

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Кафедра спортивної медицини, здоров'я людини

Руденко Р. Є.

Грип та хвороби з групи інфекцій дихальних шляхів (кір, дифтерія).

Профілактичні заходи

Лекція №6 з навчальної дисципліни

*Профілактика інфекційних та неінфекційних захворювань
у навчальних закладах*

для студентів 2 курсу за спеціальністю: 014. 14 середня освіта (здоров'я людини); кваліфікація – бакалавр освіти за предметною спеціалізацією (здоров'я людини)

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на засіданні кафедри
спортивної медицини, здоров'я людини
„29” серпня 2018 р. протокол № 1
Зав.кафедри _____ О. І. Шиян

Вступ.

1. Епідемічне захворювання – грип (шляхи інфікування, симптоми, перебіг).
2. Кір – інфекційне захворювання дітей у навчальних закладах (шляхи інфікування, симптоми, перебіг).
3. Дифтерія – інфекційне захворювання дітей у навчальних закладах (шляхи інфікування, симптоми, перебіг).
4. Профілактичні заходи щодо групи інфекцій дихальних шляхів.

Серед інфекційних хвороб особливе місце займають інфекції, на які переважно хворіють у дитячому віці, – дитячі інфекційні хвороби. Більшість з цих хвороб дуже швидко поширюється, що призводить до зараження великої кількості дітей. Група інфекцій з крапельним механізмом передачі нараховує понад сотню нозологічних форм мікробної та вірусної етіології. Оскільки крапельний механізм передачі спрацьовує лише в людському суспільстві, стабільна циркуляція збудників забезпечується по колу: заражений організм – аерозоль - сприйнятливий організм людини. Усім збудникам цієї групи інфекційних хвороб притаманне розмноження на слизових оболонках дихальних шляхів, що супроводжується запальним процесом. При кашлі, чиханні, розмові збудник інтенсивно виділяється в повітря. Легкість поширення збудника через аерозоль і відсутність імунітету серед новонароджених є причиною їх зараження та захворювання вже в перші роки життя. Тому більшість таких інфекцій називають дитячими. При багатьох інфекційних хворобах цієї групи на шкірі з'являється висипка – екзантема. Вона має важливе значення у розпізнаванні хвороби, а інколи є провідною клінічною ознакою. В основі виникнення висипки лежать запальні зміни кровоносних і лімфатичних судин шкіри. Вони виникають внаслідок проникнення збудників до пор шкіри, змін судинної сітки під впливом мікробів та їх токсинів, розширення судин, переваскуліту, алергічних реакцій. При інфекційних хворобах трапляються всі відомі елементи шкірних висипок:

пляма, роzeола, пухир, пухирчик, гноячок, пігментація, кірка, виразка, рубець. Якщо на шкірі є декілька різних видів висипки, її називають поліморфною. Більшості інфекцій цієї групи властива осіння-зимова сезонність, а підвищення захворюваності настає з інтервалом у 3-5 років. У роки планової активної імунізації останні дві ознаки проявляються менш чітко, оскільки завдяки вакцинації та ревакцинації більшість населення має імунітет. До дитячих інфекційних хвороб належать кір, вітряна віспа, краснуху, епідемічний паротит, дифтерія, скарлатина і кашлюк. Дитячі інфекційні хвороби це та патологія, з якою батьки стикаються найчастіше. Частково виною тому є не до кінця сформований дитячий імунітет, а також те, що ці захворювання дуже заразливі. Найчастіше ці хвороби зустрічаються у вигляді поодиноких випадків або міні епідемій. Зараз в Україні та деяких країнах Європи – спалах кору. Причиною поширення кору в Україні вважають низький рівень охоплення вакцинацією (86% хворих на кір не були вакциновані).

