

Елена Василенко

Инфекции у детей



Елена Василенко
Инфекции у детей

Текст предоставлен литагентом
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=181219

Содержание

ОСТРЫЕ ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	4
ВВЕДЕНИЕ	4
КОРЬ	8
КРАСНУХА	19
КОКЛЮШ	22
ПАРАКОКЛЮШ	32
Конец ознакомительного фрагмента.	35

Елена Александровна Василенко

Инфекции у детей

ОСТРЫЕ ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Острые детские инфекционные болезни характеризуются высокой контагиозностью (заразностью), циклическим течением и способностью оставлять после себя стойкий (пожизненный) иммунитет.

Следует подчеркнуть условность понятия «детские инфекционные болезни», так как каждая из них может возникнуть у человека любого возраста. Однако их необычайная заразительность (передача заболевания от одного человека к другому) приводит к тому, что большинство людей успевают переболеть ими еще в детском возрасте. Взрослые остаются невосприимчивыми к ним только при наличии приобретен-

ного иммунитета.

Источником заражения является больной человек или здоровый *носитель* бактериального или вирусного начала (при некоторых острых инфекциях, исключая детские, источником заражения являются больные животные или животные-носители). Наиболее частый механизм заражения – воздушно-капельный. Возбудитель выделяется с капельками слизи из носоглотки и дыхательных путей и распространяется с током воздуха, оседая на частичках пыли, предметах обихода. Самый вероятный путь заражения – непосредственное общение с больным. Однако при значительной стойкости во внешней среде возбудитель может передаваться путем непрямого контакта, через зараженные предметы окружающей среды. Помимо воздушно-капельного, возможны и другие способы заражения инфекционными болезнями: алиментарный (с пищей), через воду и трансплацентарным путем (от беременной женщины к плоду).

От момента заражения до клинических проявлений заболевания проходит определенный период, называемый *инкубационным*. В это время происходит размножение микробов (вирусов) – возбудителей болезни, накапливаются вырабатываемые или продукты жизнедеятельности (токсины). В ответ на это в организме происходит ряд изменений, не проявляющихся внешне, но выявляемых особыми методами исследования защитных свойств крови. Длительность этого пери-

ода определяется биологической характеристикой и количеством поступившего в организм возбудителя, а также защитными силами организма зараженного лица.

Начало заболевания иногда сопровождается коротким *продромальным* периодом, т. е. появлением нерезко выраженных неспецифических признаков-предшественников недуга. Сама болезнь характеризуется быстрой сменой (циклическостью) определенных периодов патологического процесса: развития, угасания, реконвалесценции (выздоровления).

Восприимчивость к той или иной острой детской инфекции бывает разной, зависит от многих причин. Она может быть поголовной (близкой к 100 %), способствуя в таком случае возникновению эпидемии. С целью предотвращения распространения инфекции в каждом случае острого детского инфекционного заболевания проводится комплекс противоэпидемических профилактических мер. При выявлении заболевания в районную санитарно-эпидемиологическую станцию в течение суток подается карта экстренного извещения. Это дает возможность провести своевременное обследование очага инфекции (места выявления или пребывания больного). Больного немедленно изолируют, так как распространение инфекции в детском коллективе во многом зависит от длительности общения больного со здоровыми. После этого при необходимости, определяемой стойкостью возбудителя, в очаге инфекции проводят дезинфекцию. Все

дети, бывшие в контакте с больным, подлежат карантину, соответствующему сроку инкубационного (скрытого) периода. Срок карантина определяется продолжительностью заразного периода.

Активная иммунизация детского населения с целью предотвращения заболеваний проводится как живой ослабленной или убитой нагреванием или другими способами культурой возбудителя, так и обезвреженным бактериальным токсином (анатоксином) путем подкожного, накожного их введения или приемом внутрь.

Используются и ассоциированные вакцины, содержащие одновременно антигены нескольких возбудителей различных заболеваний. Вакцинация рассчитана на выработку организмом антибактериальных (антитоксических) антител. При явном или возможном заражении некоторыми инфекциями непривитых детей с целью предупреждения заболевания проводится **пассивная иммунизация**, т. е. введение препаратов, содержащих готовые антитела. При этом используется иммуноглобулин, приготовляемый из человеческой сыворотки. Для лечения используют также сыворотку, содержащую антитела против бактериальных токсинов (антитоксическая сыворотка).

КОРЬ

Корь – острое высококонтагиозное инфекционное заболевание, сопровождающееся лихорадкой, воспалением слизистых оболочек, сыпью.

На протяжении столетия корь была самым распространенным заболеванием на земном шаре. 20–30 лет тому назад заболеваемость составляла 2 тыс. на 100 тыс. человек, болели преимущественно дети. Больничная смертность в начале XX в. составляла около 20 %. С введением в практику пассивной иммунизации противокоревой сывороткой и гамма-глобулином, а также антибиотиков и сульфаниламидных препаратов корь стала менее опасной инфекцией.

