

Дечије заразне болести

Литература за решавање теста

УДРУЖЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА НИШ

Дечије заразне болести

Литература за решавање теста

Реч аутора

Поштовани полазници курса,

У току излагања трудили смо се да представимо правовремено препознавање симптома дечијих заразних болести, превенцију и лечење.

Тест се састоји од 50 питања која се заснивају на презентованом материјалу.

ЖЕЛИМО ВАМ ПУНО УСПЕХА У РЕШАВАЊУ ТЕСТА!

вмс Александра Стоилковић

www.uzrnis.rs

ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ



Заразне болести су одувек биле велики изазов за саму медицинску науку, која је покушавала, али и дан данас покушава да открије њихову генезу и спектар фактора који утичу на настанак и ширење заразних болести у свакој животној средини.

Циљ сваке државе су рационалне и ефикасне мере за спречавање, сузбијање и коначно отклањање заразних болести. Држава Србија је у 2015 години донела Закон о здравственој заштити становништва од заразних болести („Сл. гласник РС“, бр.125/2004 и 36/2015). Овим законом између осталог су предвиђене мере за заштиту становништва од заразних болести и начин њиховог спровођења. Заштита становништва од заразних болести врши се спровођењем општих и посебних, ванредних и других мера за заштиту становништва од заразних болести, у складу са законом.

Опште мере предвиђене законом су:

- 1) обезбеђивање здравствено исправних воде за пиће, животних намирница и предмета опште употребе;
- 2) обезбеђивање санитарно-техничких и хигијенских услова (у даљем тексту: санитарни услови) у објектима под санитарним надзором и другим објектима у којима се обавља друштвена, односно јавна делатност и на јавним местима, у складу са законом;
- 3) уклањање људских и животињских излучевина, лешева, органа и ткива, отпадних вода и других отпадних материја на начин и под условима који не угрожавају здравље становништва, изворишта воде за пиће и животну средину;

4) спровођење дезинфекције, дезинсекције и дератизације у насељеним местима, на јавним површинама, у стамбеним објектима, у средствима јавног саобраћаја, у објектима под санитарним надзором и њиховој непосредној околини и у другим објектима у којима се обавља друштвена, односно јавна делатност.

Мере из става 1. овог члана, организују и спроводе органи јединица локалне самоуправе, други надлежни органи, правна лица и предузетници, у складу са законом.

Посебне мере за заштиту становништва од заразних болести јесу:

- 1) постављање дијагнозе заразне болести;
- 2) лабораторијско испитивање ради утврђивања узрочника заразних болести;
- 3) пријављивање;
- 4) епидемиолошко испитивање;
- 5) здравствено васпитање;
- 6) превоз, изолација и лечење лица оболелих од заразних болести;
- 7) карантин и здравствени надзор;
- 8) здравствени прегледи одређених категорија запослених, других лица и клицоноша;
- 9) имунизација и хемиопротекција;
- 10) дезинфекција, дезинсекција и дератизација по епидемиолошким индикацијама и друге посебне мере, у складу са законом.

Спровођење посебних мера одређује се и посебним програмима и стручно-методолошким упутствима, у складу са законом.

ВРСТЕ ЗАРАЗНИХ ДЕЧИЈИХ БОЛЕСТИ

Генерално дечије заразне болести се деле на:

1. РЕСПИРАТОРНЕ заразне болести

(мале богиње, овчије богиње, рубеоле, шарлах, велики кашаљ, заушке, дифтерија, заразно запаљење можданица)

2. ЦРЕВНЕ заразне болести

(дечија парализа, трбушни тифус, салмонелоза, заразна жутица)

3. ОСТАЛЕ заразне болести

РЕСПИРАТОРНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

Болести респираторног тракта се односе на болести грла носа и плућа. Те болести могу бити врло благог тока, праћене цурењем носа, кашљуцањем, кихањем или блажом гушобољом. Некада су праћене температуром, некада не. Неке од респираторних заразних болести су: мале богиње, рубеоле, варичеле, шарлах, заушке, велики кашаљ, дифтерија, грип, туберкулоза...

Мале богиње (Morbilli)



Морбили су веома контагиозно обољење из групе осипних грозница ендемо-епидемичног карактера. Од њих обољевају претежно деца предшколског узраста, ало нису поштеђена ни новорођенчад, као ни одојчад до 6 месеци живота. Новорођенчад су углавном заштићена у првих 6 месеци живота пасивним, трансплацентарним путем пренетим имунитетом од мајке, уколико је мајка преболела морбиле.

Узрочник појаве морбила је RNK вирус, из фамилије Paramyxoviridae, рода Morbillivirus. Вирус је неотпоран у спољашњој средини и брзо угине, довољно је изаћи из собе морбилоних болесника и остати кратко време на сунцу и ваздуху па да вирус угине. Извор инфекције је искључиво оболела особа, клицоноштво не постоји. Пuteви ширења су, због слабе отпорности вируса Флигеове капљице или директни контакт. Улазно место су слузокожа горњих респираторних путева као и слузокожа коњуктива. У нашој средини показује сезонски карактер јављања, са максимумом обољевања у јесен, зиму и пролеће. Морбили остављају анергију, што условљава могућност настајања бројних компликација те по броју умрлих морбили заузимају једно од прва три места међу акутним инфективним болестима.

Инкубација код морбила је устаљења и износи 10 - 11 дана. Углавном протиче без симптома, док се у последњој трећини инкубационог периода болесник сматра инфективним.

Болест пролази кроз три развојна стадијума:

1. Катарални стадијум - представља сам почетак болести и одликује се катаралним променама на слузокожи коњуктива, носа и нижих делова дисајних путева. Ова фаза траје 3-4 дана, почиње постепено са знацима опште инфекције. Температура постепено расте, болесник је малаксао, уморан, нерасположен, без апетита. Тегобе се сваког дана појачавају и при крају катаралног стадијума јављају се специфични знаци болести. Копликове мрље се јављају на букалној слузокожи и имају изглед посутог гриза на хиперемичној слузокожи, нескидају се и чврсто су спојене са слузокожом. Јављају се при крају катаралног стадијума,

обично 36 часова пре појаве оспе, одржавају се 11-24 часа. Објективним прегледом, налази се коњуктивитис, ринитис, кожа лица је бледа, слузокожа ждрела и тонзила је хиперемична. Није присутна оспа по кожи, али се на меком непцу може приметити енантем.

