

Областное государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Утверждаю

зам. директора по учебной работе

ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж»  О.И.Комолкина



Сестринская помощь при дифтерии, скарлатине.

Методическая разработка теоретического занятия № 12 для преподавателей
по ПМ.02. Участие в лечебно-диагностических и реабилитационных процессах
МДК 02.01. Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях.

Раздел.1. Особенности оказания сестринской помощи детям.

для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Составитель: Шурыгина Т.В., преподаватель
ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж»

Рецензент:

Рассмотрено на заседании

ЦМК специальности Сестринское дело

Протокол № 8 от 10.03.2022

Председатель ЦМК  Н.Г.Самсонова

Саянск

2022

Содержание

Методическая разработка практического занятия для преподавателей по дисциплине «Сестринская помощь детям» для специальности 34.02.01 Сестринское дело

1. Пояснительная записка	3
2. Выписка из рабочей программы	4
3. Учебно-методическая карта занятия №12	5
4. Содержание учебного материала	9
5. Контрольные вопросы для фронтального опроса.	18

Пояснительная записка

Данная методическая разработка предложена для проведения теоретического занятия продолжительностью 90 минут по МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Сестринская помощь при нарушениях здоровья. Раздел «Сестринская помощь детям» по теме «Сестринская помощь при скарлатине, дифтерии» для студентов 3 курса специальности «Сестринское дело» Актуальность выбранной темы заключается в том, что инфекционные заболевания у детей занимают в структуре детской заболеваемости особое место. Вместе с тем, возникновение этих заболеваний является устранимым в случае проведения специфической и неспецифической иммунопрофилактики, соблюдения правил личной гигиены, своевременной санации хронических очагов инфекции. Комплексный подход к рассмотрению вопросов лечения, ухода, профилактики, осложнений и ранней реабилитации, прогнозируемые последствия развития реальной ситуации не только придают процессу обучения глубину и осознаваемую ясность, но и способствуют практической реализации знаний и умений, полученных в учебной аудитории.

Методическая разработка способствует формированию у обучающихся знаний о понятиях, таких как дифтерия, скарлатина, а также правильном уходе за детьми с инфекционными заболеваниями.

Целью разработки данного учебно-методического комплекса является обучение сестринской помощи при работе с детьми инфекционными заболеваниями. Методическая разработка составлена в соответствии с ФГОС СПО III поколения для обучающихся по специальности 34.02.01 Сестринское дело.

Методическая разработка включает в себя технологическую карту занятия, содержание учебного материала, контрольные вопросы.

3.2. Содержание обучения по профессиональному модулю «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

Наименование разделов профессионального модуля (ПМ), междисциплинарных курсов (МДК) и тем	Содержание учебного материала, практические занятия, самостоятельная работа обучающихся, курсовая работа (проект)	Объем часов	Уровень освоения
1	2	3	4
Раздел 1. Участие в лечебно-диагностическом процессе при оказании сестринской помощи людям разного возраста в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях.			3
МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях (Сестринская помощь при нарушениях здоровья).			2
Раздел 1. Сестринская помощь детям.		178	
Тема 1.30. Сестринская помощь при дифтерии, скарлатине.	Причины, клинические проявления дифтерии, скарлатины. Принципы диагностики, лечения, профилактики. Сестринский уход.	2	

Учебно-методическая карта (план) занятия №12

УД/ПМ ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, в .ч Сестринская помощь детям.

Гру ппа	Дата

(наименование)

Тема занятия Сестринская помощь при дифтерии, скарлатине.

Время 90 минут

Вид занятия теоритическое

Тип занятия: урок усвоения новых знаний

Цель занятия

Учебная: Студент должен знать причины, факторы риска, клинические проявления, особенности ухода, лечение и профилактики за детьми при дифтерии, скарлатине. Способствовать формированию у обучающихся знаний о факторах, влияющих на здоровье детей, факторах риска здоровью.

Развивающая: Развитие профессионального клинического мышления и профессиональных умений самостоятельной работы, творческих способностей личности, умение обучать ребенка и родителей.

Воспитательная: Воспитание культуры общения, профессиональной выдержки, самообладания, чувства ответственности за пациента.

Обучающийся должен уметь _____

Обучающийся должен знать:

- анатомо-физиологические особенности детей, системы дыхания ребенка, кожных покровов;
- основные симптомы при дифтерии, скарлатине;
- методы объективного обследования, применяемые при обследовании детей;
- основные проблемы детей в период грудного, дошкольного, школьного возраста.
- понятие: иммунопрофилактика, медицинской обработки носоглотки, гортани, кожных покровов детей.
- факторы риска здоровью, профилактика.
- о роли сестринского персонала в сохранении и укреплении здоровья детского организма.
- причины, факторы риска.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 4.2. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке.

Интеграционные связи УД и ПМ

Обеспечивающие –

ОП.05. Гигиена и экология человека, ОП.02. Анатомия и физиология человека, МДК.01.01.

Здоровы человек и его окружение, Фармакология, Психология, Основы микробиологии и иммунологии, ПМ. 01. Проведение профилактических мероприятий (МДК 01.02 Основы профилактики)

Обеспечиваемые – ПМ 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах, ПМ 01 Проведение профилактических мероприятий (МДК 01.03 Сестринская помощь в системе первичной медико-санитарной помощи) ПМ 04 Выполнение работ по профессии Младшая медицинская сестра по уходу за больными (решение проблем пациента посредством сестринского ухода.),

А. Наглядные пособия рисунки с изображением, нормативные документы

Б. Раздаточный материал таблицы, схемы.

В. Технические средства обучения

Г. Учебные места кабинет 26

Д. Литература основная: О.С. Католикова, Сестринский уход в педиатрии:

МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, Ростов - на – дону: Феникс, 2015г.

В.Р. Кучма, О.В. Сивочалова, Здоровый человек и его окружение: учебник ГЭОТАР - Медиа, 2015г.

И.В. Тарасова, И.Н. Назирбекова, О.Н.Стеганцева, Ф.И. Ушакова - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010г.

дополнительная: К.И. Григорьев, Р.Р. Кильдиярова, Особенности оказания сестринской помощи детям: учебное пособие/ Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2016г.