Возбудитель кори – вирус, очень подвижный и нестойкий во внешней среде. Входными воротами инфекции являются слизистая оболочка верхних дыхательных путей и глаз. Попадая в организм, вирус циркулирует в крови и поражает поверхностные оболочки дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, глаз, клетки центральной нервной системы и сосудистые стенки. Во время заболевания снижаются защитные силы организма, что служит причиной высокой восприимчивости больного к вторичной бактериальной инфекции и возникновению осложнений.

Источник инфекции – исключительно больной, заразный

для окружающих с появления первых признаков болезни и первые 5 дней с начала высыпания. Более продолжительный срок заразности (до 10–11 дней) – при случаях заболевания, осложнившихся пневмонией.

Инфекция передается воздушно-капельным путем, так как вирус содержится в микроскопически малых частицах слизи носоглотки, дыхательных путей, которые легко рассеиваются вокруг больного, особенно при кашле и чиханье. Но возбудитель легко гибнет под влиянием естественных факторов внешней среды, при проветривании, а на открытом воздухе быстро рассеивается до ничтожно малых концентраций. В связи с этим передача инфекции через третьих лиц, предметы ухода, одежду и игрушки практически не наблюдается. Так как вирус летуч, возможно его распространение с потоком воздуха в соседние помещения и с нижних этажей на верхние, через замочные скважины, щели и т. д. Поэтому при возникновении кори в детском коллективе или семье контактными считаются все те, кто был с больным в сообщаемом помещении.

Восприимчивость к кори необычайно высока среди не болевших ею лиц любого возраста, кроме детей первых 6 месяцев жизни (особенно до 3 месяцев), обладающих пассивным иммунитетом, полученным от матери внутриутробно или при грудном вскармливании.

После перенесенной кори создается пожизненный иммунитет и повторные заболевания наблюдаются крайне редко

(у детей, перенесших корь в раннем возрасте или у ослабленных детей).

Клиническая картина. С момента заражения до начала заболевания в типичных случаях проходит от 7 до 17 дней (чаще 9-10). Различают три периода болезни: катаральный (продромальный), период сыпи и период пигментации (выздоровления).

Катаральный период продолжается 3–5 дней. Самочувствие больного нарушается, появляются более или менее выраженная лихорадка, кашель, насморк, конъюнктивит (воспаление слизистой оболочки глаз), покраснение и отек слизистой оболочки глотки, немного увеличиваются шейные лимфатические узлы, в легких выслушиваются сухие хрипы. Кашель нередко бывает сухим, мучительным, возможно навязчивое чиханье. Через 2–3 дня на небе появляется первая энантема – мелкие розовые элементы, которые затем становятся едва различимыми в последующие дни на фоне легкого покраснения глотки. Почти одновременно с энантемой на слизистой оболочке щек, около малых коренных зубов, можно выявить специфический признак кори – множество точечных белесоватых участков. Такие же изменения располагаются на слизистой оболочке губ и десен (пятна Бельского – Филатова – Коплика). Эти пятна сохраняются до начала высыпания, затем становятся менее заметными и исчезают, оставляя после себя шероховатость слизистой оболочки. В конце катарального периода температура тела нередко сни-

жается. При тщательном осмотре кожных покровов у ряда больных можно обнаружить так называемую продромальную сыпь – едва заметные единичные мелкие бледно-розовые пузырьковые элементы на лице, шее, туловище.

Период сыпи характеризуется большей выраженностью катаральных явлений по сравнению с предыдущими днями болезни. Лицо ребенка одутловатое, с опухшими веками, отмечается светобоязнь, слезотечение, усиливаются насморк, кашель, явления оронхита. Начинается новый подъем температуры тела до 39–41 °С. Состояние больного значительно ухудшается, отмечаются вялость, сонливость, отказ от еды, понос, в тяжелых случаях – бред и галлюцинации.

Сыпь яркая, появление ее имеет поэтапный характер. В 1 день – за ушами, на лице и шее; во 2 день – на туловище; в 3 день – на конечностях. Коревая сыпь имеет пятнисто-пузырьковый характер, величина отдельных элементов от 2–3 до 4–5 мм в диаметре. При нарастании высыпания отдельные пятна и пузырьки сливаются между собой, образуя более крупные элементы с мелкофестончатыми очертаниями. Фон свободных от сыпи участков кожи не изменен. Через три дня каждый элемент сыпи начинает угасать в том же порядке, что и при его появлении. В связи с этим сыпь с 3 дня появления выглядит неоднородной: при наличии свежих ярких элементов на туловище и конечностях видны первые элементы пигментации на лице. Это участки буроватой окраски, не возвышающиеся на уровне кожи и не исчезающие при ее

растягивании.

