Choroby zakaźne wieku dziecięcego przebiegające z wysypką, (ospa, odra, różyczka szkarlatyna, gorączka bostońska, rumień nagły, rumień zakaźny) Część 1.

AUTORZY:lek. med. pediatra, Zofia Zięba
mgr farm. Adam Naczyński

cz.1

Spis treści:

1. Wstęp - cz. 1
2. Kiedy należy odesłać pacjenta do lekarza - cz. 2
3. Dlaczego należy odesłać pacjenta do lekarza - cz. 2
4. Samoleczenie - cz. 2
5. Dodatkowe zalecenia farmaceuty - cz. 2
6. Materiały dla pacjenta - cz. 2
7. Bibliografia
8. Dodatek - cz. 2

1. Wstęp

Definicja:

Choroba zakaźna (zaraźliwa) jest schorzeniem wywołanym przez czynniki biologiczne, chorobotwórcze, które ze względu na swoje właściwości i łatwość rozprzestrzeniania się, stanowią zagrożenie dla zdrowia publicznego. Działanie czynników zakaźnych odbywa się poprzez ich bezpośredni rozwój w organizmie zakażonego człowieka, wydzielane jady i toksyny, odpowiedź immunologiczną i działanie alergizujące. Przebieg choroby zakaźnej obejmuje okres wylęgania (inkubacji), objawów zwiastunowych, pełnoobjawowych oraz zdrowienia.

Choroba zakaźna wysypkowa wieku dziecięcego, to choroba z dominującym objawem w postaci charakterystycznej wysypki skórnej, której może towarzyszyć gorączka, objawy nieżytu dróg oddechowych, objawy żołądkowo-jelitowe oraz zmiany na śluzówkach jamy ustnej lub narządów płciowych. Zakażenia sporadyczne, epidemie lokalne (kolektywizacja dzieci – żłobki,

przedszkola, szkoły), zakażenia szpitalne.

Objawy główne:

- okres zwiastunów – gorączka, stan podgorączkowy, złe samopoczucie, ból głowy, mięśni, nieżyt górnych dróg oddechowych, objawy żołądkowo-jelitowe,
- wysypka charakterystyczna dla schorzenia.

Krótka charakterystyka wymienionych chorób zakaźnych:

1.1. Choroba (gorączka) bostońska

Jest wirusową i wysypkową chorobą dłoni, stóp i jamy ustnej wywoływaną przez kilka rodzajów enterowirusów, najczęściej *Coxackie A16*. Choroba zaczyna się wysoką gorączką, trwającą 1-7 dni, z częstym brakiem łaknienia, bólem gardła, złym samopoczuciem, czasami z biegunką, wymiotami i bólem brzucha. Równocześnie z gorączką, lub krótko po jej wystąpieniu, pojawia się wysypka w jamie ustnej, a 1-2 dni później na skórze. W jamie ustnej są to małe czerwone plamki, zmieniające się szybko w pęcherzyki lub większe pęcherze, a następnie owrzodzenia, najczęściej na częściach policzkowych i języku. Wysypka skórna zajmuje dłonie, stopy i pośladki, rzadko tyłów, ma charakter małych grudek i pęcherzyków otoczonych czerwoną obwódką. Zmiany skórne i śluzówkowe utrzymują się około 7 dni.

Okres wylęgania choroby trwa od 2 do 7 dni.
Chorobę spotyka się na całym świecie. Do zachorowań w naszym klimacie dochodzi najczęściej latem i jesienią. Człowiek jest jedynym rezerwuarem wirusa, a najczęstszym sposobem zakażenia jest droga fekalno-oralna, rzadziej kropelkowa, możliwa również poprzez zainfekowane przedmioty, żywność i wodę. Najbardziej narażone na zachorowania są dzieci poniżej 5. roku życia, uczęszczające do żłobków i przedszkoli.
Wirus może być wydalany przez drogi oddechowe w ciągu 1-3 tygodni, a ze stolcem nawet do 8-12 tygodni od zakażenia.

Brak **swoistej** profilaktyki choroby, natomiast profilaktyka **nieswoista** polega na zapobieganiu rozprzestrzeniania się wirusa poprzez przestrzeganie higieny osobistej, częste mycie rąk szczególnie po zmianie dziecku pieluch, korzystaniu z toalety, kontaktu z wydzielinami z dróg oddechowych i ze zmian skórnych.