В.Д. Тульчинская, Здоровье детей: учебное пособие/ Ростов – на – Дону: Феникс, 2014 г.

С.А. Мухина, И.И. Тарновская, Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» / Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей/ издательская группа «ГЭОТАР – Медиа» 2016г.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Структура занятия

время	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
№ элемента	1,2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4,5
Использование НП ТСО и др.																		

Содержание занятия

№ элемента	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания
1.	Организационный момент:	Цель: организация

	<p>- приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета;</p> <p>- отметка отсутствующих;</p> <p>- сообщение темы, плана, целей занятия.</p> <p>Тема данного занятия «Сестринская помощь при дифтерии, скарлатине»</p> <p>Основные цели данного занятия способствовать формированию у обучающихся знаний о детском возрасте и факторах, риска здоровью.</p>	<p>обучающихся, создание рабочей обстановки на занятии.</p> <p>2 минуты.</p>
2.	<p>Актуализация новых знаний</p> <p>Преподаватель задает вопросы: Что такое инфекция, что такое дезинфекция, как проводится обработка поверхностей, что такое изоляция, какие виды сыпи Вы знаете?</p>	<p>Цель: Понимание сущности и социальной значимости своей будущей профессии, проявление устойчивого интереса.</p> <p>2 минуты ОК 1, 12</p>
3.	<p>Мотивация учебной деятельности</p> <p>Обратить внимание обучающихся на важность изучения данной темы, ее место в изучении дисциплины, связь с другими предметами и будущей профессией.</p> <p>Сестринская помощь при дифтерии, скарлатине, является неотъемлемой частью сестринского ухода и оказания неотложной помощи детям. Однако оказание помощи невозможно без тщательного сестринского обследования детей, знаний иммунопрофилактики, ухода и выявления проблем.</p>	<p>Цель: формирование познавательного интереса к занятию.</p> <p>3 минуты.</p> <p>ОК 1</p>
4.	<p>Изучение нового материала. а) Преподаватель знакомит обучающихся и обучает проведению первичной сестринской оценки. Состояния ребенка в условиях оказания амбулаторной и стационарной помощи. Составление планов сестринского ухода и лечения детей при дифтерии, скарлатине рахите. Психологическая подготовка к проведению вмешательств. Профилактика осложнений. Правила ухода за кожными покровами, слизистыми оболочками гортани, носоглотки.</p> <p>б) При изложении материала преподаватель использует записи на доске (новая терминология).</p>	<p>Цель: формирование знаний по новой теме.</p> <p>65 минут</p> <p>В ходе изложения материала обучающиеся записывают основную информацию в тетради.</p> <p>ОК 2, ПК 4.2.</p>
5.	<p>Закрепление нового материала. Контрольные вопросы для фронтального опроса.</p>	<p>Цель: Закрепление знаний нового материала 8 минут.</p> <p>По окончании изложения материала преподаватель задает контрольные вопросы. ОК 2,3,4</p>
6.	<p>Подведение итогов занятия.</p>	<p>Цель: помочь</p>

	- метод рефлексии: Чем интересна была лекция? Что особенно запомнилось? Доволен ли результатом своих знаний?	обучающимся в осмыслении результатов работы на занятии. 2 минуты. ОК 12.
7.	Инструктаж домашнего задания задание на дом: кроссворд по изученной теме. конспекты лекций О.С. Католикова, Сестринский уход в педиатрии: МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, Ростов - на - дону: Феникс, 2015г.	Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания, активизировать самоподготовку. 8 минут ОК 2,4,5

Содержание учебного материала.

Дифтерия. Этиология, клиника, диагностика, осложнения. Особенности течения дифтерии

Дифтерия – острая инфекционная заболевание с воздушно– капельным механизмом передачи, вызываемое дифтерийными токсигенными коринебактериями, характеризуется крупозным или фибринозным воспалением слизистой оболочки в воротах инфекции (в зеве, носу, гортани, трахее, реже) в других органах и общей интоксикацией.

Этиология. Возбудитель – токсигенная дифтерийная палочка, тонкая, слегка искривленная с утолщениями на концах, не образует спор и капсул, грамположительная, устойчивая во внешней среде, хорошо переносит высушивание, чувствительна к действию высокой температуры и дезинфицирующих средств. Дифтерийный экзотоксин – основной фактор патогенности дифтерийных палочек. Он относится к сильнодействующим бактериальным токсинам, обладает тропностью к тканям нервной и сердечно-сосудистой систем, надпочечников.

Эпидемиология. Источники инфекции – больной человек или носитель токсигенных штаммов дифтерийных бактерий. Больной дифтерией может быть заразным в последний день инкубационного периода и в период разгара болезни. Путь передачи – воздушно-капельный. В связи с длительным сохранением жизнеспособности микроорганизмов на предметах обихода возможна передача инфекции через эти предметы, контактно-бытовым путем. Иммунитет после дифтерийной инфекции нестойкий.

Патогенез. Проникнув в организм, возбудитель останавливается в области входных ворот (в глотке, носу, гортани, на слизистых оболочках глаз, половых органов и т. д.). Там он размножается и продуцирует экзотоксин, под действием которого происходят коагуляционный некроз эпителия, расширение сосудов и повышение их проницаемости, выпотевание экссудата фибриногеном и развитие фибринозного воспаления. Продуцируемый возбудителем токсин всасывается в кровь и вызывает общую интоксикацию с поражением миокарда, периферической и вегетативной нервной системы, почек, надпочечников. Дифтерийная палочка вегетирует на слизистых оболочках зева и других органов, где развивается крупозное или дифтерийное воспаление с образованием пленок.

Классификация. В зависимости от локализации воспалительного процесса различают дифтерию ротоглотки, носа, гортани, глаз, уха, наружных половых органов, кожи. По распространенности налетов различают локализованную и распространенную формы. По тяжести токсического

синдрома – субтоксическую, токсическую, геморрагическую, гипертоксическую формы.