2. Осипни стадијум - при крају катаралног стадијума настаје краткотрајно побољшање, а затим погоршање са порастом телесне температуре и општим знацима болести. Оспа је водећи клинички симптом, местимична, макуло-папулозног типа. Јавља се најпре на кожи главе иза ушију, а затим истог дана захвата кожу лица и врат. Шири се од главе према доњим партијама тела као капи воде из туша, избија два до три дана, ефлоресценције су макуле и папуле, појединачне, а између ефлоресценција види се непромењена кожа. Кожа је на додир пријатна, топла, мека и влажна, баршунаста. Нису присутне субјективне сметње. Повлачи се истим редом којим је избијала, од главе и лица према врату, трупцу, горњим екстремитетима и ногама, тако да се може догодити да на лицу оспа бледи и повлачи се а да на стопалима избија. Болесник је високо фебрилан, адинамичан, ринитис је интезивнији. Очи су сузне са израженим коњуктивитисом. Лице је зажарено и описује се као плачна маска или *facies morbillosa*. Присутно је поштрено везикуларно дисање праћено влажним бронхитичним шушњевима. Срчана радња је убрзана и прати висину температуре. Осипни стадијум траје 5-6 дана, а затим наступа стишавање болести уз постепени пад температуре.

3. Стадијум реконвалесценције - се карактерише повлачењем оспе. На местима оспе се јавља пролазна хиперпигментација и брашноста перутање. Опште стање болесника се побољшава и овај стадијум траје 4-5 дана, у зависности је од појаве компликација. Морбили трају око 2 недеље, али стадијум реконвалесценције може се продужити и на неколико недеља.

Треба напоменути да постоје више клиничких облика малих богиња као и да у склопу ове болести могу настати и различите компликације. У ваздуху око болесне деце има много клица малих богиња, које болесници избацују кашљући. Здрава деца се врло лако заразе удшући такав ваздух. Посредно преношење је ретко, јер је узрочник малих богиња врло осетљив на утицај спољне околине и ван људског тела брзо угине.

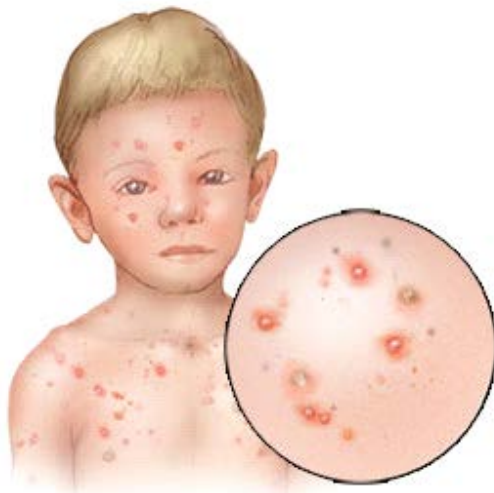
Сама дијагноза морбила се поставља на основу анамнезе, епидемиолошких података, клиничке слике и тока болести. Међутим, је ипак најсигурнија серолошка дијагноза која је најпоузданија. Користе се инхибиција хемаглутинације (ИХ), реакција везивања комплекмената (RVK), тест неутрализације као и ELISA тест који се ради 10 дана од инфекције када се јављају IgM антитела. Промене у крвној слици су карактеристичне. Јавља се леукопенија са лимфоцитозом.

Диференцијално дијагностички долазе у обзир све осипне грознице, друге вирусне инфекције као и промене алергијске природе.

Терапија код морбила је симптоматска. Примењују се лекови за смањење секреције из носа, коњуктива и ублажава кашаљ. У случају настанка компликација користе се лекови у зависности од настале компликације. Веома је важна изолација болесника и примена хигијенско дијететског режима, мировање у постељи, исхрана богата витаминима и млечним производима. Особа која је једном прележала мале богиње више не може да се зарази истима.

Активна имунизација (вакцинација) против морбила обавезна је за сву децу након прве године живота. Потребна је ревакцинација за 4-5 година. Могућа је и примена имуноглобулина.

Овчије богиње (Varicella)



У народу су овчије богиње још познате и као водене оспице, водене козице или варичеле. Овчје богиње су акутна заразна болест праћена осипом у виду малих водених мехурића расејаних по целом телу. Болест је углавном благе природе. Најчешће обољевају деца различитог узраста, али најкритичнија категорија су свакако деца предшколског и млађег школског узраста. Већина деце зарази се варичелом око своје десете године. Деца до 6 месеци заштићена трансплацентарно пренетим антителима мајке уколико је мајка преболела варичелу.

Вирус варичеле припада ДНК вирусима, фамилије Herpesviridae, рода Varicellavirus. Вирус се налази на слузокожи горњих дисајних путева и везикулама, а мање на крустама оболелих. Веома је отпоран у спољњој средини. Извор инфекције је искључиво болесник до отпадања круста. Болесници од варичеле су најзаразнији у првим данима обољења. Путеви ширења су Флигеове капљице и директни контакт. Показује сезонски карактер јављања са максимумом обољевања у сезони јесен-зима-пролеће.

Варичела је најчешће благо обољење које траје 2 до 3 недеље. У току болести разликују се три стадијума:

1. Катарални стадијум - Након инкубације која траје око 3 недеље и протиче без симптома јавља се повишена температура, кашаљ, малаксалост, болови у мишићима и зглобовима. Ови симптоми обично нису присутни код деце, али су код одраслих чешћи. Стадијум траје око 2 дана. Приликом прегледа болесника клинички налаз је уредан осим хиперемиче ждрела или слузокоже коњунктива.

2. Осипни стадијум - Оспа доминира клиничком сликом код варичеле. Почиње порастом телесне температуре и појавом катаралних промена на горњим дисајним путевима. Оспа код варичеле има своје карактеристике. Избија на свим деловима тела у налетима. Обично избија у три налета. Сваки налет оспе може бити праћен порастом температуре. Размак избијања оспе је од неколико часова до 72 часа. Оспа је појединачна, величине 1 - 5 мм у

пречнику. Ефлоресценције прелазе све стадијуме од макуле, папуле, везикуле до красте. Због избијања оспе у налетима на истом делу коже могу се видети ефлоресценције у различитим стадијумима избијања, оспа има полиморфни изглед као "звездано небо". Оспа је праћена сврабом. На слузокожама се јавља енантем, али због влажне средине везикуле брзо пуцају и јављају се дефекти различитог облика и величине. Има га на слузокожи коњунктива, меког и тврдог непца, тонзилама, гингивама, језику, аналној или слузокожи вагине. Дефекти су болни, али не остављају ожиљке.

