

Анастасия Полянина, Марина Краснова
В. Зырянова, О. Т. Мишанькина,...

Реабилитация после детских инфекционных заболеваний



**Анастасия Юрьевна Полянина
Марина Алексеевна Краснова
Валентина Владимировна Зырянова
Ольга Сергеевна Объедкова
Оксана Тамерлановна Мишанькина
Иветта Якимовна Попова**
**Реабилитация после детских
инфекционных заболеваний**

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=6184497

Реабилитация после детских инфекционных заболеваний: Научная книга; Москва; 2013

Аннотация

Вопросы реабилитации и диспансеризации инфекционных больных активно разрабатывается в последние годы. Интерес к этому понятен. Инфекционные заболевания относятся к самым частым и распространенным среди населения. Доминирующую роль играют грипп и другие вирусные острые респираторные заболевания, на долю которых приходится около половины всех случаев временной нетрудоспособности. Если в расчете социально-экономической значимости принять тот факт, что после перенесенных инфекций нередко развиваются серьезные соматические и неврологические осложнения, лечение которых является сложной задачей, то становится понятным особое значение реабилитации инфекционных больных.

Содержание

Введение	4
1. Классические детские инфекции	11
2. Острые респираторные вирусные инфекции у детей	24
Конец ознакомительного фрагмента.	30

**Валентина Владимировна
Зырянова, Марина Николаевна
Краснова, Оксана Тамерлановна
Мишанькина, Ольга Сергеевна
Объедкова, Анастасия Юрьена
Полянина, Иветта Якимовна Попова
Реабилитация после детских
инфекционных заболеваний**

Введение

Вопросы реабилитации и диспансеризации инфекционных больных активно разрабатывается в последние годы. Интерес к этому понятен. Инфекционные заболевания относятся к самым частым и распространенным среди населения. Доминирующую роль играют грипп и другие вирусные острые респираторные заболевания, на долю которых приходится около половины всех случаев временной нетрудоспособности. Если в расчете социально-экономической значимости принять тот факт, что после перенесенных инфекций нередко развиваются серьезные соматические и неврологические осложнения, лечение которых является сложной задачей, то становится понятным особое значение реабилитации инфекционных больных.

Уже в остром периоде болезни и особенно в периоде ранней реконвалесценции возможно осуществление целенаправленных действий, предупреждающих нежелательные последствия и ускоряющих восстановление функций организма. Эти реабилитационные мероприятия, по существу, являются профилактическими в отношении возможных нарушений трудоспособности переболевших. Последовательная и систематическая реабилитация может привести к полному и скорейшему возвращению переболевших к активной полноценной жизни. Проведение собственно диспансеризации в таком случае оказывается последовательным и логическим продолжением реабилитации. Особенности диспансеризации будут вытекать не только из характера перенесенного инфекционного заболевания, но также из предшествовавших ей реабилитационных мероприятий.

Таким образом, очевидна тесная связь и преемственность реабилитации и диспансеризации инфекционных больных. Однако если в других областях клинической медицины (терапии, хирургии и др.) это положение давно и прочно укоренилось в представлениях врачей, то в учении об инфекционных болезнях до сих пор сам термин «реабилитация» вызывает у некоторых специалистов недоумение, а под диспансеризацией часто понимается лишь необходимость производить в течение определенного времени и с определенной частотой осмотры и бактериологические исследования или (в лучшем случае) долечивание больных в амбулаторно-поликлинических условиях. Такое положение дел уже не отвечает требованиям времени. Реабилитационное направление, широко распространившееся за последние годы закономерно внедряется и в учение об инфекционных болезнях.

Применительно к инфекционным больным актуальность проблемы реабилитации и диспансеризации имеет дополнительные аспекты. Они заключаются, во-первых, в сохраня-

ющемся высоком уровне заболеваемости при ряде массовых и высокозаразных инфекций (как-то: грипп, ОРВИ, ангина, менингококковая инфекция и др.), что определяет большую суммарную временную нетрудоспособность. Во-вторых, в появлении в арсенале современного этиопатогенетического лечения новых средств, позволяющих быстро добиваться освобождения организма инфекционного больного от возбудителя, и затем рано начинать собственную восстановительную терапию.