W **leczeniu** stosuje się:
- leki przeciwbólowe,
- leki przeciwgorączkowe,
- nawadnianie doustne (zimne, niekwaśne płyny, soki z lodem łagodzą dolegliwości ze strony jamy ustnej).

Ze względu na możliwość przedłużającego się wydalania wirusa przez osoby chore, dzieci z gorączką bostońską powinny pozostać w domu, a powrót do żłobka lub przedszkola można

zalecić po ustąpieniu zmian skórnych i w jamie ustnej oraz po powrocie normalnej aktywności dziecka, czyli pełnego powrotu do zdrowia.
Dzieciom zdrowym w okresie nasilenia zachorowań odradza się korzystanie ze wspólnych zabaw (suche baseny) i zaleca unikanie skupisk dziecięcych.

Rokowanie dobre, choroba zwykle łagodna, samoograniczająca się, często przebiega bezobjawowo. Cięższy przebieg zakażenia może dotyczyć noworodków, niemowląt oraz dzieci z obniżoną odpornością. Odpowiedź immunologiczna w gorączce bostońskiej nie jest do końca wyjaśniona. W związku z tym, że chorobę mogą spowodować różne enterowirusy (oprócz Coxackie A16, także Coxackie A5, A7, A9, A10, B1, B2, B3, Echo 33 i 77), możliwe jest powtórne zachorowanie na gorączkę bostońską wywołaną innym typem wirusa. Kolejne infekcje z reguły przebiegają łagodniej i krócej, gdyż wirusy posiadają wspólne antygeny i przeciwciała wytworzone jako odpowiedź na zakażenie jednym typem, neutralizują inne serotypy, chronią przed zachorowaniem lub rozwojem pełnoobjawego zakażenia związanego z kolejną infekcją enterowirusową.

1.2. Odra

Odra jest ostrą chorobą wywołaną przez wirusa odry **(***Morbillivirus***)**. Przebiega z gorączką, kaszlem, nieżytem dróg oddechowych, zapaleniem spojówek i typową wysypką na skórze i śluzówkach jamy ustnej. Objawy zwiastunowe trwają zazwyczaj 3 dni, następnie pojawia się wysypka gruboplamista, różowa, zlewająca się, początkowo za uszami i na czole, schodząca w dół ciała. 1-2 dni przed pojawieniem się wysypki na żywoczerwonej śluzówce wewnętrznej części policzków widoczne są szarawe grudki (**plamki Koplika**), które zlewają się w miejscach przylegających do zębów przedtrzonowych dolnych. Utrzymują się 1-2 dni i są objawem patognomonicznym dla odry.

Rys.1 Odra - wysypka.

Rys.2 Odra, plamki Koplika.

Okres inkubacji wynosi ok. 2 tygodnie (zakres 7-18 dni).
Odrę cechuje duża zakaźność, ze szczytem zachorowań późną zimą i wiosną. Chory zakaża inne osoby pod koniec okresu wylęgania, od momentu wystąpienia objawów zwiastunowych (3-5 dni przed pojawieniem się wysypki) do 4 dni po jej wystąpieniu. Czas trwania choroby wynosi średnio 9 dni (zakres 6-12).
Zakażenie przenosi się drogą kropelkową przez bezpośredni kontakt z chorym, możliwa też przez styczność z wydzielinami chorego lub zakażone przedmioty.

Zapobieganie **swoiste** czynne, to szczepienia ochronne. Profilaktyka swoista bierna polega na podaniu immunoglobuliny. W postępowaniu w przypadkach styczności z chorym na odrę zaleca się zaszczepienie osoby uprzednio nie szczepionej w ciągu 72 godzin od ekspozycji, a podanie immunoglobuliny kobietom w ciąży, niemowlętom, osobom z niedoborami odporności w ciągu 6 dni od kontaktu.

Zapobieganie **nieswoiste** obejmuje izolację chorych do 4 dni od wystąpienia wysypki, izolację osób z zaburzeniami odporności przez cały czas trwania choroby, osób nie szczepionych przez okres wylęgania. Obowiązkowa jest rejestracja zachorowań i zgłoszenie do stacji epidemiologicznej.