При типичном течении неосложненной кори с 4-5-го дня начинается *период пигментации* (выздоровления). Улучшается состояние, нормализуется температура тела, уменьшаются катаральные явления, постепенно угасает сыпь, оставляя на месте наиболее ярких элементов пигментацию. К 5 дню от начала высыпания все элементы либо исчезают, либо заменяются пигментацией. В это время у многих больных начинается мелкое отрубевидное шелушение. В этот период отмечаются выраженная слабость, повышенная утомляемость, раздражительность, сонливость, снижение сопротивляемости к воздействию бактериальной флоры.

В течение болезни, как правило, наблюдаются изменения в крови (лейкопения, нейтропения, эозинофилия, СОЭ немного повышена).

Существует еще такой вид кори, как *митигированная* (возникающая после специфической профилактики). Она может протекать при нормальной температуре тела, при отсутствии или слабой выраженности явлений и с очень скудными высыпаниями. Этот вид заболевания не дает осложнений, не оказывает отягощающего влияния на организм.

Осложнения. Наиболее характерны для кори осложнения, связанные с поражением органов дыхания и пищеварительного тракта. Особенно часто наблюдаются пневмонии, которые могут возникать в любом периоде заболевания.

Ранние пневмонии развиваются в катаральном периоде

или начале высыпания. Они формируются в связи со специфическим действием коревого вируса на органы дыхания. Характеризуются тяжестью состояния, высокой температурой тела, резкой одышкой, синюшной окраской кожных покровов, глухостью сердечных тонов, похолоданием конечностей, судорогами. Особенно часто это наблюдается в раннем детском возрасте.

Поздние пневмонии формируются под влиянием разнообразной бактериальной флоры. Клиническая картина яркая: изменение характера дыхания, мелкопузырчатые хрипы, одышка, повышение температуры тела (важно помнить, что в период пигментации повышения температуры быть не должно).

Особенностью коревой пневмонии и бронхита является склонность к затяжному течению.

Воспалительные явления в глотке способствуют развитию таких осложнений, как евстахиит и отит.

Ларингит – одно их частых проявлений кори в разгаре болезни. Грубый лающий кашель, осиплость свидетельствуют об отечности и воспалении слизистой оболочки гортани. Возникновение при этом затруднения дыхания в виде одышки с втяжением уступчивых мест грудной клетки указывает на ранний коревой круп.

У больных корью очень ранима слизистая оболочка рта. Присоединение вторичной инфекции способствует возникновению стоматита, диспепсия в разгар болезни встречается

у детей раннего возраста.

К редким, но грозным осложнениям относятся энцефалиты, энцефалопатии, менингиты. Они возникают обычно в периоде выздоровления и преимущественно у детей старшего возраста, подростков. Внезапно наступают потеря сознания, судороги, появляется локальная неврологическая симптоматика.

Одним из осложнений может быть поражение глаз – блефариты, конъюнктивиты.

Корь резко ослабляет организм, вызывает состояние аллергии и повышает восприимчивость к любой вторичной инфекции.

Лечение. У большинства больных лечение проводится в домашних условиях. Госпитализация необходима при тяжелом течении заболевания; при осложнении кори пневмонией, трахеобронхитом, крупом; при энцефалопатии, энцефалите, развившейся психопатии (срочная госпитализация); по эпидемическим показаниям.

Объем терапевтического воздействия зависит от тяжести кори, возраста больного, от наличия и характера осложнений. Особое внимание следует уделить организации санитарно-гигиенического режима с целью профилактики бактериальных осложнений. Необходимо регулярно проводить влажную уборку и проветривание помещения, избегать попадания яркого света в глаза. Обильное питье должно обеспечить потребность организма в жидкости, что особен-

но важно для детей раннего возраста. Диета должна быть полноценной, богатой витаминами и легкоусвояемой. Даже при резком снижении аппетита детям нужно давать кефир, нежирный йогурт, протертые супы, отварное мясо нежирных сортов (или курицу), кисель, печеные яблоки. Постельный режим необходимо соблюдать в течение всего лихорадочного периода и первые 2–3 дня после снижения температуры. В дальнейшем, если нет осложнений, ребенок может переходить постепенно на нормальный для его возраста режим. Исключительно большое значение при организации ухода за больным корью имеет гигиеническое содержание кожи и слизистых оболочек. Несколько раз в день необходимо промывать глаза теплой кипяченой водой или 2 %-ным раствором гидрокарбоната натрия (можно чуть розоватым раствором перманганата калия). После удаления гноя и гнойных корок закапывают в глаза 30 %-ный раствор сульфацил-натрия (альбуцида) по 1–2 капли 3–4 раза в день и раствор витамина А. Это предохраняет глаза от высыхания и предупреждает развитие осложнений со стороны данного органа. Сухие, потрескавшиеся губы смазывают борным вазелином или жиром. Нос прочищают ватными тампонами, смоченными теплым вазелиновым маслом; при образовании корок закапывают в нос по 1–2 капли персикового масла 3–4 раза в день. Полоскание рта кипяченой водой (для детей более старшего возраста) или просто питье воды после приема пищи способствует гигиеническому содержанию полости

рта и предупреждению стоматита.