Клиника. Выделяют следующие периоды болезни: инкубационный период (от 2 до 10 дней), период разгара, период выздоровления. При локализованной форме дифтерии начало болезни острое, повышение температуры тела до 37—38 °С. Общая интоксикация не выражена: головная боль, недомогание, снижение аппетита, бледность кожи. Зев умеренно гиперемирован, появляется умеренно или слабовыраженная боль при глотании, отечность миндалин и небных дужек, образуются фибриновые пленчатые налеты на миндалинах, регионарные лимфатические узлы увеличены незначительно. Налеты на миндалинах имеют вид небольших бляшек, нередко расположенных в лакунах.

Пленчатая форма характеризуется наличием налетов в виде полупрозрачной пленки. Они постепенно пропитываются фибрином и становятся плотными. Сначала пленка снимается легко и без кровоточивости, в дальнейшем сопровождаются кровоточивостью.

Островчатая форма дифтерии характеризуется наличием единичных или множественных налетов неправильных очертаний в виде островков. Размеры от 3 до 4 мм. Процесс чаще бывает двусторонним.

Катаральная форма дифтерии отличается минимальными общими и местными симптомами. Интоксикация не выражена. Субфебрильная температура, появляются неприятные ощущения в горле при глотании. Отмечается гиперемия и отечность миндалин, налеты отсутствуют.

При распространенной форме дифтерии зева начало острое, интоксикация выражена, температура тела высокая, регионарные лимфатические узлы увеличены. Жалобы на боль в горле, недомогание, снижение аппетита, головную боль, адинамию, отсутствие аппетита, бледность кожных покровов. При осмотре ротоглотки выявляются гиперемия и отек слизистых небных миндалин, дужек, мягкого неба.

Токсическая дифтерия зева: начало острое (с повышением температуры до 39—40 °С), выраженная интоксикация. При осмотре ротоглотки отмечают гиперемию и отек слизистых небных миндалин с резким увеличением миндалин, значительным отеком слизистой оболочки зева и образованием налетов через 12—15 ч от начала заболевания в виде легко снимающейся пленки. На 2—3-и сутки налеты становятся толстыми, грязно-серого цвета (иногда бугристой формы), переходящими с миндалин на мягкое и твердое небо. Дыхание через рот может быть затруднено, голос приобретает черты сдавленности. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, окружающая их подкожная клетчатка отечная. Важным признаком токсической дифтерии является отек клетчатки на шее. При токсической

дифтерии I степени происходит распространение отека до середины шеи, при II степени – до ключицы, при III степени – ниже ключицы. Общее состояние больного тяжелое, высокая температура (39—40 °C), слабость. Наблюдаются расстройства сердечно-сосудистой системы. Дифтерия гортани (или истинный круп) встречается редко, характеризуется крупозным воспалением слизистой оболочки гортани и трахеи. Течение болезни быстро прогрессирует. Первая стадия катаральная, ее продолжительность составляет 2—3 дня. В это время повышается температура тела, увеличивается осиплость голоса. Кашель сначала грубый, «лающий», но потом теряет звучность. Следующая стадия – стенотическая. Она сопровождается увеличением стеноза верхних дыхательных путей. Наблюдается шумное дыхание, сопровождающееся усиленной работой вспомогательной дыхательной мускулатуры при вдохе. Во время третьей (асфиктической) стадии наблюдаются выраженные расстройства газообмена (усиленное потоотделение, цианоз носогубного треугольника, выпадение пульса на высоте вдоха), больной испытывает тревогу, беспокойство. Геморрагическая форма характеризуется теми же клиническими симптомами, что и токсическая дифтерия ротоглотки II—III степени, но на 2—3-й день развивается синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Пленчатые налеты пропитываются кровью и становятся черными. Возникают носовые кровотечения, кровавая рвота, кровавый стул. Дифтерия носа, конъюнктивы глаз, наружных половых органов в последнее время почти не встречается. Осложнения, возникающие при токсической дифтерии II и III степени и при поздно начатом лечении: в раннем периоде болезни нарастают симптомы сосудистой и сердечной недостаточности. Выявление миокардита происходит чаще на второй неделе болезни и проявляется нарушением сократительной способности миокарда и проводящей его системы. Обратное развитие миокардита происходит медленно. Моно- и полирадикулоневриты характеризуются вялыми периферическими парезами и параличами мягкого неба, мышц конечностей, шеи, туловища. Опасное осложнение для жизни представляют парезы и параличи гортанных, дыхательных межреберных мышц, диафрагмы.

Гипертоксическая форма дифтерии характеризуется выраженной интоксикацией, температура тела повышается до 40—41 °C, сознание затемнено, может появляться неукротимая рвота. Пульс частый, слабый, артериальное давление понижено, кожные покровы бледные. Отек слизистой ротоглотки ярко выражен, быстро распространяется с шейной клетчатки ниже ключиц. Общее состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, цианотичные, пульс нитевидный, тоны сердца глухие, артериальное давление снижается, в первые сутки может наступить смерть.

Дифтерия гортани (дифтерийный истинный круп). Клинический синдром сопровождается изменением голоса вплоть до афонии, грубым «лающим» кашлем и затрудненным стенотическим дыханием. Заболевание начинается с

умеренного повышения температуры, слабо выраженной интоксикации, появления «лающего» кашля и осипшего голоса.

Стеноз I степени: затрудненный вдох, шумное дыхание, осиплость голоса, учащенное дыхание, легкое втяжение податливых мест грудной клетки. Кашель грубый, «лающий».

Стеноз II степени: более выраженное шумное дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки, афоничный голос, беззвучный кашель. Приступы стенотического дыхания учащаются.

Стеноз III степени: постоянное стенотическое дыхание, вдох удлинен, затруднен, дыхание шумное, слышное на расстоянии, афония, беззвучный кашель, глубокое втяжение податливых мест грудной клетки, дыхательная недостаточность. Цианоз носогубного треугольника, холодный липкий пот, частый пульс. Ребенок беспокоен, мечется. Дыхание в легких проводится плохо. Этот период стеноза III степени называют переходным от стадии стеноза в стадию асфиксии.

Стеноз IV степени: ребенок вялый, адинамичный, дыхание частое, поверхностное, общий цианоз. Зрачки расширены. Пульс частый, нитевидный, артериальное давление снижено. Сознание затемнено или отсутствует. Дыхательные шумы в легких едва прослушиваются.

