сопротивляемости слизистой (снижение сопротивляемости могут вызвать частые простудные инфекции, переохлаждения, стрессы). При слабой сопротивляемости



происходит размножение палочки, ее накопление и проникновение в кровь (бактериемия). А дальше инфекция распространяется по органам и тканям (легкие, придаточные пазухи носа, центральная нервная система, и др.) с возможностью развития сепсиса (множественные гнойные очаги).

**Наиболее частая форма** ХИБ-инфекций - ОРЗ, однако помимо этого существует большой риск развития гемофильной пневмонии; воспаления подкожной жировой клетчатки (гнойный целлюлит); воспаления надгортанника (эпиглотит), который часто сопровождается нарушением дыхания; развитие гнойного менингита.

**Лечение в стационаре.** При любых проявлениях гемофильной инфекции следует немедленно обратиться к врачу и начать лечение, потому что в случае развития осложнений возможен летальный исход.

### **Осложнения** гемофильной инфекции:

- острая дыхательная недостаточность вследствие острой пневмонии;

- асфиксия (непроходимость дыхательных путей) вследствие эпиглотита с развитием дыхательной недостаточности и летальным исходом;

- септический шок вследствие септицемии с развитием нарушений гемодинамики, микроциркуляции и летальным исходом;

- отек головного мозга, вследствие развития гемофильного

менингита и летальным исходом.

После перенесенной инфекции формируется стойкий продолжительный иммунитет.



## **ПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКИХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

Профилактика – это вакцинация. В национальный календарь профпрививок включена вакцинация против дифтерии, коклюша. Прививки против пневмококковой и гемофильной инфекции проводятся детям с хроническими заболеваниями бесплатно и все желающие могут привить детей от этих инфекций на платной основе.

Все прививки можно получить в амбулаторно-профилактических учреждениях района по месту жительства.

**Вакцинация - это не панацея от всех болезней, но она способна защитить ребенка от самых распространенных и опасных недугов.**

**Вакцинировать ребенка или нет, сейчас вправе решать родители ребенка. Но не стоит забывать, что люди сейчас активно мигрируют, на улицах множество выходцев из стран, где до сих пор бушуют страшные болезни. И пусть вакцина не дает стопроцентной защиты, но она предоставляет шанс организму ребенка перебороть заболевание и выйти из этого боя с минимальными потерями.**

*Якуш С.М.,  
врач-эпидемиолог*

Издатель: Отдел общественного здоровья  
государственное учреждение «Светлогорский зональный центр  
гигиены и эпидемиологии»  
Ответственный за выпуск: Войтешонок Наталья Ивановна  
врач-валеолог