3. Стадијум реконвалесценције - Овај стадијум се одликује падом температуре и стишавањем симптома предходног стадијума. На кожи се могу видети красте и места хиперпигментације. Стадијум траје 6-8 дана.

Треба напоменути да постоје више клиничких облика овчијих богиња као и да у склопу ове болести могу настати и различите компликације. Ако жена у раној трудноћи оболи од варичеле, постоји ризик од урођених мана детета, што је ретко. У каснијој трудноћи највећи је ризик за дете месец дана пре порођаја и непосредно након порођаја. Веома је лоша локализација варичелозне оспе на оку или ларинксу. У првом случају угрожен је вид а у другом доводи до едема и стенозе дисајних путева, нарочито код мале деце те може да буде индикувана трахеотомија. Сама дијагноза варичела поставља се на основу анамнезе, епидемиолошких података и клиничке слике у којој значајно место има полиморфизам оспе. Варичела има сличност са многим болестима које се клинички манифестују оспом као што су: *Herpe simplex generalisata*, *Impetigo contagiosa*, *Acne vulgaris*, *Strophulus*, *Scabiae*, *Lues II*.

Терапија варичела захтева изолацију болесника, лежање и симптоматску терапију. Потребно је обезбедити максималну хигијену да би се избегла суперинфекција везикула. Саветује се свакодневно купање са благим раствором хипермангана ради дезинфекције коже, а брисање упијањем течности да се не би изазвало пуцање везикула. Кожу је потребно свакодневно посипати стерилним талком који смањује свраб и исушује везикуле. Слузокоже, пре свега усне дупље, треба неговати антимицотицима и неутралним дезифицијенсима. Медикаментозна терапија код уобичајних облика болести није потребна. Међутим код тежих облика примењују се антипиретици, аналгетици и рехидратација. Аспирин је контраиндикуван због могућности настанка Рејевог синдрома. Бактеријске компликације се лече одговарајућим антибиотицима, а остале компликације специфичном терапијом. Кад се ова болест једном преболи, обично се стекне доживотни имунитет против поновне заразе.

Превенција се постиже првенствено изолацијом болесника, али и активном заштитом путем вакцинације која се примењује код деце старије од годину дана, а која нису прележала варичелу. Вакцина против варичеле код нас није уврштена у обавезан календар имунизације, док се у свету већ годинама са успехом користи.

Рубеоле (Rubella)



Рубеола је блага вирусна сепса из групе осипних грозница праћена осипом и увећањем лимфних жлезда на врату и потиљку. Најчешће обољевају деца разног узраста, али најкритичнија категорија су свакако деца предшколског и млађег школског узраста. Већина деце зарази се у периоду од 2 до 10 године живота.

Изазивач рубеле је вирус који припада RNK вирусима, фамилије *Togavirida*. Природни резервоар инфекције је човек. Извор инфекције је назофарингеални секрет особе у последњој трећини инкубације. Сматра се да је човек-болесник инфективан 5 дана пре појаве оспе и 5 дана након престанка оспе. Максимум оболевања је у пролеће. Путеви ширења су директни контакт и Флигеове капљице.

Клиничка слика рубеола је блага и неспецифична, и као код осталих осипних грозница пролази кроз три стадијума:

1. Катарални стадијум - Након инкубационог периода од око 14 дана јавља се катарални стадијум болести. Он траје 1-2 дана, почиње са благим порастом температуре и дискретним знацима запаљења горњих респираторних путева. Присутно је увећање потиљачних лимфних жлезди. У овом стадијуму могу се јавити коњунктивитис, ринитис и тонзилитис. Најчешће овај стадијум је слабо изражен да остаје и незапажен. Код мале деце изостаје.

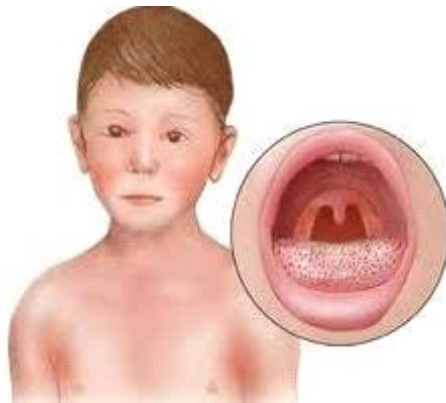
2. Осипни стадијум - Овај стадијум се наставља на предходни постепено. Температура је у порасту, а симптоми из предходног стадијума се појачавају. Одликује се појавом морбилиформне или ређе, скарлатиноформне оспе. Оспа је најчешће макуло-папулозна. Она се јавља прво на лицу и шири према осталим деловима тела. Оспа није праћена субјективним сметњама. Повлачи се истим редоследом којим је избијала, а након повлачења не оставља никакве промене на кожи. У овом стадијуму налази се још и црвенило ждрела. Увећање лимфних жлезда на врату, пазуху, препонама, а најзначајније је увећање лимфних жлезда на потиљку. Присутно је увећање слезине. Овај стадијум може трајати 3-4 дана, али може и дуже поготово код одраслих када је присутна малаксалост и болови у зглобовима и мишићима.

3. Стадијум реконвалесценције - Карактерише се постепеним падом температуре, повлачењем оспе и исчезавањем осталих симптома предходног стадијума. Одржава се лимфаденопатија, али жлезде више нису болне, постепено се смањују понекад и до три недеље.

Дијагноза рубеле се поставља на основу анамнезе, епидемиолошких података, клиничке слике и серолошких анализа. Врло лако се приликом нестручног дијагностицирања могу помешати са малим богињама или шарлахом, тако да је анализа крви најадекватнија. Компликације су врло ретке. Међутим, рубеоли се посвећује изузетна пажња због њене улоге у настајању ембриопатија, ако оболи трудница у току прва 3 месеца трудноће. Инфекција мајке може да доведе до спонтаног абортуса, до интраутерине смрти фетуса или, што је најчешће, до појаве конгениталних дефеката (слепило, глувоћа, хидроцефалус, кардиоваскуларна обољења итд.). Терапија за лечење рубеле је симптоматска. У изузетним случајевима примењују се аспирин или остали нестероидни анти-инфламаторни препарати због присутне артралгије. Заштита од рубеоле састоји се у изолацији болесника у трајању од 15 дана и у дезинфекцији његових излучевина и предмета који су са њим долазили у додир, као и просторије у којој је болесник био изолован. Уколико је особа једном прележала рубеоле, она је имуна на њих и више не може да се зарази.