Дифтерия носа: воспалительный процесс локализуется на слизистой оболочке носа. Заболевание начинается постепенно, без нарушения общего состояния. Появляются выделения из носа, которые имеют сначала серозный цвет, затем серозно-гнойный или сукровичный характер. При осмотре полости носа отмечается сужение носовых ходов за счет отека слизистой оболочки, на носовой оболочке обнаруживаются эрозии, язвочки, корочки, кровянистые выделения. Возникновение отека в области переносицы и придаточных пазух носа свидетельствует о токсической форме дифтерии. Течение заболевания длительное.

Дифтерия глаз подразделяется на крупозную, дифтерийную, катаральную. Крупозная форма начинается остро, температура субфебрильная. Вначале в воспалительный процесс вовлекается один глаз, затем другой. Кожа век отечна, гиперемирована. Роговица не поражается. Фибриновые пленки располагаются на слизистых оболочках, при удалении налета слизистая кровоточит. Дифтерийная форма начинается остро, с фебрильной температуры, интоксикации. Налеты плотные и располагаются не только на слизистой оболочке век, но переходят и на глазное яблоко. Веки сомкнуты, кожа век отечна, цвета спелой сливы. Веки выворачиваются с большим трудом. Наблюдается умеренное серозно-кровянистое отделяемое из глаз. Может поражаться роговица и нарушаться зрение. Катаральная форма

дифтерии глаз характеризуется отеком и гиперемией слизистых оболочек, фибринозных пленок не бывает.

Дифтерия наружных половых органов характеризуется отеком тканей, гиперемией с цианотичным оттенком, появлением фибринозных пленок на больших половых губах или крайней плоти, увеличением паховых лимфатических узлов. Фибринозные налеты плотные обширные и переходят на слизистые оболочки малых половых губ, влагалища, окружающую кожу. Появление отека подкожной клетчатки в паховой области и на бедрах свидетельствует о токсической форме дифтерии. Осложнения: миокардит, нефроз, периферические параличи.

Диагностика. На основании клинических и лабораторных данных определяют наличие токсигенных дифтерийных палочек, в периферической крови – лейкоцитоз со сдвигом влево, уменьшение количества тромбоцитов, повышение свертываемости крови и ретракции кровяного сгустка.

Дифференциальный диагноз проводят с ангиной, инфекционным мононуклеозом, ложным крупом, пленчатым аденовирусным конъюнктивитом (при дифтерии глаза).

Лечение. Больные дифтерией подлежат обязательной госпитализации, им назначают постельный режим, лечение этиотропное, наиболее раннее, в/м введение антитоксической противодифтерийной сыворотки в соответствующих дозах.

Проводятся дезинтоксикационная терапия (включая свежзамороженную плазму, реополиглюкин, гемодез), а также неспецифическая патогенетическая терапия, внутривенные капельные вливания белковых препаратов, таких как альбумин, раствор глюкозы. Вводят преднизолон. Антибактериальная терапия, кокарбоксилаза, витаминотерапия. При дифтерийном крупе необходим покой, свежий воздух. Рекомендуются седативные средства. Ослаблению гортанного стеноза способствует назначение глюкокортикоидов. Применяют парокислородные ингаляции в палатках-камерах. Хороший эффект может оказать отсасывание слизи и пленок из дыхательных путей с помощью электроотсоса. Учитывая частоту развития пневмонии при крупе, назначают антибактериальную терапию. В случае тяжелого стеноза и при переходе II стадии стеноза в III прибегают к назотрахеальной интубации или нижней трахеостомии.

Профилактика. Активная иммунизация – это основа успешной борьбы с дифтерией. Иммунизация адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакциной (АКДС) и адсорбированным дифтерийно-столбнячным анатоксином (АДС) касается всех детей с учетом противопоказаний. Первичная вакцинация проводится начиная с 3-месячного возраста трехкратно по 0,5 мл вакцины с интервалом 1,5 месяца;

ревакцинация – той же дозой вакцины через 1,5—2 года по окончании курса вакцинации. В возрасте 6 и 11 лет детей ревакцинируют только против дифтерии и столбняка анатоксином АДС-М.

Скарлатина - острое инфекционное заболевание, характеризующееся симптомами общей интоксикации, ангиной и мелкоочечной сыпью на коже.

Этиология. Возбудитель заболевания - β -гемолитический стрептококк группы А. Его особенностью является способность вырабатывать экзотоксин. Решающая роль в возникновении заболевания принадлежит уровню антитоксического иммунитета. Если он низкий или отсутствует, внедрение стрептококка вызывает развитие скарлатины. При напряженном антитоксическом иммунитете стрептококковая инфекция протекает в виде ангины или фарингита. Возбудитель достаточно устойчив во внешней среде, может в течение длительного времени сохраняться в пищевых продуктах.

Эпидемиология. Источником инфекции является больной скарлатиной или другим стрептококковым заболеванием, носитель (β -гемолитического стрептококка).

Основной механизм передачи инфекции - воздушнокапельный. Возможен контактно-бытовой механизм передачи или пищевой путь, реализуемый, в основном, через молоко, молочные продукты, кремы.

Чаще скарлатиной болеют дети дошкольного и младшего школьного возраста. На 1-м году жизни заболевание встречается редко в связи с высоким титром антитоксического иммунитета, полученного от матери.

Контагиозный индекс составляет около 40%. После перенесенной инфекции остается прочный антитоксический иммунитет.

Патогенез. Входными воротами для возбудителя является небные миндалины, у детей раннего возраста из-за их недоразвития глоточная миндалина или слизистая оболочка верхних дыхательных путей. В редких случаях стрептококк может проникать в организм через раневую или ожоговую поверхность кожи. Развитие болезни связано с токсическим, септическим (воспалительным) и аллергическим воздействием возбудителя. На месте внедрения стрептококка формируется воспалительный очаг. По лимфатическим и кровеносным сосудам возбудитель проникает в регионарные лимфатические узлы и вызывает их поражение. Поступление в кровь экзотоксина приводит к развитию симптомов интоксикации. Характерным для возбудителя является избирательное поражение мельчайших периферических сосудов кожи, вегетативной нервной и сердечно-сосудистой системы.