1. Епідемічне захворювання – грип (шляхи інфікування, симптоми, перебіг)

Серед інфекційних хвороб найбільш розповсюджений на земній кулі грип – це гостре епідемічне захворювання, яке охоплює десятки мільйонів людей щорічно, воно проявляється у високій температурі, загальній інтоксикації, переважному враженні нервової, серцево-судинної систем та органів дихання. Цю хворобу раніше називали «іспанкою», «інфлюенцією», зараз її називають грипом від латинської «грипер», що означає «напасти». Епідемії та пандемії грипу були відомі в далекому минулому ще в III–IV ст. до нашої ери, але особливо небезпечна пандемія була в 1918–1920 рр. (іспанка), яка викликала захворювання 1,5 млрд. чоловік, з них померло більше 20 млн. Грип у 1957–1958 рр. викликав захворювання у 2 млрд. чоловік. Важко назвати іншу хворобу, яка мала б таке розповсюдження, а збудник був би таким мінливим, підступним і приносив би таку шкоду здоров'ю людей та величезні економічні збитки

державі. Збудник грипу – вірус, вперше був відкритий в 1933 році. За серологічними властивостями віруси грипу поділяються на типи А; А2; В; С. Віруси грипу дуже мінливі, а поява нових штамів обумовлює періодичний розвиток епідемій та пандемій.

Стійкість вірусів грипу значна. Так, під впливом ультрафіолетових або сонячних променів при температурі 50-600 С вірус гине через кілька хвилин. При мінусових температурах вірус не втрачає життєздатності роками, у повітрі він зберігається до 6 годин, а на вовняному, хутрянному одязі він може виживати від 1 до 30 діб, в кімнатному пилу – до 5 тижнів. Віруси чутливі до дезінфікуючих препаратів (хлораміну, хлорного вапна, перекису водню, йодних сполук тощо). Хворий стає заразним з перших днів хвороби, особливо при грипозній лихоманці. Певну небезпеку створюють хворі при легких формах грипу. Інфекція передається в основному повітряно–краплинним шляхом. Так, при одному чханні виділяється біля 85 млн. часток грипозних вірусів, котрі розповсюджуються від хворого на 3–4 м. Можливе зараження на грип також контактно–побутовим шляхом через рушник, посуд, іграшки, тощо, хоча цей шлях менш небезпечний. Хворий перестає бути заразним після 5–7 днів хвороби. Розповсюдженню вірусу сприяють: висока скупченість людей, незадовільні побутові умови, низька санітарна культура дорослих та дітей, хронічні хвороби, відсутність імунітету, екологічні фактори, важка праця, переохолодження тощо. Сприйнятливість людей до вірусу грипу, особливо дітей та людей похилого віку, надзвичайно висока. Найчастіше епідемії грипу виникають і розповсюджуються в осінньо–весняний період. Воротами інфекції є слизова оболонка верхніх дихальних шляхів, носоглотки, трахеї і т.д., де вірус розмножується. Після захворювання на грип в організмі формується імунітет, який існує протягом 1-2 років до грипу А і 3-4 роки до грипу В. При цьому наявність імунітету до одного з штамів вірусу не забезпечує захисту від інших. Грипозна інфекція пошкоджує захисні механізми, викликає ускладнення,

сприяє загостренню хронічних процесів. Досить частим ускладненням, особливо у дітей, може бути пневмонія, набряк легень, отит, гайморит, нефрит, неврит, міокардит, пригнічення психічної діяльності, менінгіт; можуть виникати некротичні ділянки в печінці та нирках. Інкубаційний період розвитку хвороби – від 12 годин до 3 днів, частіше 1-2 дні. Захворювання починається раптово.

Клінічні ознаки: лихоманка, підвищення температури до 38-40°C; ознаки загальної інтоксикації: інтенсивний головний біль у лобній ділянці, біль в очах при їх рухах, слезотеча, підвищена чутливість до світла, біль у м'язах та м'язова слабкість, запаморочення, пітливість, подразнення у горлі та біль, охриплість голосу, кашель, сухість у роті, погіршення нюху, відсутність апетиту, поганий сон, дратівливість, можлива задишка, носові кровотечі, біль у серці. Грип може протікати у легкій, середній та тяжкій формі. Можливий нетиповий перебіг з нормальною або субфібрильною (37-37,2° C) температурою. При огляді хворого відмічають почервоніння горла, вологість шкіри, аритмію. Можуть бути ознаки грипозної пневмонії. Тяжкий перебіг хвороби, особливо у дітей, іноді супроводжується набряком легень (при температурі 40° C: дихання поверхове, часте – 40-60 вдихів за хвилину, задишка, ціаноз, порушується серцево-судинна діяльність). Висока температура у дітей може супроводжуватись судомним синдромом, що небезпечно для життя. Температура тримається 3-4 дні і поступово знижується до норми. Якщо вона утримується або підвищилась, слід думати про ускладнення. Стерті та безсимптомні форми грипу межують з вірусоносійністю. Діагноз грипу встановлюють на підставі клінічних ознак, епідеміологічного стану, вірусологічних лабораторних досліджень. Лікування хворих грипом з типовим перебігом проводять у домашніх умовах, а хворих з тяжким станом, з ускладненням та малих дітей – в стаціонарах. Незалежно від складності захворювання хворі повинні дотримуватись постільного режиму, а також повинні бути ізольованими від членів сім'ї до повного зниження температури. Лікування