Једина превенција за спречавања појаве рубеола је вакцинација. Треба напоменути, да особе које су вакцинисане до 1986. године могу бити неотпорне на ову болест, јер вакцине у то време нису биле дуготрајне. Вакцина MMR-морбили, мумпс, рубеола – штити од ове три болести. Деца алергична на јаја се не смеју вакцинисати јер је вакцина добијена “узгојем” вируса на пилећем ембриону. Недељу до две после вакцине може доћи до повишења температуре и пролазних оспа.

Шарлах (Scarlatina)



Шарлах је опасна заразна болест праћена високом температуром и ангином. Шарлах је дечија болест, али од њега могу да оболе и одрасли. Срећом, деца до једне године старости ретко оболевају. Најосетљивија су школска деца, али су врло осетљива и деца од 2 до 5 година.

Болест изазива *Streptococcus beta haemolyticus* групе А који продукује еритрогени токсин. Постоје три антигенски различита типа еритрогеног токсина: тип А, Б и Ц. Најчешће је изазван типом А. Бактерије изазивачи шарлаха делују непосредно, локално, или својим токсинима, септично. Шарлах је болест свуда распрострањена. Резервоар инфекције је човек, извор инфекције је назофарингеални секрет особа са стрептококном инфекцијом, било оболео, реконвалесцент или клицоноша. Пут ширења инфекције је капљични најчешће преко назофарингеалне слузокоже. Могућ је продор преко слузокоже гениталног тракта, преко повреда или опекотина. Шарлах се обично јавља у виду епидемије, али га у великим градовима има стално у виду појединачних случајева. Епидемије су врло различите по отровној моћи заразе. Раније су биле страховито смртоносне, сада су много

блаже. Болест показује сезонски карактер јављања са доминацијом у хладним месецима јесен-зима-пролеће. Јавља се у затвореним колективима као што су школе или обданишта.

Инкубација је кратака и траје 6 сати до 10 дана, најчешће 3-5 дана. У овој фази болести болесник је инфективан, али је без симптома болести. Болест пролази кроз 4 стадијума:

1. Иницијални стадијум - Болест почиње нагло и карактерише се мноштвом симптома: повишеном температуром, гушобољом и иницијалним повраћањем. Овај стадијум је краткотрајан, око 12 часова и придружују му се главобоља, малаксалост, болови у мишићима и зглобовима. Приликом прегледа налази се карактеристично интезивно хиперемично пламено ждрело „скарлет црвено“. Тонзиле су хиперемичне, хипертрофичне, а у тежим случајевима могу се наћи и ексудативне промене у виду гнојних наслага. Меко непце је такође хиперемично, а на задњем зиду ждрела могу се видети промене и виду гранулираног енантема. Језик је бело обложен, док су врх и бочне стране необложени што даје изглед слова В. Присутна је и субмандибуларна лимфаденопатија. Иницијално повраћање је последица интоксикације организма и надражаја неуровегетативног система.

2. Осипни стадијум - Оспа се јавља прво на кожи врата, пределу аксиле, ингвинуму и шири се према екстремитетима. Оспа је макулопапулозна на хиперемичној кожи. Кожа је сува, груба, као најежена. Не јавља се на лицу, длановима и табанима. Најинтезивнија је на великим прегибима, флексорним странама екстремитета. Праћена је лаким сврабом. Оспа на притисак исчезава, при чему настаје благ субиктерус. Повлачи се брзо, након 1-2 дана, истим редоследом како је избијала, а после повлачења настаје перутање. Прегледом болесника у осипном стадијуму запажа се хиперемија лица, које је зажарено, док је предео око усана, троугао нос-усне, блед. Присутна је тахикардија, пулс је мекан и убрзан. Понекад је присутна хепатомегалија и спленомегалија. Промене на језику су у овом стадијуму карактеристичне. Језик је потпуно десквамиран и има изглед „малинастог језика“ када папиле променирају. Овакав изглед језика се одржава око две недеље тако да може да послужи за ретроградно постављање дијагнозе.

3. Празни период - У овом стадијуму болести присутни су само сува, храпава кожа, Пастијин знак, тахикардија и малинаст језик.

4. Стадијум перутања - Овај стадијум болести се карактерише перутањем коже на местима где се прво јавила оспа на врату, лицу, ушним шкољкама, грудима, абдомену и у виду је ситног брашнастог перутања. Најкарактеристичније је перутање на длановима и табанима које је у виду ламела, крупно, као љуштење.

Дијагноза шарлаха се поставља на основу анамнезе, епидемиолошких података, клиничке слике, клиничког тока и лабораторијских анализа. Изолација узрочника из бриса ждрела потврдјује дијагнозу, али негативни налаз је не искључује. Преглед мокраће код шарлаха је обавезан ради откривања раних или позних компликација бубрега.

Почетак шарлаха је неспецифичан и може бити сличан великом броју инфективних болести: дифтерија, инфективна мононуклеоза, ангине изазване вирусима и другим бактеријама. У осипном стадијуму шарлаха треба искључити рубеолу, морбиле варичелу итд.

Данас у ери антибиотика и благих клиничких облика, компликације од шарлаха су знатно ређе и лакше него пре, али још увек могу да буду крупан медицински проблем. Шарлах може изазвати гнојне ангине, реуматизам зглобова, обољење срца и срчане марамице, разна крварења итд., али најчешће и најтеже компликације шарлаха су: оток жлезда на врату, запаљење средњег ува и запаљење бубрега.

Каузална терапија шарлаха подразумева примену пеницилина. Алтернативна терапија је еритромицин уколико је пацијент алергичан на пеницилин. Хигијенско дијететски режим је важан у терапији шарлаха. Исхрана болесника мора бити дијетална. Као храну сме да узима млеко, компоте, воћне сокове, лимунаду и разне чајеве. Овакву дијету треба држати и после пада температуре, јер неподесна храна може да олакша запаљење бубрега. Болесника треба изоловати јер је инфективан.

Велики кашаљ (Пертусис)



Велики кашаљ је веома заразна болест карактеристична по нарочитој врсти кашља са зацењивањем. Најризичнија група су деца предшколског од 1 до 5 године живота, али и ранијег школског доба, посебно око 12 године. Наравно ни одојчад нису поштеђена ове заразе.