Клиническая картина. Инкубационный период продолжается от 2 до 12 дней. Заболевание начинается остро: повышается температура тела, возникают общая слабость, недомогание, боль в горле, нередко рвота. В течение первых суток, реже в начале вторых на коже появляется сыпь, которая быстро распространяется на лицо, шею, туловище и конечности (рис. 71 на цв. вкл.). Скарлатинозная сыпь имеет вид мелких точечных элементов, близко расположенных друг к другу на гиперемизированном фоне кожи. Сыпь более интенсивная на боковой поверхности туловища, в низу живота, на сгибательных поверхностях конечностей, в естественных складках кожи. Кожа сухая, на ощупь шершавая, при легком надавливании появляется стойкий белый дермографизм. Щеки больного гиперемизированы, на фоне яркой окраски щек четко выделяется бледный, не покрытый сыпью носогубной треугольник, описанный Филатовым.

Постоянным симптомом скарлатины является ангина - катаральная, фолликулярная, лакунарная. Типична яркая гиперемия миндалин, язычка, дужек («*пылающий зев*»). В процесс вовлекаются регионарные лимфатические узлы. Они увеличиваются и становятся болезненными при пальпации. Язык в первые дни болезни густо обложен белым налетом, со 2-3-го дня начинает очищаться, становится ярко-красным, зернистым, напоминая спелую малину («*малиновый язык*»). Выраженность общей интоксикации соответствует тяжести болезни.

Нередко отмечаются симптомы «*скарлатинозного сердца*»: тахикардия, сменяющаяся брадикардией, приглушение тонов сердца, систолический шум, иногда расширение границ сердца.

Острый период болезни длится 4-5 дней, затем состояние больных улучшается. Вместе с исчезновением сыпи и снижением температуры постепенно проходит ангина. На 2-й неделе заболевания на ладонях, пальцах рук и ног появляется пластинчатое шелушение, на туловище - отрубевидное. У грудных детей шелушение не выражено.

Со стороны крови отмечается лейкоцитоз, нейтрофилез, эозинофилия, увеличенная СОЭ.

Кроме типичных форм могут наблюдаться *атипичные формы* заболевания. *Стертая форма* протекает без температуры, ангина катаральная, неяркая, сыпь маловыраженная, скудная, нередко расположена только на сгибах.

При *экстрафарингеальной форме* (ожоговая, раневая и послеродовая скарлатина) сыпь появляется в первичном очаге и выражена в этих местах наиболее ярко. Ангины нет, может отмечаться неяркая гиперемия ротоглотки. Регионарный лимфаденит возникает в области входных ворот, но менее выражен, чем при типичной скарлатине.

Гипертоксическая и геморрагическая формы в настоящее время практически не встречаются.

Осложнения. Выделяют ранние (бактериальные) и поздние (аллергические) осложнения. К первой группе относятся гнойный шейный лимфаденит, отит, синусит, мастоидит, остеомиелит. Аллергические осложнения возникают на 2-й неделе болезни и сопровождаются поражением суставов (синовит), почек (диффузный гломерулонефрит), сердца (миокардит).

Лабораторная диагностика. Для лабораторного подтверждения диагноза имеет значение выделение β -гемолитического стрептококка в посевах слизи из ротоглотки, определение титра антистрептолизина-О, других ферментов и антитоксинов стрептококка, исследование крови на РПГА с иерсиниозным диагностикумом (парной сыворотки). Кровь забирают в начале заболевания - не позже 3-го дня высыпания, затем повторно через 7-9 дней. Подтверждает диагноз нарастание титра специфических антител к 10-14-му дню болезни в 4 раза и более. В общем анализе крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенная СОЭ.

Лечение. При скарлатине лечение больных можно проводить на дому. Госпитализация осуществляется в случае тяже лого течения заболевания, при развитии осложнений или **по** эпидемиологическим показаниям.

Лечение на дому требует тщательного медицинского наблюдения с обязательным лабораторным исследованием крови и мочи на 10-й и 21-й день заболевания. Через 2-3 недели после клинического выздоровления делается электрокардиограмма.

В острый период заболевания назначается постельный режим. Диета должна соответствовать возрасту ребенка, в ней должны преобладать молочно-растительные продукты. Показано обильное витаминизированное питье.

Независимо от тяжести течения заболевания назначаются антибиотики, преимущественно пенициллинового ряда (*амоксициллин, ампициллин, феноксиметилпенициллин*) в возрастной дозе 5-7 дней.

При непереносимости пенициллинов применяются антибиотики из группы макролидов (*эритромицин, рокситромицин, мидекамицин, сумамед*) или цефалоспорины 1-го поколения (*цефалексин, цефазолин, цефадроксил*) в возрастных дозах. После окончания антибиотикотерапии однократно внутримышечно вводится *бициллин-5* в дозе 20 000 ЕД/кг.

Специфическим бактерицидным действием в отношении грамположительных кокков обладает *томицид*. Его применяют наружно для полоскания или орошения горла. На одно полоскание используется 10-15 мл раствора или 5-10 мл для орошения. Полоскания проводятся после еды 5-6

раз в день. Для полосканий можно использовать *раствор фурацилина* (1:5000) или другие дезинфицирующие растворы.

Для улучшения эффективности антибиотикотерапии рекомендуется назначать *вобэнзим* - полиферментный препарат, обладающий иммуномодулирующим и детоксицирующим действием. Хороший эффект наблюдается при применении бактериальных лизатов, особенно *имудона*.

Сестринский уход. При уходе большое внимание должно уделяться регулярному проветриванию помещения, систематической влажной уборке. Важное значение имеет уход за слизистой оболочкой полости рта. В связи с тем что при шелушении может появиться зуд кожи, ребенку следует коротко остричь ногти во избежание расчесов. Учитывая возможность развития нефрита, сестре необходимо контролировать объем мочеиспусканий и характер мочи больного.

При тяжелой форме заболевания прибегают к дезинтоксикационной и симптоматической терапии. Лечение осложнений проводится по общепринятым схемам.

Профилактика. Иммунопрофилактика заболевания не разработана. Для специфической профилактики скарлатины среди контактных лиц показано применение *томицида* в виде полосканий или орошения горла 4—5 раз в день в течение 5—7 дней.