Медикаментозную терапию применяют в зависимости от выраженности симптомов болезни, а также от наличия и характера осложнений. Для борьбы с кашлем применяют либексин, бромгексин, пертуссин, различные микстуры. Например:

малина обыкновенная (плоды) – 3 ст. л.

липа сердцелистная – 4 ст. л.

латук посевной – 2 ст. л.

На 800 мл кипятка взять 3 ст. л. сбора. Принимать по 50 мл 6 раз в день, можно до 12 раз в сутки (народное средство при кори).

В течение всего острого периода и в периоде пигментации назначают витамины С и А. Показаны поливитамины с микроэлементами – аевит, олиговит, центрум и др. Антиаллергическую терапию проводят по показаниям (кларитин, тавегил и т. д.). Антибиотики при неосложненной кори не назначают. Детям раннего возраста, часто болеющим, с различными хроническими процессами антибиотики рекомендуют назначать уже при подозрении на осложнение бактериальной природы, а детям старшего возраста – после выявления первых признаков осложнения. Выбор антибиотика определяется чувствительностью к нему. Обычно это пенициллин, оксациллин, рулид и ицефотаксим.

Детям ослабленным, раннего возраста и при тяжелых формах кори рекомендуется вводить иммуноглобулин нор-

мальной человеческий донорский.

При развитии осложнений антибиотикотерапию проводят в зависимости от их характера и тяжести, с учетом бактериальной микрофлоры.

У детей, перенесших корь, в течение длительного времени отмечается слабость, поэтому их следует ограждать от чрезмерной школьной нагрузки. Дети раннего возраста после болезни должны некоторое время находиться на щадящем режиме, предусматривающем продолжительный сон, более длительное пребывание на воздухе, рациональное витаминизированное питание.

Профилактика. Больного корью изолируют до пятого дня от начала высыпания изолируют. Комнату, где находился больной корью, проветривают. Дезинфекцию не проводят, так как вирус неустойчив во внешней среде.

На контактных, непривитых и не болевших корью накладывают карантин на 17 дней с момента контакта. Первые 7 дней с момента контакта ребенку можно разрешить посещать детское учреждение, поскольку заразный период начинается с последних двух дней инкубационного периода, минимальный срок которого составляет 9 дней. Школьники старше второго класса карантину не подлежат.

Основная профилактическая мера – активная иммунизация. Вакцину, содержащую живой ослабленный вирус, вводят детям, достигшим 15-18-месячного возраста. Предварительно проверяют, здоров ли ребенок, нет ли противопока-

заний к вакцинации. Прививку откладывают на 1–2 месяца, если ребенок только что перенес острое инфекционное заболевание, и не менее чем на 6 месяцев – после вирусного гепатита. Нельзя проводить вакцинацию детям с болезнями крови, почек, с ревматизмом, туберкулезом, бронхиальной астмой и др. У большинства детей вакцинальный процесс протекает бессимптомно, лишь в некоторых случаях через 7–18 дней проявляются признаки, напоминающие клиническую картину кори (лихорадка, сыпь, слабовыраженные катаральные явления). Ребенок при этом не заразен.

При наличии противопоказаний проводят пассивную иммунизацию иммуноглобулином не позже 6 дня инкубации. Введение 3 мл иммуноглобулина, как правило, предохраняет от заболевания, при этом иммунитет сохраняется не более 3–4 недель. Уменьшение дозы иммуноглобулина в 2 раза (до 1,5 мл) обеспечивает легкое течение кори или развитие митигированной ее формы.

Прогноз. В современных условиях – благоприятный. Прогноз могут отягощать тяжелые осложнения, особенно у детей раннего возраста, страдающих рахитом, гипотрофией, аллергическим диатезом.

КРАСНУХА

Краснуха – инфекционное заболевание, сопровождающееся сыпью и увеличением затылочных лимфатических узлов, опасное для беременных в связи с возможностью развития уродств плода.

В течение длительного времени краснуха считалась одной из самых легких и безобидных инфекционных болезней, наряду с ветряной оспой и эпидемическим паротитом. Ее относили к так называемым малым инфекциям. Но исследования показали, что заражение краснухой беременных женщин может привести к развитию у плода катаракты, глухоты, пороков сердца, гидроцефалии или врожденной инфекции с развитием тяжелых поражений внутренних органов.