хворих на грип повинно бути раннім, комплексним, спрямованим на збудника та патологічний процес. Необхідно враховувати вік хворого та наявність хронічних захворювань (нефрит, ревматизм, інфаркт тощо). У першу чергу застосовують препарати, що діють на збудника, – такі як вакцини, лікувальні сироватки, гамма-глобуліни, інтерферон, лаферон та різні хімічні препарати: ремантадин, антигрипін тощо. Ці препарати бажано приймати в перші 2 доби. При підвищенні температури до 38-39° С розмноження вірусу в організмі припиняється, він втрачає свою токсичність і гине. Інколи хворі або лікарі застосовують ліки, які знижують температуру тіла, але це невиправдано. Слід пам'ятати, що при температурі тіла 38° С в організмі відбувається інтенсивне утворення інтерферону і умови для життєдіяльності вірусу стають несприятливими. Інтерферон – це речовина білкової природи, що забезпечує неспецифічний імунний захист від вірусних інфекцій. Використовувати ліки, що знижують температуру тіла, необхідно лише у випадках, коли вона занадто висока (вище 39° С) або її важко переносить хворий, особливо діти. Для зниження температури краще обтирати тіло розчином столового або фруктового оцту, приймати до 2 л на добу гарячих напоїв, що сприяють зниженню температури (відвари лікувальних трав та квітів липи; чай з лимоном, малиною, калиною). Велике значення в лікуванні хворого мають симптоматичні засоби: лікувальне харчування і вітамінотерапія. Зокрема вітамін С, що підвищує опірність організму, потрібно приймати в досить великих дозах (по 0,5 г 3 рази на день). Антимікробне лікування призначають для попередження ускладнень, що можуть бути спричинені бактеріальними інфекціями. Профілактику грипу поділяють на загальну та специфічну. Загальна профілактика включає проведення санітарно-гігієнічних та оздоровчих заходів: загартування, заняття фізкультурою і спортом, раціональне харчування, а також уникнення контактів з хворими і переохолоджень. Специфічна профілактика спрямована на підвищення опірності організму – це вакцинація і прийом препаратів, що обумовлюють

несприйнятливості організму до вірусних інфекцій. Важливим компонентом профілактики є обмеження розповсюдження інфекції за рахунок ізоляції хворих, використання респіраторів, проведення дезінфекцій в приміщеннях, карантинні заходи в дитячих садках, школах, лікарнях тощо. Якщо людина лікується самостійно, вона повинна пам'ятати кілька важливих правил. Правило «бовтанок»: не піддаватися на рекламу розчинних ліків, які радять пити тоннами. Це препарати екстреного та короткочасного приведення застудженої людини до належного вигляду, щоб той зумів провести зустріч, виступити на телебаченні або з доповіддю та... відправився далі хворіти. Приймати їх протягом тижня безглуздо та небезпечно – передусім, для нирок. Правило «носове»: якщо ніс не дихає взагалі, не терпів, не треба. Якщо дихає, нехай навіть сухий, зудить та пече – ні в якому разі не можна робити «планових» закапувань. У таких випадках треба використовувати олії й інгалятори, що пом'якшують слизову (каметон, камфомен, інгакамф). Арсенал судинозвужувальних крапель та спреїв зараз величезний: нафтизин, галазолін... Необхідно обрати для себе один і користуватися ним тільки для полегшення носового дихання, але не більше чотирьох разів на день протягом тижня! Крім того, подібні препарати звужують судини не тільки в носі, але й у всьому організмі, що призводить до підвищення артеріального тиску, прискоренню пульсу, іноді – до серцевих аритмій. Дітям взагалі краще промивати ніс розчином кухонної солі. Правило «протикашлеве»: вологий кашель, що супроводжується відходженням мокроти, пригнічувати не потрібно. Потрібні відхаркувальні засоби, що полегшують відходження мокроти. Для цього підійдуть інгаляції відваром подорожника, цибулі, часнику, розчиненою таблеткою валідолу, бальзамами типу бронхікума, ефірними оліями. Якщо цього не зробити, мокрота в бронхах стане поживним середовищем для бактерій. Якщо ж кашель сухий, треба приймати засоби, які його будуть пригнічувати. Правило «глоткове»: при болю у верхніх дихальних шляхах