Для предотвращения распространения инфекции больных изолируют на 10 дней с момента заболевания. Реконвалесценты, посещающие детские дошкольные учреждения и первые два класса школы в связи с возможностью возникновения в период выздоровления осложнений допускаются в детский коллектив после дополнительной изоляции на 12 дней (не ранее 22-го дня от начала заболевания).

Мероприятия в очаге. Дети, бывшие в контакте с больным скарлатиной, посещающие дошкольные учреждения и первые два класса школы, подлежат разобщению на 7 дней. За ними устанавливается медицинское наблюдение с ежедневной термометрией, осмотром кожи и слизистых оболочек. Дети старших возрастов подлежат медицинскому наблюдению в течение 7 дней, после изоляции больного. Если ребенок лечится дома, контактные дети и взрослые (работающие в молочной промышленности, Д ДУ, хирургическом и акушерском стационаре) подлежат медицинскому наблюдению в течение 17 дней. В очаге проводится проветривание, влажная уборка с использованием мыльно-содового раствора.

Контрольные вопросы для фронтального опроса.

1. Дайте определение скарлатины.
2. Какими свойствами обладает возбудитель скарлатины?
3. Какие существуют источники инфекции?
4. Каковы механизмы и пути передачи инфекции?
5. Каков механизм развития скарлатины?
6. Какие осложнения возможны при скарлатине?
7. Какие принципы лечения скарлатины?
8. Какие профилактические и противоэпидемические мероприятия проводят при скарлатине?
9. Каков прогноз заболевания?
10. Дайте определение дифтерии.
11. Какими свойствами обладает возбудитель дифтерии?
12. Какие существуют источники инфекции?
13. Каковы механизм и пути передачи инфекции?
14. Каков механизм развития дифтерии?
15. Каковы основные клинические проявления дифтерии ротоглотки?
16. Каковы основные клинические проявления дифтерии дыхательных путей?
17. Каковы основные клинические проявления дифтерии глаз?
18. Каковы основные клинические проявления дифтерии кожи?
19. Каковы основные клинические проявления дифтерии наружных половых органов?
20. Какие принципы лечения дифтерии?
21. Какие осложнения дифтерии вы знаете?
22. Какие профилактические и противоэпидемические мероприятия проводят при дифтерии.

Эталоны ответов

1. Скарлатина – острое инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся общими симптомами интоксикации, ангиной и мелкоочечной сыпью на коже.
2. Возбудитель скарлатины β -гемолитический стрептококк группы А, образующий специфический токсин. Возбудитель скарлатины может длительно сохраняться вне организма на предметах, окружающих больного (на игрушках, постельных принадлежностях, коврах и др.). Заразительны все выделения больного (мокрота, слюна, моча, чешуйки эпителия во время шелушения кожи, слизь из носа и зева). При температуре 56-60^oC стрептококки инактивируются в течение 30 минут, очень чувствительны к воздействию дезинфектантов.
3. Больной с явной или скрытой формой скарлатины. Больные другой формы стрептококковой инфекции (стрептодермия, панариций, тонзиллит и др.). Больной заразен в течение всего периода болезни, особенно в последние дни инкубационного периода. Наиболее опасными источниками инфекции являются больные со стертыми формами заболевания и здоровые носители

гемолитического стрептококка.

4. Механизм передачи скарлатины: аэрозольный.

Пути передачи: воздушно-капельный путь, воздушно-пылевой путь; пищевой путь.

5. Развитие заболевания обусловлено септическим, токсическим и аллергическим воздействием возбудителя на организм. Септическое воздействие проявляется воспалительными и некротическими изменениями в области входных ворот инфекции (ангина), затем по кровеносным и лимфатическим сосудам возбудитель проникает в регионарные лимфатические лимфоузлы, вызывая их воспаление (лимфаденит). В процессе роста и размножения возбудителя образуются токсины и аллергены, которые всасываются в кровь. Токсическое воздействие связано с эритрогенным токсином стрептококка, который, проникает в кровь и вызывает симптомы интоксикации. Стрептококк избирательно действует на центральную нервную и сердечно-сосудистую системы, вызывая в остром периоде тяжелые нервные расстройства, а на второй неделе – поражение сердца и почек. В организме начинают вырабатываться антитоксические антитела, постепенно происходит ликвидация скарлатинозного токсикоза. Аллергическое воздействие оказывают продукты микробного распада и тканевых разрушений.

6. Септические осложнения: гнойный лимфаденит, отит, мастоидит, пневмония, гнойный плеврит, некротическая ангина (ранние осложнения, которые могут проявиться уже в первые дни болезни). Аллергические осложнения: поражение почек, сердца, суставов (поздние осложнения, которые выявляются на 2-3 неделе заболевания).

7. Основные принципы лечения.

Госпитализация осуществляется по клинико-эпидемиологическим показаниям. Постельный режим назначается на время острого периода. Диета должна быть полноценной с достаточным количеством витаминов, механически и химически щадящая. Этиотропная терапия проводится в течение 7 дней, препаратом выбора является пенициллин, из других антибиотиков назначают рулид, амоксилав, вепикомбин.

Гипосенсибилизирующая терапия: тавегил, супрастин и др.

Витаминотерапия. Полоскание зева слабыми растворами антисептиков, настоями ромашки, эвкалипта, календулы и пр.

8. Профилактика скарлатины.

Средства специфической профилактики скарлатины отсутствуют, поэтому ведущими являются: закаливание, соблюдение санитарно-гигиенического режима в детских учреждениях, ранее выявление и изоляция

больных ангиной, витаминизация пищи и пр. Противоэпидемические мероприятия при скарлатине. Изоляция заболевшего (на дому или госпитализация по клиническим и эпидемическим показаниям) на 22 дня. Карантин на 7 дней со дня разобщения с заболевшим. Дети, не болевшие скарлатиной, не допускаются в детские учреждения в течение 7

дней. Если заболевший скарлатиной лечится на дому, то для домашних контактных карантин – 17 дней.

Выявление контактных, взятие их на учет, ежедневное наблюдение за ними (осмотр зева, кожи измерение температуры, документирование результатов осмотра). Больные другими формами стрептококковой инфекции в очаге скарлатины (ангина, фарингит, стрептодермия и др.) изолируются на 22 дня.

Проведение текущей и заключительной дезинфекции.