Возбудитель – вирус, чувствительный к воздействию ультрафиолетовых лучей и к нагреванию; может сохраняться при комнатной температуре и высушивании.

Входные ворота – слизистые оболочки верхних дыхательных путей.

Источник инфекции – больной ребенок, заразный уже за несколько дней до высыпания, а также больной бессимптомной формой. Контагиозность (заразность) выражена наиболее в разгар болезни, но быстро исчезает вместе с угасанием сыпи. Краснухой чаще всего болеют дети дошкольного и школьного возраста. Тесное, длительное общение способ-

ствует развитию заболевания. Приобретенным в детстве иммунитетом объясняется значительно более низкая заболеваемость среди взрослых.

Клиническая картина. Первые признаки заболевания появляются не ранее чем через 11 дней после заражения, но инкубационный период редко длится более 22 дней. Период предвестников в виде небольшого повышения температуры тела и легких катаральных явлений короткий и чаще проходит незамеченным. Заболевание начинается с припухания заднешейных, затылочных, иногда других лимфатических узлов. Самым главным и постоянным симптомом краснухи является сыпь, которая очень быстро (в течение нескольких часов) появляется на лице, шее и распространяется по всему телу. Сыпь носит преимущественно пятнистый характер, элементы ее не превышают 3–5 мм в диаметре и не имеют тенденции к слиянию. Сыпь держится в среднем 3 дня и исчезает бесследно (без последующей пигментации и шелушения). Высыпание может сопровождаться повышением температуры тела до 38 °С. При тщательном осмотре можно отметить слабовыраженное покраснение слизистой оболочки глотки и края конъюнктивы (слизистой оболочки глаза). Все симптомы, в том числе лихорадка и нарушение самочувствия, более выражены у взрослых и в меньшей степени – у детей.

Осложнения. При краснухе, развившейся у детей, осложнений, как правило, не бывает. При заболевании крас-

нухой беременных могут отмечаться: гибель плода и прерывание беременности или развитие у эмбриона тяжелых поражений глаз, мозга и внутренних органов. При заражении краснухой в поздние сроки беременности возможно рождение ребенка с тяжелым поражением мозга, печени, костной системы, анемии. У таких детей отмечаются длительное носительство вируса и выраженные иммунологические сдвиги.

Лечение. Больным краснухой рекомендуется постельный режим на острый период, затем – полупостельный еще на 3–5 дней. При легких и среднетяжелых формах назначают поливитамины, антигистаминные препараты (кларитин, супрастин, фенкарол).

Профилактика. Больных краснухой до 5 дня с момента высыпания. Первого заболевшего в детском учреждении рекомендуется изолировать до 10 дня от начала высыпания.

Нужно оберегать беременных женщин от общения с больными этой инфекцией. В случае контакта решают вопрос о сохранении беременности.

КОКЛЮШ

Коклюш – острое инфекционное заболевание, для которого характерен постепенно нарастающий судорожный кашель.

Заболеваемость коклюшем в прошлом была почти всеобщей и занимала второе место после кори. Тяжелые осложнения, особенно в раннем возрасте, приводили нередко к смертельному исходу или развитию хронических воспалительных процессов в легких, к нарушению нервно-психического статуса детей.

Снижение заболеваемости началось со времени активной плановой иммунизации. С этого же времени стали преобладать легкие и стертые формы заболевания.

Возбудитель – палочка Борде-Жанги, слабо устойчивая во внешней среде. Входные ворота инфекции – слизистые оболочки верхних дыхательных путей. Главная роль в развитии патологического процесса принадлежит токсину (яду), освобождающемуся в процессе жизнедеятельности коклюшного микроба. Вследствие длительного и интенсивного раздражения нервных окончаний дыхательных путей в дыхательном центре мозга формируется очаг постоянного возбуждения, что обуславливает судорожный характер кашля и ряд характерных для коклюша синдромов (повышение артериального давления, рвоту, судорожные состояния).

Источник инфекции – больной человек, заразный с первых дней заболевания до 25-30-го дня спазматического периода. Большую роль играют больные со стертыми формами инфекции (их количество от всех инфицированных около 70 % – это способствует распространению коклюша).

Коклюшные бактерии выделяются во внешнюю среду с капельками носоглоточной слизи. Заражение происходит воздушно-капельным путем при непосредственном общении с заболевшим на расстоянии до 2–3 м во время кашля. Передача инфекции через третьих лиц, предметы ухода, игрушки и т. д. маловероятна из-за быстрой гибели возбудителя во внешней среде.