потрібно робити інгаляції та полоскати горло розчином фурациліну, соди, розведеними в теплій воді настоянками календули, евкалипту, відваром звіробою. Треба також застосовувати жувально-смоктальні таблетки – стрепсилс, фалімінт, фарінгосепт та аерозолі, які не тільки зменшують біль у горлі, а ще й містять протибактеріальні компоненти. Правило «температурне»: збивати температуру потрібно, лише якщо вона перевищує 38 градусів. В цьому випадку потрібно пити жарознижувальні препарати не 1-2 таблетки тричі на день, а лише 3-4 рази за весь час хвороби. Звичайно при застуді треба пити аспірин, парацетамол, а краще – комплексні препарати, які містять кофеїн, знеболювальний і жарознижувальний препарат. Правило «парацетамольне»: не можна вживати одночасно однотипні ліки, оскільки є ризик передозування певної діючої речовини. Яскравий приклад – парацетамол. Лікувальна доза препарату дуже мала. Якщо вживати понад 5 г на добу – ураження печінки забезпечено. Адже крім того, що парацетамол «ховається» в панадолі, ефіралгані в кількості не менше 1 г на таблетку, він ще входить до складу солпадеїна, колдрекса та багатьох інших комплексних препаратів. Дотримуючись цих правил та не забуваючи, крім ліків, приймати великі дози вітаміну С, можна полегшити перебіг хвороби та скоротити її тривалість.

2. Кір – інфекційне захворювання дітей у навчальних закладах (шляхи інфікування, симптоми, перебіг)

Кір на початку XXI століття є однією з основних причин смерті дітей раннього віку в світі, незважаючи на наявність досить безпечної та ефективної вакцини. У 2015 році в світі було зафіксовано 134 тисячі випадків смерті від кору – кожного дня гинуло близько 367 людей. У 2016 році від кору померло 89 780 людей. Згідно з повідомленням ВООЗ від 26 жовтня 2017 року політика глобальної вакцинації від кору щорічно рятує від смерті в світі близько 1,3 млн життів. У країнах, які проводять тотальну вакцинацію проти кору, захворювання зустрічається у вигляді окремих

випадків. За 2017 рік в Україні зафіксували 4782 випадки цього захворювання. Це у 40 разів більше, ніж позаминулого року (у 2016 році було зафіксовано 78 випадків захворювань на кір). А від початку 2018 року на кір захворіло близько 36 000 осіб; померло 15 осіб, з них 11 дітей. Всесвітня організація охорони здоров'я ще у листопаді 2016 року попереджала про можливість спалаху кору в Україні. Незважаючи на це, кількість щеплених від цього важкого вірусного захворювання в нашій країні не змінилась, при цьому кількість тих, що захворіли, вже йде на тисячі. Медики пояснюють ріст захворюваності на кір тим, що вірус активізується кожні 5-6 років. Невтішні цифри, на думку медиків, були б в рази менші, якби щеплених від кору українців було хоча б 80%, а їх на сьогодні не більше 30%.

З XVIII-го століття кір розглядають як самостійну нозологію. Вірусну етіологію захворювання довели А.Ендерсон і Д.Гольдбергер. Вакцини проти цієї хвороби стали доступні з 1963 року.

Шляхи зараження

Кір надзвичайно контагіозна дитяча інфекційна хвороба, яка характеризується загальною інтоксикацією, підвищенням температури тіла, катаром слизових оболонок дихальних шляхів і кон'юнктив, наступною появою плямисто-папульозної висипки, що покриває шкіру хворого. Збудник кору – фільтрівний вірус – нестійкий у зовнішньому середовищі: у повітрі при денному світлі, у краплинах слини гине за півгодини; при нагріванні до 50°C – протягом 15 хвилин, при 60°C відразу. При низькій температурі в темряві він може зберігатись довго (при 4°C – декілька тижнів; при -15°C і нижче – декілька місяців). Шлях передачі – повітряно-крапельний. Вірус з організму хворої людини виділяється в зовнішнє середовище у великій кількості під час кашлю, при чиханні. Вірус кору може поширюватися через коридори, в сусідні квартири, на інші поверхи. Сприйнятливість людей до кору дуже висока: індекс

контагіозності – 0,96 – 0,98, тобто всі діти й дорослі, які не хворіли на кір, але були в контакті з хворим, захворіють.