Болест узокује грам негативна бактерија *Bordetella pertussis*. Извор болести је искључиво болесник који је заразан 2-4 недеље од почетка болести. Болест је типична капљична инфекција, улазна врата су слузокоже респираторног тракта а путеви ширења су Флигеове капљице и директни контакт с оболелим.

Након инкубације која траје 7-14 дана, а болест пролази кроз три стадијума:

1. Катарални стадијум - карактерише се сувим непродуктивним упорним кашљем који није праћен температуром. Траје просечно недељу дана, а затим кашаљ постаје све интензивнији, чешћи ноћу.

2. Стадијум зацењивања - уз непродуктиван сув кашаљ који постаје све упорнији, јавља се пароксизмални, спазмодичан кашаљ, у нападима праћен зацењивањем. Кашаљ је чешћи ноћу, а може бити испровоциран храњењем, хладним ваздухом, узбуђењем. Напад траје 1-2 минута и састоји се од 3-8 револуција. Започиње дубоким удахом иза кога следи испрекидан издах. Следеће удисаји су отежани због рефлексног *spazma laringosa* и *glotisa* па се чује пискав хук чиме подсећа на кукурикање или њакање магарца (из тих разлога се у народу зове магарећи кашаљ). На крају напада болесник искашље мало стакласте лепљиве слузи, а често уследи и повраћање. Ови напади умарају дете, оно се обично придржава за

сто, кревет при кашљању, лице му је подбуло, црвено, очи закрвављене, сузне, уста отворена, језик исплажен (facies pertussica). Након напада наступа рефрактерна фаза када се никаквим држимима не може изазвати кашаљ. Овај стадијум траје 2-3 недеље.

3. Стадијум реконвалесценције – карактерише престанак заценивања, кашаљ постаје „зрелији“ а искашљавање лакше. Промене у овом стадијуму сличне су хроничном бронхитису. Кашаљ није праћен повраћањем, апетит се побољшава, сан је мирнији и деца се приметно опорављају. До потпуног излечења долази кроз 2-3 недеље или месец дана.

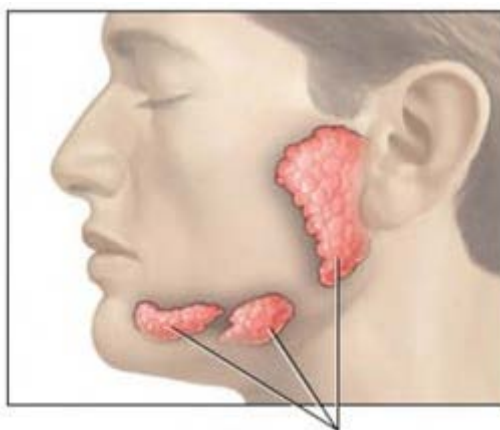
Поставља се на основу анамнезе, клиничке слике и тока, лабораторијских анализа, радиографије плућа, изолације узрочника, серолошких анализа.

Могу бити бактеријске у виду бронхонеумонија, механичке због повећаних притисака intrakranijalno (крвављења на коњунктиви, мозгу, уху, на нос), intraabdominalno (настајање кила, пролапс ректума и ануса), intratorakalno (емфизем плућа, пнеумоторакс) и нервне у виду коме, конвулзија, пареза, парализа, енцефалитиса.

Каузална терапија се спроводи антибиотицима, током 14 дана и симптоматском терапијом-fenobarbiton, solbutamol, kortikoidi, у посебно тешким случајевима је индикована интубација и вештачка вентилација.

Превенција инфекције се спроводи активном вакцинацијом која је обавезна. Вакцинација, па ни прележана болест, не остављају трајни имунитет. Код нас су у употреби две врсте вакцине Di-Te-Per вакцине које се разликују по својој пертусис компоненти. Класична вакцина је суспензија мртвих бацила Bordetelle pertussis, а друга је тзв. ацелуларна вакцина, (направљена од појединих делова бактерије и посебно прочишћена). Ацелуларна вакцина има мање нежељених реакција него класична. На тржишту се могу наћи Tripartel (Di-Te- ацелуларни пертусис) и Pentaxim (Di-Te-ацелуларни пертусис-IPV-HiB). Размак између две вакцинације не треба да буде мањи од четири недеље.

Заушке (Parotitis epidemica)



Заушке су такође веома заразна болест. Од заушки болују махом деца, али болују и одрасли, уколико их нису прележали у детињству.

Изазивач је вирус Мупрса из групе миксовируса, отпоран у спољашњој средини. Извор инфекције су болесници до повлачења отока. Код оболелих вирус се налази у крви и

пљувачки, а са појавом менингитиса и у ликвору. Пут преношења је капљични или директан контакт са оболелом особом.

Инкубација епидемијског паротитиса износи око 3 недеље, а болесник је инфективан недељу дана пре појаве клиничких манифестација болести. Болест почиње нагло са језом, дрхтавицом, грозницом, малаксалошћу, главобољом и адинамијом. Температура постепено расте, а јавља се у почетку благ, а затим интензиван бол у пределу доње вилице са оне стране где се касније јавља оток заушне жлезде. Оток захвата паротидну жлезду и околно ткиво, може бити различите величине, еластичан је, чврст, напет. Жлезда је умерено осетљива или безболна, а кожа је непромењене боје. Оток достиже максимум трећег дана болести, а затим се наредних 3-5 дана смањује и сви знаци болести нестају. Поред паротидне жлезде може се развити и оток осталих пљувачних жлезди, подвиличне или подјезичне.

Mumps meningitis-може се јавити пре или после отока паротидних жлезди, почетак је нагао са повишеном температуром, главобољом, повраћањем. При прегледу су присутни менингеални знаци, адинамија и општи инфективни синдром. Болест траје 3-4 дана а затим долази до постепеног пада температуре и повлачења менингеалних знакова.

Mumps orchitis (запаљење тестиса)-честа локализација ове инфекције, јавља се код младића у пубертету или одраслих, почиње веома бурно, са порастом температурае, болом у тестису и израженим општим инфективним симоптомом. Тестис је увећан 2-3 пута, кожа скротума је јако црвена и отечена. Траје 4-5 дана а затим се тегобе стишавају, и веома ретко постоје последице у виду стреилитета.

Mumps pancreatitis - ређа локализације, манифестује се болом у трбуху, мучнином, повраћањем и масним и сјајним столицама.