Восприимчивость к коклюшу очень велика во всех возрастах, включая детей первых месяцев жизни. Наибольшая заболеваемость отмечается в дошкольном возрасте (4–6 лет). После перенесенного коклюша вырабатывается стойкий иммунитет, хотя иногда наблюдаются случаи повторного заболевания.

Клиническая картина. Инкубационный период длится 3-15 дней, в среднем 5–8 дней. В течении болезни различают три периода: катаральный, спазматический, период разрешения (начала выздоровления).

Катаральный период длится 1,5–2 недели. Начало малозаметное, появляется легкое покашливание, но ребенок активен, хорошо ест. Постепенно кашель нарастает, становится навязчивым, но не имеет еще специфических признаков. Ка-

тар верхних дыхательных путей выражен слабо: иногда бывает небольшое повышение температуры тела до 37,2-37,4 °С, появляется небольшой насморк.

Спазматический период продолжается от 2 до 6 недель. Основным клиническим признаком его является типичный приступообразный кашель, приступ обычно развивается внезапно, состоит из серии кашлевых толчков, следующих друг за другом и прерывающихся продолжительным, слышимым на расстоянии, судорожным вдохом вследствие спазма голосовой щели («закатом»). На высоте вдоха может быть остановка дыхания. После «заката» серия кашлевых толчков повторяется. Возобновление кашля называется репризой. Облик ребенка в момент приступа очень характерен. Лица становится багровым или багрово-синюшным, набухают шейные вены, глаза наливаются кровью, текут слезы, язык высовывается наружу, выделяется большое количество слюны. Приступы кашля сопровождаются выделением вязкой мокроты и нередко рвотой.

В разгаре болезни лицо у ребенка одутловатое, веки опухшие, иногда имеются точечные кровоизлияния на коже верхней части туловища и на слизистой оболочке глаз (конъюнктиве). На уздечке языка образуется долго не заживающая язвочка, покрытая белым налетом (у детей, имеющих зубы). В легких постоянно прослушиваются сухие и влажные хрипы, на рентгенограмме – повышение прозрачности легочных полей и другие характерные изменения. У ряда больных отме-

чают повышение артериального давления и учащение сердцебиения. Это чаще бывает в тяжелых случаях течения заболевания и при осложнениях.

Затем наступает период разрешения, который длится до 3 недель. Уменьшается частота и тяжесть приступов, кашель теряет свой типичный характер, исчезает рвота. Постепенно ликвидируются все симптомы заболевания.

Коклюш может протекать в легкой, среднетяжелой и тяжелой формах. О тяжести судят по частоте приступов в разгар заболевания. При легкой форме число приступов в сутки не превышает 10–15, при среднетяжелой – 15–25, при тяжелой – 30–60 и более. При стертых формах коклюша отсутствуют типичные приступы кашля, нет выраженной периодичности болезни, меньше ее продолжительность: кашель выражен очень слабо.

У детей грудного возраста и особенно первых недель и месяцев жизни коклюш протекает не совсем обычно. Инкубационный и катаральный периоды укорочены до нескольких дней, типичных приступов кашля может и не быть, после нескольких кашлевых толчков наступает не судорожный вдох, а задержка или остановка дыхания. Чем младше ребенок, тем больше вероятность развития остановки дыхания и осложнений со стороны органов дыхания и нервной системы. Приступы синюшности кожных покровов (как следствие остановки дыхания) могут быть первыми явными проявлениями коклюша у этих детей. Течение коклюша тем тяжелее,

чем младше ребенок.

Осложнения. В развитии осложнений первостепенное значение имеет поражение бронхолегочной системы у всех больных коклюшем. Нередко явления бронхита, склонность к спастическому состоянию дыхательной мускулатуры, наличие в дыхательных путях вязкой, густой мокроты способствует спаданию легочной ткани и закупорке бронхов. При этом нередко развиваются пневмонии с затяжным течением, тяжелые бронхиты. Присоединение осложнений резко ухудшает состояние больных. Появляется лихорадка, усиливается тяжесть приступов кашля, дети отказываются от еды, становятся вялыми, сонливыми, раздражительными.

Тяжелым осложнением коклюша является поражение центральной нервной системы (энцефалопатия), которое проявляется внезапным припадком судорог, имеющих эпилептиформный характер, потерей сознания. Нервные осложнения коклюша могут сопровождаться потерей слуха, речи, зрения. К более редким осложнениям относятся пупочная грыжа, выпадение прямой кишки и т. д.

Лечение. Объем терапевтических воздействий зависит от возраста больных, тяжести течения болезни, наличия осложнений. Госпитализации подлежат все больные с тяжелыми формами и осложнениями, а также дети грудного возраста. Остальные лечатся на дому.