Патогенез

Вірус кору вражає імунну систему і пригнічує вроджений протівірусний імунітет. Нейтралізують вірус кору специфічні до нього антитіла (імуноглобуліни). Людина має такі антитіла, якщо переохворіла на кір або успішно пройшла два тури вакцинації. Діти до одного року мають антитіла від матері – вони здатні проходити через плаценту. Цей імунітет зберігається перші три місяці життя. Зустрічаються випадки вродженої форми кору при зараженні плода вірусом від хворої матері. Тому важливо, щоб майбутня мати мала імунітет проти кору. Діти, які не були вакциновані, антитіл не мають. Частіше на кір хворіють діти у віці від 2-ох до 5-ти років, але можуть хворіти і дорослі, які не переохворіли на кір у дитячому віці. Після перенесеного захворювання розвивається стійкий імунітет. Повторне захворювання на кір можливе при патології імунної системи. Характерною є сезонність захворювання – більша кількість випадків захворювань на кір відбувається в зимово-весняний період.

Перебіг хвороби

Інкубаційний період триває в середньому 9-17 днів, а при введенні імуноглобуліну до 21-го дня. У клінічному перебігу виділяють такі періоди: інкубаційний, катаральний, період висипки та реконвалесценції. Катаральний (продромальний) період. Починається хвороба гостро. З'являються симптоми початкового катарального, (продромального) періоду – головний біль, зниження апетиту, порушення сну, підвищення температури тіла до 38 - 39° С, кашель, нежить. З кожним днем посилюються катаральні явища і кашель. З'являються світлобоязнь, слезотеча, розвивається кон'юнктивіт. На 2-ий - 3-ій день від початку хвороби на слизовій оболонці щік проти малих корінних зубів виникають дрібні, розміром з макову зернину, білуваті цятки, які підіймаються над слизовою оболонкою й оточені червоним обідком (ранній симптом кору –

симптом Філатова- Копліка-Бельського). При огляді відмічається збільшення лімфатичних вузлів, найчастіше шийних. Тривалість катарального періоду від 2-х до 5-6 днів. Період висипки починається з нового підвищення температури тіла та посилення інших симптомів загальної інтоксикації. Перші елементи висипу з'являються за вухами, на переніссі та на обличчі. Характерною є етапність появи висипки: спочатку на обличчі та шиї, потім на тулубі й нарешті – на кінцівках. Висипка плямистопапульозна, сильна, місцями вона зливається, розміщується на незмінному тлі шкіри. Елементи висипки тримаються близько трьох днів, з четвертого починають згасати у тому самому порядку, в якому з'явилися. Разом із згасанням висипки зменшуються катаральні явища і симптоми загальної інтоксикації, нормалізується температура тіла.

Період реконвалесценції (період пігментації) характеризується покращанням загального стану хворого: самопочуття стає задовільним, нормалізується температура тіла, поступово зникають катаральні явища. Елементи висипки поступово блідніють і перетворюються в світло-коричневі плями. Пігментація зникає за 5-7 днів. Після її зникнення виникає висівкоподібне лущення шкіри, переважно на обличчі.

Ускладнення

Якби кір минав без жодних наслідків всього за тиждень, він би не спричиняв смерті дітей по всьому світу. Цей вірус небезпечний тим, що ускладнення після хвороби можуть бути ще небезпечнішими за перебіг самої недуги. Кір послаблює імунітет і знижує здатність організму боротися з іншими хворобами, тому організм стає чутливим до будь-якої бактеріальної інфекції. Найбільш частим ускладненням кору є пневмонія, ларингіт, трахеобронхіт, стоматит. Менінгіти, енцефаліти і поліневрити частіше зустрічаються у дорослих. Найважчі ускладнення кору, які зустрічаються рідко – це менінгіт і енцефаліт.