Leczenie wyłącznie objawowe:
- odpoczynek,
- odpowiednie nawodnienie,
- odżywianie,

- zaciemnienie pokoju z powodu światłowstrętu,
- leki przeciwgorączkowe,
- w powikłaniach antybiotykoterapia,
- osoby z objawami lub z czynnikami ryzyka niedoboru witaminy A, niemowlęta do 6 mż oraz dzieci przybyłe z regionów o wysokim wskaźniku śmiertelności z powodu odry, powinny otrzymywać suplementację wit.A.

Rokowanie w większości przypadków dobre, przebieg zazwyczaj jest łagodny lub umiarkowanie ciężki, przebyta choroba pozostawia **trwałą odporność.** Ciężki przebieg i większe ryzyko powikłań dotyczy niemowląt i osób dorosłych niedożywionych i z zaburzeniami odporności. Wśród **powikłań** wymienia się: zapalenie ucha środkowego, płuc, mięśnia sercowego, pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego ze ślepotą włącznie i podostre stwardniające zapalenie mózgu.

Szczepienie należy do szczepień podstawowych potrójną szczepionką przeciwko odrze, śwince i różyczce, **jest obowiązkowe** i obejmuje całą populację dzieci z danego rocznika.
Należy podać podskórnie w 13 -14. miesiącu życia dziecka, a dawkę przypominającą w 10. roku życia. Jeżeli dziecko w wieku powyżej 10. roku zycia nie otrzymało dwóch dawek szczepienia podstawowego, należy je uzupełnić do 19. roku życia. Przebycie choroby nie stanowi przeciwwskazania do szczepienia. Nie zaleca się zachodzenia w ciążę w ciągu 4 tygodni od podania szczepionki.

1.3. Ospa

Ospa _to ostra wirusowa choroba wieku dziecięcego, o dużej zakaźności, charakteryzująca się gorączką i uogólnioną wysypką pęcherzykową, wywołana przez wirus *Varicella-zoster***.**
Na 1-2 dni przed wysypką pojawiają się stany podgorączkowe, gorsze samopoczucie, następnie wysypka i zwyżka temperatury ciała. Zmiany skórne ewoluują od plamek poprzez grudki 5-10 mm do pęcherzyków z halo, wypełnionych przejrzystym, następnie mętnym płynem, a w następnej kolejności pojawiają się krosty i strupki. Wykwity pojawiają się rzutami, dając obraz wysypki polimorficznej, rozmieszczonej nieregularnie na skórze całego ciała, także na skórze owłosionej głowy, z nasileniem zmian na tułowiu i twarzy. Pęcherzyki mogą pojawiać się na błonach śluzowych jamy ustnej, spojówkach, rogówce i narządach moczowo-płciowych. Po odpadnięciu strupków powstają przejściowe blizny i przebarwienia ustępujące bez śladu w przypadkach niepowikłanych miejscowym zakażeniem. Choroba ustępuje zazwyczaj w ciągu 7 dni.

Rys.3 Ospa wietrzna.

Okres wylęgania choroby wynosi 11-21 dni. Wirus wnika do organizmu przez błony śluzowe układu oddechowego, a do zakażenia dochodzi poprzez bezpośredni kontakt z wydzieliną dróg oddechowych, spojówek, rzadko wykwitów ospy lub półpaśca. Choroba nie przenosi się przez przedmioty i ubranie.
Chory zaraża przez 1-2 dni przed wystąpieniem objawów klinicznych do czasu przyschnięcia wszystkich zmian skórnych. W klimacie umiarkowanym ospa jest chorobą wieku dziecięcego, większość zachorowań występuje do 12. roku życia, ze szczytem pod koniec zimy i na początku wiosny.
Ospa znajduje się w wykazie chorób zakaźnych podlegających rejestracji epidemiologicznej.

Profilaktyka **swoista** polega na:

- szczepieniu przeciwko ospie (w naszym kraju szczepienie zalecane, bezpłatne tylko dla wybranych grup pacjentów),
- stosowaniu profilaktyki farmakologicznej (acyklowir),
- podawaniu hiperimmunizowanej immunoglobuliny przeciwko ospie w wybranych przypadkach klinicznych.

Profilaktyczne podawanie acyklowiru obejmuje pacjentów z niedoborami odporności, którzy nie byli szczepieni lub nie chorowali na ospę i nie można podać im immunoglobuliny po kontakcie z chorym na ospę. Immunoglobulinę podaje się wymienionym osobom oraz noworodkom, których matki zachorowały na ospę w czasie 5 dni przed porodem do 2 dni po rozwiązaniu.