Во всех случаях показана правильная организация режима и ухода за больными. Известно, что частота приступов

уменьшается при длительном пребывании на воздухе, поэтому в летнее время не должно быть ограничений для прогулок. Зимой их следует проводить при температуре воздуха не ниже -10°C и отсутствии ветра. Влажная уборка и систематическое проветривание помещений устраняют факторы, провоцирующие кашель. Важно организовать досуг больного ребенка. Положительно влияют игры, требующие сосредоточенности, новые впечатления. Больных коклюшем следует оберегать от гриппа и других респираторных заболеваний, провоцирующих обострения. В спазматическом периоде при наличии приступов с рвотой целесообразно кормить детей чаще, до 7–8 раз в день (а при неукротимой рвоте – 10–12 раз) по 100–200 г, так как сам акт кормления является для ребенка большой нагрузкой. Целесообразно докармливать детей после рвоты (для сохранения постоянства суточного рациона), хотя больные часто отказываются от пищи. В связи с повышенной проницаемостью сосудистой стенки больным коклюшем показано назначение отвара шиповника, фруктового пюре, соков.

Лечение антибиотиками оказывается более эффективными при назначении их в ранние сроки болезни: левомицетин, эритромицин, ампициллин в возрастных дозировках. Детям младшего возраста ампициллин вводят внутримышечно в тех же дозах (50–100 мг/кг в сутки), так как к пенициллину коклюшная бактерия нечувствительна. Продолжительность введения – 8–10 дней. Назначение антибиотиков в спастиче-

ском периоде показано всем детям первых лет жизни, особенно непривитым, более старшим – только при среднетяжелых и тяжелых формах заболевания. Хороший эффект оказывает и специфический противокклюшевый гамма-глобулин (по 3 мл) в количестве 3–4 доз и более, введенных с промежутком в 1–2 дня. В поздних стадиях болезни, при тяжелом кашле, рвоте, беспокойстве, нарушенном сне можно применять препараты нейроплегического действия (аминазин, промазин из расчета соответственно 2–3 и 3–4 мк/кг в сутки) в течение 10–14 дней. При осложнении коклюша пневмонией или энцефалопатией обязательно назначают антибиотики широкого спектра действия: сигмамицин, цеполин, гентамицин и др. В ряде случаев лечение осуществляется в отделениях интенсивной терапии по общим правилам, с широким использованием оксигенотерапии при помощи кислородных приборов, антибиотиков, гормонов, стимулирующей терапии. Для уменьшения частоты и тяжести приступов кашля, а также у детей первых месяцев жизни, у которых возникает остановка дыхания, используют аминазин (1–2 мк/кг в сутки), отхаркивающие средства и протеолитические ферменты (химотрипсин, химопсин и др.). При нетяжелых формах заболевания и лечении в домашних условиях можно использовать методы народной медицины. Используют:

Сбор № 1

смородина черная – 3 ст. л.

амми зубная – 2 ст. л.

ива козья (молодые побеги)– 2 ст. л.

синеголовик плосколистный – 2 ст. л.

росянка груглолистная – 2 ст. л.

На 1 л кипятка взять 3 ст. л. сбора. Принимать по 1 ст. л. 8 раз в день. Полоскать горло этим настоем каждые 30–40 мин.

Сбор № 2

анис обыкновенный – 2 ст. л.

спаржа лекарственная – 3 ст. л.

багульник болотный – 1 ст. л.

белокопытник гибридный – 1 ст. л.

коровяк скипетровидный – 1 ст. л.

чабрец ползучий – 3 ст. л.

На 1 л кипятка взять 3 ст. л. сбора. Принимать по 1 ст. л. 9 раз в день. Это средство применяют при тяжелом течении коклюша. Если не будет какого-либо из лекарственных растений, то можно его заменить зверобоем обыкновенным и добавить эвкалипт шаровидный по 2 ст. л.

Сбор № 3

алтей лекарственный – 2 ст. л.

девясил высокий (корень) – 2 ст. л.

солодка голая (корень) – 2 ст. л.

ежевика сизая (корень) – 4 ст. л.

куриная слепота – 2 ст. л.

На 1 л кипятка взять 3 ст. л. сбора. Кипятить 3 мин. При-

нимать по 1 ст. л. 9 раз в день. Применяют при коклюше на 3-4-й день улучшения состояния лечения сбором № 2.

Одним из древнейших средств для лечения коклюша у детей считается чеснок: 5 зубчиков от головки средних размеров, порезанных или истолченных, хорошо прокипятить в стакане непастеризованного молока и давать детям пить это молоко несколько раз в день.

Профилактика состоит в ранней изоляции кашляющих больных, при наличии контакта с больным коклюшем дети до семилетнего возраста подвергаются карантину: в течение 14 дней они не допускаются в коллектив. Если среди них был ребенок младшего возраста (например, в семье), не иммунизированный вакциной АКДС, ему целесообразно ввести противокклюшный иммуноглобулин.