Лікування та догляд

Неускладнений кір лікують дома, обов'язково під наглядом лікаря. При важкому перебігу хвороби, розвитку ускладнень, можлива шпиталізація. У кімнаті, де перебуває хвора дитина, необхідно щодня робити вологе прибирання. Провітрювання повинні бути якнайчастішими. Завіси краще тримати закритими, тому що при кору спостерігається світлобоязнь. Дитині треба давати багато питва – компоти, морси, чаї. Їжа повинна бути легка – кисломолочні продукти, овочеві супи, фруктові й овочеві пюре, відварене протерте м'ясо. Після перенесеного кору дитина дуже ослаблена. Її імунна система ще мінімум два місяці залишається надзвичайно сприйнятливою до будь-якої інфекції.

3. Дифтерія – інфекційне захворювання дітей у навчальних закладах (шляхи інфікування, симптоми, перебіг).

Дифтерія – гостра інфекційна хвороба переважно дитячого віку, яка характеризується значною загальною інтоксикацією та місцевим запальним процесом з утворенням фібринозних плівок на слизових оболонках зів (глотки), носа, гортані, трахеї, бронхів, очей, зовнішніх статевих органів і на пошкодженій шкірі. Ця інфекція призводить до дуже складних наслідків, найбільший з яких – смертність. Імунізація, що проводилася з 1930-х років, дозволила до середини 1970-х років практично ліквідувати дифтерію у багатьох країнах як масову епідемічну хворобу. Вона реєструвалася тільки у вигляді поодиноких випадків. Але з кінця 1980-х років спалахнула епідемія дифтерії, яка охопила переважно Росію і Україну (максимум захворюваності припав на ці країни). Характерною рисою даної епідемії було значне переважання серед захворілих дорослого населення над дитячим. Ситуація, що виникла з дифтерією, свідчить про те, що керовані інфекції залишаються підконтрольними лише при дотриманні методів імунопрофілактики, порушення цього негайно призводить до активації епідеміологічного процесу. За даними ВООЗ, Україна увійшла до вісімки країн із найнижчим рівнем вакцинації.

Нинішній рівень – менше 50%. Навіть у непрості 90-ті роки було близько 80% вакцинацій. Якщо рівень колективного імунітету падає нижче 90%, то неможливо гарантувати, що не станеться спалахів інфекції. В Україні у 2017 році спостерігалось збільшення кількості захворілих через зменшення прошарку вакцинованих проти дифтерії.

Патогенез

Збудник дифтерії – дифтерійна паличка (паличка Леффлера). Стійка у зовнішньому середовищі. Температуру нижче 0°C витримує добре. Довго зберігається при висиханні. У слизу чи плівках, які висохли, може зберігати життєдіяльність декілька місяців. Розпилена у вигляді дрібних краплин може зберігатись у повітрі протягом одного-двох днів, навіть при сонячному світлі вона гине тільки через декілька годин. Чутлива до дезінфікуючих засобів, при кип'ятінні гине відразу. Дифтерія – типова повітряно-крапельна інфекція. Проте у зв'язку зі стійкістю збудника буває і контактна передача інфекції: прямий контакт (поцілунок) і непрямий (посуд, іграшки). Заразитися можна і через харчові продукти. Сприйнятливі до дифтерії всі вікові групи, але найчастіше хворіють діти віком від 1-го до 10-ти років. Індекс контагіозності 15-20% (індекс контагіозності – це середнє відношення кількості захворілих до числа тих, що не хворіли раніше на цю інфекційну хворобу і могли заразитися нею). Джерело інфекції – хворий і бактеріоносій.

Перебіг хвороби

Інкубаційний період триває від 2-х до 10-ти днів. За ці дні в зоні вхідних воріт інфекції відбувається проникнення в організм збудника дифтерії. Одночасно з цим, при попаданні на клітини епітелію, бактерії дифтерії починають провокувати роз'єднання клітин в тканинах, що забезпечується за рахунок пригнічення процесу синтезу в їх білкових фракціях. Бактерії дифтерії в організмі людини виділяють токсин, внаслідок чого розвивається токсико-інфекційний шок. Паралельно починає діяти і екзотоксин, за рахунок якого гинуть тканини, розвивається

набряк і з'являється ексудат – рідина між клітинами, яка згодом перетворюється у фібрин. Фібрин зовні проявляється у вигляді плівки жовтуватого кольору (нальоту), що покриває слизові оболонки. Класифікація дифтерії визначає ряд форм цього захворювання, що характеризуються особливостями перебігу.