W profilaktyce **nieswoiste**j zaleca się osobom chorym pozostanie w domu, unikanie miejsc

publicznych do czasu przyschnięcia wykwitów. Osoby podatne na zakażenie, nie chorujące na ospę lub nie szczepione powinny unikać bezpośredniego kontaktu z chorym. Osoby z kontaktu powinny być poddane izolacji w okresie wylęgania choroby. Należy przestrzegać podstawowych zasad higieny - mycie rąk po kontakcie z chorym na ospę, mycie rąk chorego, obcinanie paznokci, czysta bielizna i pościel, kapiel, najlepiej pod natryskiem, utrzymywanie skóry w stanie suchym i czystym, osuszanie skóry krocza ręcznikami jednorazowymi, nie stosowanie kremów i maści pielęgnacyjnych, ze względu na maceracją naskórka i większe ryzyko powikłań bakteryjnych.

Leczenie zmian na śluzówkach jamy ustnej nie jest konieczne, należy dbać o higienę, myć zęby, płukać jamę ustną lub przyjmować płyny po jedzeniu (woda, rumianek, szałwia, nagietek). Należy starannie pielęgnować krocze, w razie dolegliwości bólowych można stosować na ujście cewki moczowej i przedsionek pochwy żel z lidokainą, (dostępny na receptę).
Nie zaleca się stosowania wodnych i spirytusowych roztworów fioletu_goryczki, ani innych środków antyseptycznych, ponieważ mogą maskować zmiany skórne, opóźniać dostrzeżenie nadkażenia oraz nasilać jego skutki przez brak właściwego leczenia. Nie zaleca się też stosowania pudrów płynnych na skórę, gdyż sprzyja to powikłaniom w postaci nadkażeń paciorkowcem i gronkowcem złocistym. Jeżeli jednak lekarz lub sam rodzic zdecyduje się na jego stosowanie, należy pouczyć rodzica o konieczności zachowania higieny i nie aplikowania pudru na owłosioną skórę głowy. Wg zaleceń Amerykańskiej Akademii Pediatrycznej brak jest konkretnych zaleceń pielęgnacji wykwitów ospowych poza dbałością o higienę (sucho i czysto).

W chorobie o lekkim przebiegu stosuje się **leczenie** objawowe:

- leki przeciwgorączkowe,
- leki przeciwbólowe,
- leki przeciwświądowe ogolnie (leki antyhistaminowe I i II generacji),
- leki przeciwświądowe działające miejscowo (leki antyhistaminowe I generacji: dimetinden),
- zaleca się podawanie paracetamolu, ibuprofen nie jest wskazany ze względu na ryzyko rozwoju nadkażeń bakteryjnych, szczególnie paciorkowcem grupy A,
- przy ciężkim lub przewlekającym się przebiegu, u osób z obniżoną odpornością i innymi czynnikami ryzyka oraz w ospie wrodzonej stosuje się leki przeciwwirusowe (acyklowir),
- przy nadkażeniach bakteryjnych antybiotykoterapię ogólną (kloksacylina, cefalosporyna I generacji) lub miejscową (mupirocyna).

Przebieg ospy jest zazwyczaj łagodny. Najczęstszym **powikłaniem** jest wtórne bakteryjne zakażenie wykwitów skórnych. Może wystąpić zapalenie płuc, zapalenie głębszych warstw skóry i tkanki podskórnej, zakażenie uogólnione, infekcja układu nerwowego. Dzięki szczepieniom nie notuje się epidemii, a przebycie choroby pozostawia **trwałą odporność**. Ciężki przebieg obserwuje się u noworodków, osób starszych i z zaburzeniami odporności.

Szczepienie przeciwko ospie wietrznej należy do zalecanych, nie jest finansowane ze środków budżetu państwa. Obecnie obowiązuje dwudawkowy cykl szczepienia dla wszystkich dzieci, niezależnie od wieku oraz osób, które nie chorowały na ospę i kobiet planujących zajście w ciążę, które nie przechorowały ospy wietrznej, z zachowaniem minimalnego odstępu między

dawkami wynoszącego 6 tygodni. Szczepionkę podaje się domięśniowo lub podskórnie. Dla wybranych grup, szczególnie narażonych na zakażenie, szczepienie jest obowiązkowe i refundowane (dzieci do 12. roku życia z upośledzeniem odporności, chore na ostrą białaczkę limfoblastyczną w okresie remisji, zakażone wirusem HIV oraz dzieci do 12. roku życia z otoczenia wymienionych osób, a także dzieci do 12. roku życia narażone na zakażenia ze względów środowiskowych, przebywające czasowo lub stale we wspólnych pomieszczeniach w domach dziecka, żłobkach, zakładach opiekuńczych).