Заболевший подлежит изоляции сроком на 30 дней от начала заболевания. Дезинфекции в очаге не требуется, только проветривание и влажная уборка. Активную иммунизацию проводят коклюшно-дифтерийно-противостолбнячной вакциной (АКДС-вакцина). Курс вакцинации начинают в возрасте 3 месяцев, он состоит из трех инъекций с интервалом в 1,5 месяца. Ревакцинацию производят однократно через 1,5–2 года. Известно, что многие полностью иммунизированные дети заболевают коклюшем, но переносят его очень легко.

Вакцинация противопоказана при всех острых инфекционных и неинфекционных заболеваниях и может проводить-

ся не ранее чем через месяц после выздоровления. Важно знать, что противопоказанием для повторных введений АКДС-вакцины являются тяжелые реакции, наблюдавшиеся ранее в первые 2 дня после вакцинации: повышение температуры тела до 40 °С и выше, аллергические реакции и судорожный синдром.

Большое значение имеет санитарно-просветительная работа среди среднего персонала детских лечебных и профилактических учреждений, родственников детей, воспитателей детских садов. Им необходимо внимательно наблюдать за детьми, чтобы не пропустить появления раннего и единственного симптома в начальном периоде коклюша – кашля. При малейшем подозрении на коклюш немедленно должно быть проведено лабораторное обследование больного с целью обеспечения ранней диагностики и предупреждения распространения заболевания в детском коллективе.

Прогноз в большинстве случаев хороший, но остается серьезным у детей младшего возраста и особенно первых трех месяцев жизни в связи с возможностью смертельного исхода вследствие остановки дыхания, пневмонии, церебральных нарушений. В редких случаях и у более старших детей прогноз отягощается такими последствиями осложненного течения коклюша, как хроническая пневмония.

ПАРАКОКЛЮШ

Паракокклюш – инфекционное заболевание, клиническая картина которого характеризуется упорным, иногда приступообразным кашлем и явлениями трахеобронхита. Точных данных о заболеваемости паракокклюшем получить не удастся, так как болезнь диагностируют только по результатам бактериологического исследования, проводимого чаще всего при подозрении на коклюш. Преобладают случаи с легким течением, без осложнений. Смертельных исходов при паракокклюше нет.

Возбудитель – палочка, близкая по своим свойствам к коклюшному микробу, отличается лишь по цвету и форме; различить их можно с помощью специфических реакций.

Источник инфекции – больной. Передача заболевания осуществляется воздушно-капельным путем. Болеют преимущественно дети от 2 до 6 лет. Наблюдаются как единичные случаи, так и эпидемические вспышки в детских коллективах. Переболевшие коклюшем реже заболевают паракокклюшем, так как между этими двумя заболеваниями имеется частичный перекрестный иммунитет.

Клиническая картина. Инкубационный период колеблется от 3 до 15 дней (в среднем 10–11 дней). Заболевание в большинстве случаев протекает легко и напоминает легкую форму коклюша. Температура тела обычно нормальная или

слегка повышена, самочувствие больного не страдает. Часто в начале болезни проявляются нерезко выраженные катаральные явления: небольшой насморк, легкое покраснение в горле. Ведущий клинический признак – кашель, иногда сопровождающийся явлениями трахеобронхита. В некоторых случаях кашель носит коклюшеподобный характер. Продолжительность болезни различна – от 2–3 дней до 3 недель и более. При длительном течении иногда отмечаются приступы с репризами и рвотой. Отдифференцировать от коклюша можно только бактериологически.

Осложнения редки.

Лечение. Больных изолируют на 15 дней. Все терапевтические мероприятия проводят на дому. Сильные лекарственные средства (например, антибиотики) не применяют. Рекомендовано обильное питье, пищевой рацион не меняется. Частые прогулки способствуют урежению приступов кашля. Лечебные процедуры такие же, как при коклюше, но если общее состояние ребенка страдает мало, то лучше использовать методы народной медицины, направленные на борьбу с кашлем.

Сбор № 1

почки сосновые;

лист подорожника большого;

лист мать-и-мачехи.

Взять всех растений поровну, 4 ч. л. сбора на стакан холодной воды. Настоять 2 ч. Кипятить 5 мин после закипа-

ния, процедить. Принимать по стакану в течение дня за три приема.

Сбор № 2

мать-и-мачеха (листья) – 2 части;

ромашка аптечная – 2 части;

душица (трава) – 1 часть.

2 ст. л. измельченной смеси на 500 мл кипятка. Настоять, укутав, 3 ч, процедить. Применять по половине стакана 3 раза в день до еды в теплом виде.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.