Дифтерія ротоглотки, а вона в списку значиться першою, діагностується найчастіше. Можлива комбінована форма дифтерії, коли уражається не один, а кілька органів. Найчастішою формою дифтерії є дифтерія зіва – дифтерійна ангіна. Залежно від ступеня загальної інтоксикації та поширення місцевого процесу розрізняють локалізовану, поширену та токсичну дифтерію зіва. Локалізована дифтерія зіва характеризується помірною інтоксикацією та місцевим запальним процесом, що обмежується ділянкою піднебінних мигдаликів. Хвороба починається нездужанням, втратою апетиту, підвищенням температури тіла, болем при ковтанні, помірним збільшенням дещо болісних підщелепних лімфовузлів. Залежно від характеру ураження піднебінних мигдаликів локалізовану дифтерію поділяють на плівчасту, острівцеву й катаральну. При плівчастій формі локалізованої дифтерії зіва слизова оболонка помірно червона, мигдалики збільшені, на їхній поверхні є білуваті, сірувато-білі або сірі нальоти з гладенькою, дещо хвилястою поверхнею, чітко окресленими краями. Наліоти щільно сидять на прилеглий тканині, важко знімаються шпателем. Зняття нальоту викликає кровотечу з ураженої ділянки мигдалика. Якщо знятий наліт помістити у воду кімнатної температури, то він зберігає свою форму, навіть якщо на нього діяти предметом з тупими краями (шпателем). При острівцевій формі спостерігаються острівці нальотів з неправильними обрисами, щільно зв'язані з поверхнею помірно збільшених і почервонілих мигдаликів. При катаральній формі симптомів інтоксикації практично немає. Відзначається помірне збільшення і почервоніння мигдаликів. Дифтерійний круп – клінічний синдром, що виявляється хрипким і сиплим

голосом, гавкаючим грубим кашлем, утрудненим диханням. При відсутності специфічного лікування поступово переходить у стенотичний круп. Він триває від декількох годин до 2-3-х діб. Без введення протидифтерійної сироватки закінчується летальним результатом при явищах асфіксії, дихальної недостатності і коми. Поширена дифтерія характеризується чіткіше вираженими явищами загальної інтоксикації. З'являється слабкість, анорексія, підвищується температура до 38°C і вище. Спостерігається помірний біль у горлі, який посилюється під час ковтання, болючість збільшених лімфатичних вузлів. Типовими є нальоти, які поширюються за межі мигдаликів. При токсичній дифтерії всі симптоми виражені ще сильніше. Відмічаються нервово-психічні розлади (збудження, марення, порушення свідомості). Спостерігається різкий набряк слизової оболонки зів (ротоглотки), через це не завжди вдається побачити дифтерійні нальоти і тому при появі набряку в ділянці зів, незалежно від того, видно наліт чи ні, необхідно припустити вірогідність токсичної дифтерії зів.

Ускладнення

Специфічні ускладнення дифтерії викликає токсична форма захворювання, що супроводжується вираженим інтоксикаційним синдромом. Виділяють ряд ускладнень, які виникають найчастіше. Інфекційно-токсичний шок – найнебезпечніше ускладнення. Розвивається зазвичай на 1-3-ю добу захворювання, як правило, у невакцинованих хворих, яких не лікували. Характеризується загальним ураженням усіх органів і систем. ДВЗ-синдром – порушення згортання крові, через які можуть виникати носові кровотечі, крововиливи під шкіру, в слизові оболонки та інші органи – є небезпечною ознакою і значно погіршує прогноз. Токсична кардіоміопатія – найбільш часта форма ускладнення. Розвивається на першому тижні від початку захворювання. Характеризується прискоренням частоти серцевих скорочень до 200 ударів за хвилину, аритмією, зниженням артеріального тиску, розширенням меж

серця. Поліневротичні ускладнення дифтерії характеризуються чутливими, руховими і вегетативними розладами. Порушується акт ковтання, фокусування погляду, розвиваються парези і паралічі. Нефротичні ускладнення дифтерії розвиваються в гострій період хвороби і характеризуються появою в сечі крові, білка. Основними причинами смерті при дифтерії є ураження серця, асфіксія при дифтерії дихальних шляхів, синдром дисемінованого внутрішньо-судинного згортання (ДВЗ-синдром) з розвитком гострої ниркової недостатності або гострого респіраторного синдрому дорослих і приєднання вторинної бактеріальної інфекції.