Mumps oophoritis (запаљење јајника) - јавља се десетак дана од почетка болести а



Манифестује се болом у доњем делу трбуха, а могу изостати и менструације.

Дијагноза заушки се поставља на основу епидемиолошких података, клиничке слике и серолошких испитивања. Крвна слика указује на вирусну инфекцију, амилазе у серуму и урину су повишене, а могућа је и изолација вируса на примарним ћелијским културама.

Честа компликација заушки је запаљење семених жлезда (семеника код мушкараца и јајника код жена). Ова компликација је врло ретка код деце, а чешћа је код младића и девојака, нарочито код младића и одраслих. Једно или оба јајета отеку, јако су осетљива, и по завршетку болести често се у извесној мери сасуше.

Лечење је углавном симптоматско. Препоручује се локални облог, антипиретици и витамини. Обавезно је мировање у постељи. Код инфекције тестиса примењују се кортикостероиди и локалне облоге са подизањем тестиса. Активна заштита постиже се вакцинацијом а пасивна заштита применом људских хиперимуноглобулина. Једном прележана болест се не понавља, имунитет је солидан.

Грип (Influence)



Грип је акутна инфективна болест и веома контагиозно вирусно обољење епидемичног, а понекад и пандемичног карактера.

Вирус грипа има јаку способност да мења своју грађу, зато имунитет стечен у току предходних епидемија не штити од болести коју ће изазвати следећи вирус. Те промене могу бити мање и веће. Када дође до битне промене грађе вируса онда се јављају епидемије које могу да имају драматичне размере и постану пандемије као што је била „Јапанска грозница“ која је у периоду од 1918. до 1920 . однела око 20 милиона живота у читавом свету.

Грип је вирусна болест коју изазивају вируси групе А (са три подгрупе), вирус Б и вирус Ц и међу њима не постоји унакрсни имунитет.

Грип је респираторна болест, јер прво напада дисајне органе и преноси се капљичном инфекцијом (кашљем и кијањем).

Грип је сезонска болест-праћењем епидемија могуће је одредити највероватнији период (сезону) када грип захвата одређено подручје. У Србији то је крај зиме (фебруар и март).

Инкубација је кратка, један до два дана. Извор инфекције је оболео човек, независно од клиничког облика. Заразност је краткотрајна јер се вирус може наћи у секрету носа и грла само у прва 3 дана обољења.

Симптоми су: висока температура (често знатно виша код мале деце), кашаљ, цурење из носа, болови у мишићима, главобоља, исцрпљеност.

Грип спада у лаке болести, јер се већина људи опорави за једну до две недеље.

Међутим, озбиљне компликације могу да се развију код особа које већ имају неку хроничну болест (астма, срчана обољења, дијабетес...), код старијих... Смртоносни исходи су забележени услед компликација грипа.

А вирус се преноси и на птичје врсте и на човека. Он је одговоран за велике светске епидемије. Вирус Б напада само човека и такође изазива епидемије, али мањих размера. Вирус грипа има способност да мења своју грађу и када се то догоди предходно стечени имунитет (отпорност) не штити. Када дође до великих промена у грађи вируса следе велике светске епидемије.

Болест може да се спречи вакцинисањем. Чак и ако сте вакцинисани против грипа можете се разболети од неке друге респираторне инфекције јер их изазивају друге респираторне клице, што не значи да вакцина није била добра, или да не постоје разлози да се вакцинишете.

ЦРЕВНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

Цревне заразне болести су праћене повраћањем, проливима, некада повишеном температуром. Узрочници могу бити вируси или бактерије, најчешће салмонела из покварене хране. Цревне инфекције се најчешће преносе прљавим рукама, тако да деца морају сама да науче како водити рачуна о личној хигијени, да редовно перу руке пре јела после употребе тоалета. Неке од цревних заразних болести су: Дечија парализа, трбушни тифус, заразна жутица, салмонела, дизентерија...

Дечија парализа (Poliomyelitis)

Дечија парализа је једна веома опасна заразна болест. Ова болест посебно напада децу млађег узраста и то од 3 до 8 године.

Дечија парализа је вирусно обољење које доводи до одузетости руку, ногу, дисајних органа, и може довести до смрти оболелог. Болест је изазвана инфекцијом полиовирусима. Назив дечја парализа доводи до заблуде јер и одрасли могу да оболе од те болести. Извор инфекције су оболеле особе (у инкубацији, у току типичних облика са парализама и у току непаралитичних атипичних облика) и вириноше (акутне, хроничне и здраве).

До увођења заштитне вакцине против дечје парализе обољевало је у Немачкој сваке године више хиљада људи од дечје парализе, од којих је више стотина умирало. Од увођења

заштитне вакцине пре више од 35 година су се оболења од полиомијелитиса стално смањивала и запажено је да се већ много година није појавио ни један или су се појавили веома ретко, случајеви оболења од дечје парализе. Већина оболења од дечје парализе су донеле особе које нису вакцинисане а путовале су у земље у којима је и данас ова болест јако распрострањена (на пр. различите земље Азије и Африке). Путујући кроз те земље, људи који се враћају са годишњих одмора, могу донети болест, која се може веома брзо раширити међу становништвом које није више вакцинисано против дечије парализе, што може довести до поновног разбуктавања болести. Заштитна вакцина против дечије парализе дакле мора се доследно спроводи.

У 90-95% случајева зараза не изазива никакве симптоме, док у 3% случајева вирус продире у централни нервни систем. Ту изазива асептични менингитис, и у 0,1-0,5% случајева уништава моторне неуроне и доводи до слабости мишића и парализе. Половина оних који доживе парализу кроз месец дана (максимално 6 до 8 месеци) доживи повраћај функције, а четвртина делимично поврати парализоване функције. Могући су смртни случајеви када парализа онемогући нормално дисање и гутање. Неки од ових пацијената се могу спасти апаратима за вештачко дисање, који се примењују до опоравка функције или доживотно.

Постоје три основна типа полиомијелитиса:

1. спинални (79%) - Спинални полио изазива слабост или парализу једног или два уда, при чему чулни осећај остаје очуван.
2. булбарни (2%) - Булбарни полио утиче на дисање, говор и гутање.
- 3 спинално-булбарни (19%) - Спинално-булбарни полио је комбинација ове две варијанте.

Не постоји специфична, каузална терапија. Општи принципи су потпуно мировање, тврда постеља и постављање одузетих екстремитета у корективан положај. Даје се гама-глобулин, седативи, антипиретици и аналгетици. Због обилног знојења болеснику треба давати довољно течности као и витамине у великим дозама.