Powinno się zachęcać rodziców do szczepienia przeciwko ospie wietrznej w celu ochrony własnych dzieci i innych osób przed zachorowaniem oraz potencjalnymi powikłaniami.

1.4. Różyczka

Różyczka jest ostrą chorobą wirusową, wywołaną wirusem różyczki **(***Rubivirus***)**, przebiegającą z łagodnymi objawami ogólnymi, powiększeniem węzłów chłonnych oraz wysypką na skórze.
Objawy zwiastunowe mają niewielkie nasilenie pod postacią nieżytu górnych dróg oddechowych, umiarkowanej gorączki (do 38 st.C), powiększenia węzłów chłonnych szyjnych, zausznych, karkowych. Wysypka jest drobnogrudkowa, na rumieniowym podłożu, pojawia się początkowo na twarzy, w ciągu doby obejmuje całe ciało, po dobie blednie i ustępuje po 3-5 dniach.

Czas wylęgania choroby wynosi 5-21 dni. Chory jest zakaźny 1-7 dni przed wysypką aż do jej zniknięcia (3-5 dni).
Źródłem zakażenia jest chory, a infekcja szerzy się drogą kropelkową, przez bezpośredni kontakt z chorym lub jego przedmiotami oraz przez łożysko od matki do dziecka. Najczęściej chorują dzieci w wieku 5-9 lat. Choroba podlega rejestracji i zgłoszeniu do stacji epidemiologicznej.

Profilaktyka **swoista** obejmuje szczepienie przeciwko różyczce oraz podanie immunoglobulin kobietom w I i II trymestrze ciąży, nie szczepionym, po udokumentowanym kontakcie z chorym na różyczkę.
Metody **nieswoiste** opierają się na odizolowaniu chorych od kobiet będących w wieku prokreacyjnym, nie szczepionych, do 7 dni od wystąpienia wysypki w przypadku różyczki nabytej, a w przypadku różyczki wrodzonej do ukończenia przez chore dziecko 12 miesiąca życia lub uzyskania dwukrotnych ujemnych wyników badań wirusologicznych z moczu i układu oddechowego, wykonanych po 3. miesiącu życia dziecka. Metodą nieswoistą są również badania serologiczne przesiewowe młodych kobiet i szczepienie ich w przypadku nie stwierdzenia we krwi przeciwciał swoistych przeciwko wirusowi różyczki.

Leczenie choroby jest objawowe, obejmuje podawanie:
- leków przeciwgorączkowych,
- nawadnianie,
- odpoczynek.

Rokowanie w różyczce nabytej jest dobre, po przechorowaniu pozostaje **trwała odporność**.
Możliwe **powikłania** to zapalenie stawów, mięśnia sercowego, mózgu, powikłania

hematologiczne (aplazja szpiku, małopłytkowość).

Niebezpieczna jest **różyczka wrodzona**, łączy się z dużą śmiertelnością noworodków (>15%) i ciężkim kalectwem dziecka. Do zakażenia płodu może dojść w każdym okresie ciąży w związku z chorobą i wiremią u matki. Różyczka wrodzona rozwija się z powodu teratogennych właściwości wirusa. Zagrożenie dla płodu jest największe w I trymestrze ciąży, kiedy dochodzi do śmierci płodu lub powstania ciężkich wad, a po 20 tygodniu ciąży praktycznie nie występuje. Objawami wczesnej postaci różyczki wrodzonej są:

- wady układu krążenia,
- zaćma,
- małoocze,
- zahamowanie wzrostu wewnątrzmacicznego,
- powiększenie wątroby,
- powiększenie śledziony,
- skaza krwotoczna,
- zapalenie wielu narządów i układów.

U prawie 70% noworodków nie obserwuje się zmian bezpośrednio po urodzeniu, ale dopiero w późniejszych latach życia (głuchota, niedoczynność tarczycy, niedobór hormonu wzrostu, cukrzyca, opóźnienie rozwoju psychoruchowego).
Nie ma metod swoistego leczenia różyczki wrodzonej, a postępowanie polega na korekcji powstałych uszkodzeń.
Szczepienie: patrz odra.