В связи с этим следует заметить, что вопросы реабилитации инфекционных больных долгое время находились на второстепенном месте. Это объяснялось переоценкой значимости эпидемиологических данных. При ряде инфекций заразность больных в значительной степени определяет сроки стационарного лечения. Этот фактор и сейчас остается одним из ведущих. Поэтому не случайно основное внимание обращалось на этиотропную терапию. В ней как раз и достигнуты значительные успехи.

Применяя эффективные методы и средства этиотропного лечения, можно быстрее добиться освобождения организма от возбудителя. Многие бактериальные инфекции стали управляемыми. Это открывает возможность более ранней выписки больных, эпидемиологически уже неопасных для окружающих. Однако полное выздоровление инфекционного больного, даже при применении высокоактивных антибактериальных средств, в конечном итоге зависит от мобилизации защитных сил организма – факторов неспецифической резистентности, иммунитета и патофизиологических реакций, направленных на восстановление гомеостаза. В этом смысле воздействие на защитные силы организма комплексной терапией с включением наряду с этиотропными препаратами патогенетических методов и средств способствует реализации конечной цели антибактериальной терапии – подавлению жизнедеятельности и уничтожению возбудителей инфекции. При тяжелом течении бактериальных инфекций существенной является патогенетическая терапия; при многих вирусных заболеваниях она становится самостоятельной и имеет большое значение. Успехи антибактериальной терапии выдвинули на первый план необходимость поиска тех методов, которые позволили бы сократить времени, необходимого для восстановления нарушенных болезнью функций организма и ускорить процесс реадaptации.

Реадаптация – это возврат к состоянию нормальной адаптивности организма. Причем реадaptация – это не простое восстановление, а новое приобретение утраченной адаптивности, которая может иметь внешнее сходство с прежней, но при более глубоком изучении всегда будут в том или ином отношении другой. Такая реадaptация будет проводиться как старыми уже проверенными в онто- и филогенезе механизмами, так и новыми, не существовавшими ранее. Например, при инфекционном заболевании – образование новых специфических иммунных антител. Однако новое будет чаще всего заключаться в новом функциональном взаимодействии, чем в коренном изменении структуры. В этом смысле может быть точнее отражал бы суть термин «преадаптация».

Таким образом, если ввести понятие о реадaptации как об общебиологической основе реабилитации, то становится понятным, что для осуществления научнообоснованных восстановительных мероприятий необходимо прежде всего рационально воздействовать на реадaptационные процессы. При этом если реадaptация – это активная функция самого организма и личности больного по приспособлению после болезни к условиям окружающей среды и трудовой деятельности, то реабилитация – это воздействие на организм и личность больного. Поэтому недопустимо употребление термина реадaptация как синонима реабилитации или как ее составной части.

Реабилитация как метод активного воздействия на инфекционного больного представляет собой систему последовательных и преемственных медицинских и социально-экономических мероприятий, направленных на скорейшее и полное восстановление нарушенной болезнью адаптивности больного, тек установлению между ним и окружающей

средой динамического равновесия, определяющего оптимальную жизнедеятельность в данных условиях. Таким образом, целью реабилитации является восстановление не только здоровья, но и трудоспособности переболевшего. Неправильно говорить о существовании медицинской, профессиональной, социальной реабилитации и т. д. Реабилитация едина, она совмещает в себе все частные варианты, которые отражают лишь преобладание того или иного метода воздействия внутри самой системы реабилитации. Термин «медицинская реабилитация», который используется как синоним восстановительного лечения, является переходным, отражает исторический процесс переключения смыслового содержания реабилитации с юридического на медицинский аспект и, будучи по сути неверным (нет специальной медицинской реабилитации, а есть реабилитация больного), не должен употребляться в настоящее время.