Дети, переболевшие скарлатиной, допускаются в детское учреждение через 22 дня от начала заболевания, в связи с возможностью у них в периоде реконвалесценции развития поздних осложнений.

9. Прогноз.

Скарлатина является одним из самых коварных заболеваний, так как даже при легком течении болезни могут присоединяться осложнения со стороны сердца, почек, суставов, ЦНС и др.

10. Дифтерия – острое инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся фибринозным воспалением во входных воротах инфекции, интоксикацией и поражением сердца, почек, нервной системы.

11. Дифтерийные бактерии устойчивы во внешней среде, хорошо переносят высушивание и низкие температуры. В каплях слюны, на предметах домашнего ухода, на игрушках дифтерийные палочки могут сохраняться в течение 2-х недель, в пыли – до 2-х месяцев, в молоке и воде – до 20 дней. Возбудители дифтерии весьма чувствительны к воздействию прямых солнечных лучей, высоких температур, дезинфектантов.

12. Источники инфекции: больные люди; бактерионосители токсигенных коринебактерий (носительство может быть кратковременным от 1 до 7 дней и затяжным до 1 месяца).

13. Механизм передачи:

Аэрозольный.

Пути передачи инфекции:

воздушно-капельный;

воздушно-пылевой, контактно-бытовой:

пищевой.

14. Механизм развития заболевания. Дифтерийная палочка на месте внедрения размножается, выделяя экзотоксин, разносящийся по лимфатической и кровеносной системе. Действием этого токсина обусловлены все клинические проявления дифтерии как местные, так и общие. Токсин является типичным представителем группы нейротоксинов. Токсин на месте своего образования вызывает местное воспаление с фибринозным выпотом (плотным белесовато-серым налетом), сопровождающееся отеком окружающих тканей и воспалением близлежащих лимфатических узлов.

15. Локализованная форма характеризуется:

- умеренно выраженными симптомами интоксикации: чувство

разбитости, головная боль, температура до 38 – 39,0С;

- незначительными болями при глотании;
- на месте внедрения возбудителя уже на 1 – 2 сутки болезни образуются пленки: нежные, тонкие, беловато-серого цвета налеты на одной или обеих миндалинах, гиперемия вокруг них небольшая, постепенно налеты на обеих миндалинах становятся плотными с гладкой, блестящей поверхностью и четко очерченными краями;
- умеренно увеличенными регионарными лимфатическими узлами.

При распространенной форме:

- общие явления интоксикации наиболее выражены: вялость, адинамия, снижение аппетита, температура 39,0С и выше;
- боли при глотании;
- налеты более массивные, захватывают не только миндалины, но переходят на дужки, язычок, боковую и задние стенки глотки, носоглотку, они серого цвета и более плотные;
- шейные лимфатические железы поражаются сильнее, но отека шейной клетчатки не бывает;
- присоединяются расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы («инфекционное сердце») между 5 – 15-м днем болезни: брадиаритмия, падение АД, расширение границ сердца, ослабление тонов.

При токсической форме процесс вначале может напоминать предыдущие формы, а затем принимает бурное, тяжелое течение:

- температура высокая до 40,0С, держится 3 – 4 дня, выражены озноб, рвота, головная боль, слабость;
- отмечаются значительные боли при глотании;
- быстро развиваются обширные плотные налеты, беловато-серого или грязно-серые, распространяющиеся по всему зеву, глотке и носоглотке, часто заходя на мягкое и твердое небо, слизистая ротоглотки темно-красного цвета, резко отечная, отек бывает выражен несколько резко, что язычок сдавливается и ущемляется миндалинами, а иногда подвертывается назад, тогда задняя стенка глотки становится не видной;
- дыхание затруднено (стеноз глотки), храпящее, голос сдавленный, с носовым оттенком;
- речь невнятная, рот полуоткрыт, губы сухие, язык обложен, отмечается своеобразный сладковатый, приторный, тошнотворный запах изо рта;
- иногда наблюдаются сукровичные выделения из носа.

Отек шейной клетчатки – наиболее типичный симптом токсической формы (с одной или обеих сторон), он имеет вид мягкой, пастозной опухоли, безболезненной при пальпации, шея заметно утолщена, отек часто распространяется вниз, реже – вверх на лицо или назад, на шею.

I степень – отек шейной клетчатки до второй шейной складки

(середина шеи);

II степень – отек шейной клетчатки до ключицы;

III степень – отек шейной клетчатки ниже ключицы, распространяющийся на грудь до сосковой линии или мечевидного отростка.

16. Основные клинические проявления дифтерийного крупа

В катаральном периоде:

- кашель становится более грубым, сухим, приобретает лающий характер;
- голос изменяется от хриплого до сиплого и, наконец, совсем пропадает (афания).

В стенотическом периоде:

- наиболее типичным признаком является – шумное дыхание вследствие того, что воздух проходит через суженную голосовую щель, сначала затрудняется вдох, а затем выдох, дыхание становится слышимым на большом расстоянии;
- ребенок беспокоен, мечется, выбирает себе положение, при котором было бы легче дышать, в начале приступы затрудненного дыхания короткие, затем – более длительные;
- в процесс постепенно вовлекается вспомогательная мускулатура, отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки постепенно кашель становится беззвучным, пульс во время глубокого вдоха ослабевает или исчезает, нарастает цианоз.

В асфиктическом периоде:

- дыхание учащено, становится поверхностным;
- ребенок вялый, сонливый, перестает метаться;
- пульс нитевидный, едва ощутимый, АД падает;
- во время появления нового приступа удушья, может наступить быстрая смерть от асфиксии.

17. Клинические проявления дифтерии глаза.

При катаральной форме:

- умеренно выраженная интоксикация;
- появляются небольшие тягучие выделения из глаза на фоне воспалительной конъюнктивы;
- регионарный лимфаденит отсутствует.

При пленчатой форме:

- умеренная интоксикация;
- выражен отек век, на гиперемированной конъюнктиве – дифтерийные пленки;
- из конъюнктивального мешка выделяется серозно-гнойное отделяемое.