Постоје две врсте вакцина: OPV - садржи живе, ослабљене вирусе и даје се орално и IPV - садржи мртве вирусе, даје дуготрајну, вероватно доживотну заштиту. IPV облик налази се у вакцини Pentaxim.

Заразна жутица (Hepatitis A)

Заразни вирусни хепатит у народу је познатији као заразна жутица, акутна је заразна болест која је веома распрострањена у свету, али и код нас. Број оболелих је већи, нарочито у крајевима где су хигијенске прилике неповољне. Вирусно порекло заразне жутице утврђено је пре 60 година. Дотле је она била позната под именом "катарална" жутица нејасног порекла. Хепатитис А изазива заразну жутицу већином код деце и младежи до 15 година и преноси се кроз уста, водом и храном.

Изазивач оболења је вирус хепатитиса А, означен као Human enterovirus тип 72. Он припада RНК вирусима и веома је отпоран на физичке и хемијске утицаје спољашње средине. Извор заразе је оболели човек. Човек је инфективан три недеље пре појаве иктеруса, а са појавом иктеруса инфективност нагло опада. Основни путеви инфекције су преко воде, хране и контактима. Осетљивост на инфекцију вирусног хепатитиса А је

веома висока, при чему је индекс контагиозности посебно висок код деце и младих, а мањи код особа у трећој деценији и код страјих особа.

Период инкубације код инфицираних вирусом хепатитиса се креће од 9-50 дана, мада најчешће 15-30 дана. Болест може да има типичан и атипичан ток (аниктерусни, асимптоматски, асцитни, пролонгирани).

Типична форма вирусног хепатитиса А има три фазе у еволуцији:

1. Преиктерусна - Преиктерусна фаза настаје нагло, обично кратко траје (3-4 дана), при чему се запажају знаци интоксикације у виду малаксалости, брзог замарања, главобоље, осећаје тежине у стомаку. Током ове фазе се запажа: диспептични синдром - мука, осећај тежине у желудцу, нагоном на повраћање, повраћање, слабим апетитом, болом под десним ребарним луком и лаком дијарејом; грипидни синдром - повишена температура, главобоља, болови у мишићима, катаралне промене на горњим партијама респираторног тракта; неуровегетативни синдром - вртоглавица, нерасположење, смањена концентрација. Крајем ове фазе долази до промене боје урина, који је тамно пребојен, а честа је и промена боје столице, која је ахолична.

2. Иктерусна - Иктерусна фаза се одликује појавом иктеруса. Иктерус се јавља најпре на слузокожама, а потом и на кожи. Урин је тамно пребојен - има боју „тамног пива“, а столица је бледо колорисана. У случајевима са уобичајним током болести долази до смиривања тегоба из преиктерусне фазе. Хепатомегалија је различито испољена и јетра се палпира на 2-3 цм испод десног ребарног лука. Слезина је такође увећана. Ова фаза болести се одржава од 7-14 дана.

3. Реконвалесцентна - Реконвалесцентна фаза се одликује исчезавањем иктеруса и појавом обилније диурезе. Хепатомегалија и спленомегалија се повлаче. Дужина ове фазе је индивидуалана, али обично се креће 1-2 месеца.

Дијагноза вирусног хепатитиса А поставља се на основу епидемиолошких података и клиничке слике. Потврђује се лабораторијским тестовима функционалног испитивања јетре док се етиолошка дијагноза поставља директним и индиректним методама.

Лечење оболелих од акутног вирусног хепатитиса се састоји од дијететског, постељног режима и патогенетске терапије.

Мере превенције су опште и специфичне. Опште мере су идентичне као код цревних заразних болести. Специфичне мере заштите могу бити пасивне и активне. Пасивне мере заштите обухватају давање преекспозиционе и постекспозиционе имуноглобулинске профилаксе. Активна имунопрофилактика обухвата давање вакцине.

Рота вирус инфекције

Овај вирус одговоран је за 30% инфекција гастроинтестиналног тракта код одојчади и мале деце. Нема лека који ће савладати овај вирус али данас већ постоји вакцина за најтеже облике болести односно за најугроженију групу деце.

Од рота вирус инфекције најчешће обољевају одојчад од 6 месеци и деца до 5 год живота. Чешћи је код беба које не сисају јер мајчино млеко не садржи одбрамбене супстанце које смањују ризик од ротавирусне инфекције. Ротавирус просто збрише ћелије које се налазе на површини црева (цревна слузница), што потпуно онемогућава варење. У здравој цревној слузокожи се налазе многобројне ћелије (ентероцити) који стварају супстанце (ензиме) који разлажу шећере, протеине и масти који се уносе храном. Све што убија ћелије цревне слузокоже онемогућује нормално варење и зато несварена храна повлачи воду из зида црева па настаје пролив. Он траје све док се цревна слузница не обнови што се код огромне већине деце брзо дешава.

Инфекције узроковане овим вирусом чест су узрок хоспитализације одојчади јер изазива тешке проливе и повраћање уз присуство повишене температуре што све заједно може довести до дехидратације односно губитка телесне течности.

Зараза се лако прошири јер се ради о врло заразном микроорганизму. Разлика између Рота вируса и других микроорганизма који нападају пробавни систем је у начину ширења.

Рота вирус улази у организам на два начина:

Орално фекални пут тј. дете случајно унесе вирус у уста рукама или играчком које су контаминирани столицом(фецесом)

Капљична инфекција – вирус се налази у сићушним капљицама слине заражене особе и током говора се шири у ваздуху.

Управо због оваквог начина ширења, рота вирус може изазвати праве епидемије. Када једном уђе у организам вирус се настани у танком цреву где почиње његов раст. Након 12 сати болест се одражава јаким повраћањем (које неретко изостане) и повишеном температуром а током идућих 24 сата почиње пролив који траје око 6 -7 дана. Проливастих столица обични има много (често и више од 10 дневно), воденкасте су и углавном смрдљиве.



Никакви антибиотици ни лекови против пролива немају учинак. Унос течности и минерала је једини начин лечења јер се тако врши надокнада изгубљеног.

Основана сумња на овај вирус се поставља после прегледа детета а потврда дијагнозе се добија након лабораторијског прегледа столице на рота вирус.