Связав реабилитацию с процессами реадaptации, можно установить временные взаимоотношения между реабилитацией и лечением. Реабилитация должна начинаться тогда, когда возникнут процессы реадaptации. Если больной поступит к врачу уже в том периоде, когда процессы реадaptации сформировались, то следует одновременно лечить и реабилитировать больного. Реабилитация может начинаться одновременно с лечением, может запаздывать, но не может опережать лечение. При этом лечение будет направлено в первую очередь на устранение возбудителя и (или) следствий, вызванных им в организме, а реабилитация – на поддержание жизнедеятельности организма и улучшение приспособления больного к новым условиям, к окружающей среде, а затем и к социальным факторам.

По мере того как под влиянием лечебных воздействий восстанавливаются защитные и компенсаторные механизмы организма, намечаются первоначальные признаки восстановления функций, должны подключаться реабилитационные мероприятия с тщательно дозированной, адекватно подобранной состоянию организма нагрузкой.

Неправильно говорить о реабилитации, когда патологический процесс прогрессирует и может привести даже к гибели больного. Реабилитация в этом случае лишена смысла. Термин «реабилитация» в этой ситуации может иметь лишь абстрактно-теоретический характер и в лучшем случае указывать на принцип подхода к больному, на возможные перспективы его восстановления, если он останется в живых.

Указать четкую грань, абсолютно точно разделить лечение и реабилитацию невозможно, так как некоторые мероприятия могут быть одновременно лечебными и реабилитационными. Это относится к мероприятиям так называемого восстановительного лечения. Нужно заметить, что сам термин «восстановительное лечение» не вполне удачен, так как не существует лечения, которое не преследовало бы в конечном счете цели восстановления. Если использовать этот термин для обозначения лечебных мероприятий, которые относятся преимущественно к восстановительным, становится понятно, что именно восстановительное лечение – это то общее, что связывает лечение и реабилитацию.

Рассматривая лечение и реабилитацию в одной плоскости, а именно в системе лечебно-профилактических мероприятий, их можно представить в виде двух пересекающихся множеств. При этом общая для обоих множеств часть и представляет собой восстановительное лечение. Такое понимание взаимосвязи лечения и реабилитации исключает существующие попытки включать реабилитацию в лечение и, наоборот, относить лечение к реабилитации. Таким образом, реабилитация в такой же мере часть лечебного процесса, как и лечебный процесс является частью реабилитации. *Применительно к инфекционным больным выделяют следующие основные принципы реабилитации*

1. Возможно раннее начало восстановительных мероприятий. Они начинаются в остром периоде или в периоде ранней реконвалесценции, когда миновала угроза жизни больного и начались процессы реадaptации.

2. Строгая последовательность и преемственность восстановительных мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации.

3. Комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия.

4. Адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия.

5. Постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших.

Указанные общие принципы должны преломляться через призму нозологического подхода, определяющего особенности реабилитации и диспансеризации при тех или иных инфекционных заболеваниях.

Совокупность приведенных выше принципов находит отражение в программах реабилитации и диспансеризации, разрабатываемых для определенных категорий инфекционных больных (дифференцирование в зависимости от нозологической и клинической формы, степени тяжести, течения болезни и т. д.). Предпосылкой составления такой программы является точный диагноз, позволяющий оценивать степень нуждаемости в реабилитации.

В программе должны определяться:

1) основные этапы реабилитации и диспансеризации данной категории инфекционных больных;

2) оптимальные сроки проведения восстановительных мероприятий и методы реабилитационных воздействий;

3) система оценок для контроля адекватности и эффективности реабилитационных мероприятий;

4) непосредственная реализация такой программы для каждого конкретного реконвалесцента должна осуществляться путем выполнения специально составляемых индивидуальных планов реабилитации и диспансеризации; в этих планах для каждого больного указывают время перехода от одного режима реабилитации к другому; подробно излагают методы лечебно-восстановительных воздействий, а также методики оценки восстановления нарушенных функций; одним из важных моментов в составлении и выполнении индивидуального плана является апелляция к личности реконвалесцента, его активное включение в лечебно-восстановительный процесс.