4. Профілактичні заходи щодо групи інфекцій дихальних шляхів

У людини, яка перехворіла на кір, на все життя зберігається імунітет до цієї інфекції. Випадки повторних захворювань одиничні. Планову активну імунізацію живою ослабленою вакциною проти кору проводять у віці 12 місяців одноразово, ревакцинація – у шість років. Імунізація проти кору також проводиться раніше нещепленим підліткам, що не хворіли на кір, у віці 15-17 років і дорослим у віці до 35-ти років. Тому, хто контактував із хворим на кір, і при цьому раніше не хворів і нещеплений проти цієї інфекції, можливе проведення пасивної імунізації. Введення імуноглобуліну протягом перших днів після контакту може захистити від хвороби або забезпечити більш легкий її перебіг. Хворого на кір ізолюють на 4-ий день з моменту висипки, а в ускладнених випадках – на 10-ий день. Особи, які не хворіли, і нещеплені діти при одноразовому контакті перші сім днів можуть відвідувати дитячі заклади, а потім підлягають карантину до 17-го дня, а ті, що отримали імуноглобулін, – до 21-го дня. В осередку щоденно проводять огляд і термометрію, усіх виявлених хворих терміново ізолюють.

Єдиний і найдієвіший спосіб захиститися від дифтерії – це вакцинація. Схема імунізації дітей передбачає імунізацію вакциною АКДП починаючи з двох місяців життя (вакцинують 3-кратно з інтервалом 30-40

днів). Повторні вакцинації проводяться у 18 місяців, 6 років та в 16. А дорослим потрібно робити вакцинацію від дифтерії кожні десять років, поки вони не досягнуть 56-річного віку. Без вакцинації від дифтерії помирає близько 50% хворих (у вакцинованих кількість летальних випадків становить 10-15%). Хворого на дифтерію обов'язково шпиталізують. Дитина, що одужала, допускається у дитячий заклад після додаткового дворазового обстеження на наявність збудника з негативним результатом. Усі контактні з хворим проходять бактеріологічне обстеження. В осередку проводиться заключна дезінфекція – кип'ятіння або камерна обробка речей. За епідемічним осередком встановлюють медичний нагляд протягом 7-8 днів. Для хворого на дифтерію має велике значення фізичний і психічний спокій. Суворий постільний режим необхідний терміном від 7 днів до 6-7 тижнів, а у випадку розвитку дифтерійного міокардиту або паралічів – до повного видужання. Недотримання режиму може причинити зупинку серця та смерть. При догляді за тяжкохворими потрібно турбуватися про підтримання чистоти у ротовій порожнині, глотці й носових ходах, звільняючи їх від некротичних мас, слизу й плівок, що утворилися. Для цього проводять туалет ротоглотки (полоскання слабким дезінфекційним розчином, підігрітим до температури 38°C).

Рекомендована література

Основна:

1. Страшко С.В., Кривич І.П., Гусєва Г.М., Білик В.Г. / редакція Семеренко Г.В. Інфекційні та неінфекційні хвороби, що набули соціального значення // Додаток до підручника з основ медичних знань для студентів педагогічних спеціальностей закладів вищої освіти. – Київ: Видавництво «Алатон», 2018. – Вид. 2.– 74 с.
2. Шиян О. І. Розвиток державної освітньої політики з питань забезпечення здорового способу життя молоді у світі та Україні /

Олена Шиян // Ефективність державного управління : зб. наук. пр. ЛРІДУ НАДУ. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2010. – № 24 - С. 152–159.

Допоміжна:

1. Шиян О. Особливості впровадження навчання з основ здоров'я у школах України / Олена Шиян, Євгенія Сливка // Молода спортивна наука України : зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. Вип. 13 : у 4-х т. – Львів : НВФ «Українські технології», 2009. – Т. 2. – С. 202-206.
2. Циганов Г.В. Реалізація здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчально-виховному процесі [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<http://zpschool.ucoz.ru/publ/1-1-0-1>.