Лечење се пре свега спроводи надокнадом течности. Што је дете мање, већа је могућност да му је потребна интравенска корекција дехидратације и поремећаја електролита. Срећа

је да се оштећена цревна слузница брзо и лако обнавља па је и оздрављење детета релативно брзо. Нешто веће бебе могу да преболе овај вирус после оралне рехидратације одговарајућим растворима које дете пије по систему често по мало.

Корекција исхране је други важан корак у лечењу. Мајчино млеко је најбља дијета а уколико мајка није у могућности да доји, дају се адаптиране млечне формуле које не садрже млечни шећер. Тако се спречава погоршање пролива јер несварени шећер само повећава број проливастих столица.

Ако дете губи течност услед пролива, повраћа, има повишену температуру и не мокри то је јасан знак дехидратације посебно ако је бледо, плаче slabим гласом а реакција на надражај је минимална. Објективна процена дехидратације детета добија се мерењем телесне тежине: ако је изгубило више од 7% тежине коју је имало пре болести значи да се ради о јакој дехидратацији.

Могуће су компликације ако се болест не дијагностикује на време и ако лечење не почне брзо. Тешка дехидратација је код мале деце по живот опасно стање.

Инфекција рота вирусом може да се спречи педантном хигијеном што спречава ширење вируса, затим дојењем које доказано смањује ризик од ове инфекције и вакцинација. Већ неколико година у развијеним медицинским земљама као што је Америка примењује се вакцинација која се показала веома ефикасном. Нажалост код нас је нема тако да нам од превентиве остаје промоција дојења (шт је вишеструко корисно за бебу) и спровођење адекватних хигијенских мера.

ВАКЦИНИСАЊЕ КАО ПРЕВЕНЦИЈА

Вакцинација је поступак којим се у организам уносе живи - али ослабљени, или мртви узрочници болести, који немају способност да изазову болест, него подстичу стварање антитела који штите од одређене болести. Вакцинација деце је обавезна, а свако дете пред полазак у вртић или школу мора показати уверење о редовном вакцинисању.

Вакцинацијом се становништво штити од разних болести, обавеза је регулисана законом, а њено избегавање ризично и неодговорно.

ЗДРАВСТВЕНО ВАСПИТАЊЕ

Општи циљеви су:

СТИЦАЊЕ ЗНАЊА, ФОРМИРАЊЕ СТАВОВА И ПОНАШАЊА ПРЕДШКОЛСКЕ ДЕЦЕ И УЧЕНИКА, РОДИТЕЉА И ВАСПИТАЧА У СКЛАДУ СА ЗДРАВИМ НАЧИНОМ ЖИВОТА.

Специфични циљеви су:

Оспособљавање деце свих узраста да врше правилне изборе оних облика понашања који се односе на здравље..

Да деца стекну основне информације о здрављу.

Да деца формирају навике и развију вештине неопходне за постизање здравог понашања.

Да деца примене стечено знање и вештине у свакодневном животу.

Мотивисање деце и оних који брину о деци (васпитача, просветних радника, родитеља) за здрав начин живота.

Подстицање просветних радника, предшколске деце, ученика, родитеља и заједнице на активан однос према унапређењу здравља и животне средине кроз различите активности. У борби против "Болести прљавих руку" здравствено-васпитни садржаји морају да имају квантитет и квалитет информација и знања које деца и они који се баве децом треба да усвоје.

Неопходно је, дакле, обезбедити информације и основне појмове који су везани за следеће садржаје:

Здравље као појам, брига за здравље, чување, ко се брине о нашем здрављу и како то сами радимо.

Лична и општа хигијена (руке, тело, коса), хигијена одеће и обуће, чување одеће и обуће.

Исхрана и њен значај за правилан раст и развој, оброци, потребе, понашање за време obroка и између obroка, а везано са храном.

Болести које се могу пренети, али и спречити.

Лепо понашање, дружење, толеранција, узајамно помагање, поштовање (узајамно и старијих), избегавати себичност.

Лепа, удобна, безбедна и чиста животна средина.

ЗАКЉУЧАК

Боравак у колективу је праћен разним инфекцијама. Најчешће су то респираторне и цревне инфекције. Респираторне инфекције се преносе капљичним путем, те просторије у којима деца бораве треба често проветравати у циљу спречавања заразе, узимати превентивно брис ждрела када је то потребно, што ће одлучити лекар који има надзор над колективом, било да се ради о школи или обданишту. У сваком случају треба посетити лекара да би се на време реаговало, при чему ће се код гушобоља евентуално узети брис грла, открити евентуално стрептококна инфекција и такво дете наравно изоловати из колектива док не оздрави. У току године, колектив могу да захвате блаже епидемије неких заразних дечјих болести, заушке, рубеола, овчје богиње и водене оспице или варичеле. Наша деца су редовно вакцинисана те су заушке, рубеола и морбилли ретки, док су водене оспице честе и лако се сире. Такву децу треба наравно одмах изоловати и упутити на кућно лечење под надзором лекара.

Цревне инфекције су такође честе у колективима. Вирусна жутица, на срећу не тако честа, се и зове „болест прљавих руку“. Поред цревних инфекција изазваних вирусима и бактеријама, морамо поменути и цревне паразите који се у колективу лако преносе, опет преко неопраних руку после употребе „вџ-а и пре јела“. Деца која имају цревне паразите слабо напредују, иако добро једу, бледа су често их болуцка стомак, а по ноћи осећају свраб у пределу чмара и могу се уочити ситне глисте. У сваком случају, таквој деци треба узети столицу на преглед.

Последица личне нехигијене у колективу су честе вашке и шуга (сцабиес) Ако се дете стално чешка по коси. Може и родитељ да види евентуалне уши и њихове ларве па да предузме одговарајуће мере. Ларве треба механички уништити, вашке густим чесљом ишчесљати, и посебним шампоном, којих има у свим апотекама, опрати косу. Ако се ради о шуги, дете се доста чеше по телу, нарочито ноћу. Јављају се кожне промене по стомаку и међу прстима. Обавезно се јавити дерматологу.

Како што смо могли приметити једини начин да се најефикасније спречи епидемија заразних болести јесте редовна законом предвиђена и обавезна вакцинација, али важну улогу свакако има и редовна примена хигијена. Ово што је још важно јесте да уколико се појединац и зарази неком од ових болести јесте да се он аутоматски изолује и да се наравно адекватно лечи. Велику улогу још има и одговорно понашање родитеља који треба да поступи у складу са ситуацијом. На тај начин се спречавају теже последице по друштво, али и саме људе.