В процессе реабилитации и диспансеризации переболевших инфекционными болезнями могут применяться самые разнообразные методы и средства воздействия.

Условно можно выделить 2 основных направления, по которым целесообразно осуществлять управление функциональным состоянием и корректировать работоспособность реконвалесцентов. Первое направление связано с непосредственным воздействием на реконвалесцента. Второе – с воздействием на окружающие переболевшего условия труда и быта. Первое направление является ведущим на ранних стадиях реабилитации и диспансеризации. При этом могут использоваться как общие методы воздействия, применяемые у всех инфекционных больных, так и дополнительные средства, действующие целенаправленно на частные специфические механизмы восстановления функций при тех или иных инфекциях.

Среди общих лечебно-восстановительных мероприятий выделяют следующие

1. Режим.

Он является основой для осуществления лечебно-восстановительных мероприятий. Режим представляет собой научнообоснованную регламентацию различных видов деятельности и отдыха больного с использованием разнообразных средств лечебного, восстановительного и культурно-воспитательного воздействия. Он определяет во времени частоту, интенсивность, продолжительность и чередование лечебных процедур, приемов пищи, культурно-массовых и других мероприятий. Основным требованием при выборе и назначении режима (щадящего, щадяще-тренирующего или активирующего) является, с одной стороны, щажение динамического стереотипа, создание оптимальных условий для лечения и отдыха, а с другой, объективно обоснованная перестройка на каждом из этапов реабилитации, тренировка основных систем и всего организма в целом, достижение конечной цели – возвращения к профессиональной, учебной и другим видам деятельности.

2. Лечебное питание.

Диета назначается с учетом тяжести и клинических проявлений инфекционного заболевания. Она должна быть полноценной по составу и калорийности. При преимущественном поражении каких-либо органов (печени, кишечника, почек и др.) используют соответствующую диету. Обязательным является дополнительное назначение витаминов, что связано с повышенным расходом витаминов во время лихорадочного периода болезни и антивитаминальным действием некоторых антибиотиков и химиопрепаратов. Как правило, назначают поливитамины в дозах, в 2—3 раза превышающих суточную потребность.

3. Двигательная активность реконвалесцентов и лечебная физкультура.

Во всех случаях необходимо проводить лечебную гимнастику, соответствующую тяжести состояния больного и характеру местных изменений. Регламентированная двигательная активность способствует восстановлению моторной доминанты, что оказывает существенное влияние на состояние вегетативных центров и мобилизацию защитно-приспособительных механизмов организма реконвалесцента к возрастающим физическим и нервно-психическим нагрузкам. Чем интенсивнее нагрузка в процедурах ЛФК, тем больше выражена ответная реакция организма, тем сильнее процесс восстановления и выше работоспособность. Только интенсивная и разнообразная мышечная деятельность, предъявляющая повышенные требования к организму, совершенствует и развивает его. При этом следует помнить, что критерием адекватности физической нагрузки служит физиологическая реакция на нее. Кроме того, должна учитываться функция наиболее пораженного органа или системы.

4. Физиотерапия, физические и физиолого-гигиенические средства и методы.

У реконвалесцентов после инфекционных болезней могут широко применяться водные процедуры (душ, ванны и др.), воздушные и солнечные ванны, общее УФО, другие процедуры закаливания. По показаниям могут использоваться массаж и электрофизиологические методы – УВЧ, диатермия, диадинамик, соллюкс, токи Д. Арсонваля, отрицательная ионизация вдыхаемого воздуха, электросон (аппаратом «Ленар»), электростимуляция нервно-мышечного аппарата и другие.

5. Психотерапевтические средства и методы.

Целесообразно проведение психопрофилактических бесед с реконвалесцентами. Могут использоваться аутогенная тренировка, другие методы воздействия (гипноз, функциональная музыка и т. д.).