При токсической форме:

- острое бурное начало, выражены симптомы интоксикации;
- стремительно развивается отек век с распространением на периорбитальную область, щеки, нос, что деформирует лицо, делая его асимметричным, веки смыкаются, из глаз вытекает

обильный сукровично-гнойный секрет, склеивающий ресницы, конъюнктивы покрыты характерным дифтерийным налетом, кожа вокруг глаз мацерирована, раздражена;

- в процесс вовлекаются регионарные лимфоузлы.

18. Основные клинические проявления дифтерии кожи или раны:

- симптомы интоксикации выражены умеренно;
- на пораженном участке кожи или раны появляются грязноватого вида плотные налеты с неприятным запахом;
- кожа вокруг раны отечна, но безболезненна;
- увеличены регионарные лимфоузлы.

19. Основные клинические проявления дифтерии наружных половых органов:

При локализованной форме:

- симптомы интоксикации выражены умеренно;
- из влагалища вытекают серозно-кровянистые выделения с неприятным гнилостным запахом;
- выражен отек и гиперемия влагалища, позже на слизистой оболочке появляются изъязвления, покрытые грязноватым дифтерийным налетом.

При распространенной форме:

- процесс может переходить на промежность и область анального отверстия;
- паховые лимфатические узлы умеренно увеличены;
- развивается отек мягких тканей промежности, отечные ткани могут сдавливать мочеиспускательный канал, мочеиспускание становится затрудненным, частым, болезненным.

При токсической форме:

- резко выражены симптомы интоксикации;
- паховые лимфатические узлы увеличены, болезненные;
- отмечаются обширные плотные налеты серовато-серого цвета на промежности;
- появляется отек половых губ и подкожной клетчатки в области паха, бедер и лобка.

20. Основные принципы лечения дифтерии. Все больные подлежат обязательной и немедленной госпитализации и лечению до полной санации от возбудителя.

Специфическая серотерапия – введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (ПДС), является основным методом лечения дифтерии. Сывороточная терапия эффективна лишь в тех случаях, когда она назначается рано, до того, как токсин будет связан клетками тканей внутренних органов. Сыворотку, как правило, вводят однократно. Схема введения антитоксической противодифтерийной сыворотки (рекомендуемая ВОЗ)

Форма дифтерии Доза сыворотки, АЕ Метод введения

Локализованная 10 000 – 30 000 Внутримышечно

Распространенная 30 000 – 40 000 Внутримышечно

Субтоксическая 30 000 – 40 000 Внутримышечно

Токсическая 40 000 – 80 000 Внутримышечно,

внутривенно

Круп локализованный 10 000 – 30 000 Внутримышечно

Круп

распространенный и

нисходящий

30 000 – 40 000

Внутримышечно,

внутривенно

Десенсибилизирующая терапия: супрастин, димедрол, тавегил, фенкарол.

Дезинтоксикационная терапия: гемодез, 5% раствор глюкозы, реополиглюкин, неокомпенсан, альбумин, полионные растворы.

Антибиотики: пенициллин, ампициллин, препараты цефалоспоринового ряда (при реинфекции), курс 7-10 дней.

Плазмаферез и гемосорбция при тяжелых формах и при позднем начале лечения (с заменой криогенной плазмой до 70-100% циркулирующей крови).

Кортикостероиды при токсических формах и при крупе.

Витаминотерапия.

Оксигенотерапия.

Диетическое питание.

При дифтерии гортани: введение эуфиллина, паровые ингаляции с растворами гидрокортизона, тепловые и отвлекающие процедуры. При неэффективности медикаментозного лечения крупа – интубация трахеи, а при нисходящем крупе – трахеостомия.

Посиндромная терапия (лечение миокардита, нефрита, параличей и других осложнений по принятым схемам).

21. Осложнения при дифтерии:

Воздействие токсина на внутренние органы (миокардит, сердечная недостаточность, параличи, нефрит и др.).

Присоединение вторичной бактериальной микрофлоры с развитием гнойных процессов (пневмония, отиты и др.).

Воздействие иммунных комплексов, образующихся в течение болезни.

Обтурация просвета дыхательных путей дифтерийными пленками при крупе.

22. Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге дифтерии:

Ранняя диагностика и изоляция больного до полного клинического выздоровления и получения 2-х отрицательных анализов

бактериологического исследования мазков из ротоглотки и носа, которые проводятся с двухдневным интервалом, но не раньше, чем через 3 дня после отмены антибиотиков.

На очаг накладывается карантин на 7 дней с момента разобщения с

заболевшим, выявление контактных, взятие их на учет, ежедневное наблюдение за контактными (осмотр зева, кожи измерение температуры, документирование результатов осмотра); бактериологическое обследование контактных (мазок из ротоглотки и носа на VL-токсигенные коринебактерии).

Санация бактерионосителей токсигенных коринебактерий.

Заключительная дезинфекция после изоляции и выздоровлении больного.

Бактериологическое обследование больных с хроническими очагами инфекции, ангинами и ларингитами при кровянистых выделениях из носа.

Проведение плановой активной иммунизации детей: АКДС

(ассоциированной коклюшно-дифтерийно-столбнячным анатоксином), АДС

(ассоциированным дифтерийно-столбнячным анатоксином), АДС-М

(ассоциированным дифтерийно-столбнячным анатоксином с уменьшенным содержанием антигенов) по схеме:

Вакцинация АКДС – с 3-х месяцев трехкратно с интервалом 45 дней.

Вакцинация АДС – с 3-х месяцев двукратно с интервалом 45 дней.

Вакцинация АДС-М – с 3-х месяцев двукратно с интервалом 45 дней.

1 ревакцинация – АКДС – в 18 месяцев.

1 ревакцинация АДС – через 12 месяцев после вакцинации.

1 ревакцинация АДС-М – через 9 месяцев после вакцинации.

Последующие ревакцинации в 9, 16 лет и далее через 10 лет, АДС анатоксином.

Лица, не подвергавшиеся иммунизации, в случае контакта с больным или носителем токсигенной дифтерийной палочки, подлежат немедленной вакцинации по полной схеме, а если контактные вакцинированы против дифтерии, но с момента последней ревакцинации прошло более 5 лет, то вводится поддерживающая доза АДС-М или АД-М анатоксином.

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами дифтерии проводится в течение 6 месяцев после выписки из стационара.