6. Фармакологические средства. Выделяются несколько групп:

1) психоэнергизаторы Эти препараты улучшают широкий круг обменных процессов, нормализуют энергетический баланс. К ним примыкают ноотропы, которые являются высокоэффективными в восстановительной терапии переболевших менингитом, энцефалитом, для купирования астенического синдрома после инфекций;

2) актопротекторы – это препараты, которые экономят использование кислорода и метаболитов макроэргов, снимают фактор гипоксии и ускоряют процесс восстановления;

3) энергодающие соединения и субстраты, к ним относятся калия и магния аспаргинаты (панангин), янтарная кислота, витамины группы В, глутаминовая кислота, рибоксин, метилурацил, пентоксил и другие. Основными недостатками препаратов этой группы являются необходимость длительного их применения и относительно небольшое увеличение работоспособности;

4) адаптогены– это вещества, повышающие неспецифическую сопротивляемость организма к широкому спектру факторов внешней среды. Они оптимизируют метаболические процессы, улучшают нервную и гормональную регуляцию функций, ускоряют восстановление работоспособности. К ним относятся: дибазол, сапарал, пантокрин, элеутерококк, женьшень, китайский лимонник, заманиха, золотой корень и др. Однако для получения эффекта от этих препаратов также требуется длительный прием.

Помимо приведенных выше общих методов воздействия на инфекционных больных в целях ускорения их реабилитации, дополнительно могут быть использованы средства, действующие целенаправленно на частые механизмы восстановления функций отдельных органов и систем. Так, у больных менингитом – это средства восстановления нарушенной микроциркуляции тканевого и клеточного обмена нервной ткани (ноотропы и др.); у больных гриппом и ОРЗ – средства нормализации тонуса и секреции бронхиального дерева и т. д.

Переходя к вопросам организации реабилитации и диспансеризации инфекционных больных, следует еще раз подчеркнуть необходимость раннего начала лечебно-восстановительных мероприятий. Они начинаются еще в стационаре, а заканчиваются, как правило, уже после того как переболевший приступил к своей обычной деятельности. На каждом этапе реабилитации и диспансеризации осуществлять восстановительные мероприятия будут различные врачи. В этих условиях строгая последовательность и преемственность проводимых лечебно-восстановительных мероприятий может быть обеспечена только за счет единого методологического и методического подходов к реабилитации и диспансеризации. Такой подход предполагает одинаковые представления врачей о разных этапах о сущности, принципах и методах реабилитации инфекционных больных. Если определить принципиальную схему реабилитации, то ее основными этапами будут:

- 1) стационар;
- 2) реабилитационное отделение (центр) или санаторий;
- 3) поликлиника по месту жительства.

Второй этап является факультативным и для большинства больных основными этапами могут быть стационар и поликлиника. В случаях, когда больные не госпитализируются, основным и единственным этапом может быть амбулаторно-поликлинический. Поэтому ясно, что ведущую роль, в этих случаях, в организации реабилитационных и диспансерных мероприятий будут играть педиатры, инфекционисты и другие специалисты поликлиник.

Разработка эффективных лечебных и профилактических мероприятий для детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, представляет не только медицинскую, но и социальную проблему. Для каждого ребенка необходим поиск индивидуальных методов оздоровления с учетом этиологических и патогенетических механизмов заболевания, а также факторов внешнего окружения, формирующих предрасположенность организма ребенка к частым простудным заболеваниям.

Комплексная реабилитация часто болеющих ОРВИ детей на всех этапах оздоровления (семья, организованный коллектив, поликлиника, санаторий) включает проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, укрепление здоровья детей, а также лечебных воздействий, способствующих коррекции выявленных патологических изменений.

У часто болеющих детей отмечаются отклонения от нормы показателей функционального состояния организма, снижение гемоглобина в крови, ухудшаются состояние сердечно-сосудистой системы, а также показатели общей и местной иммунологической реактивности, обнаруживаются различные проявления аллергии, часто выявляется дисбиоз.

У этой группы детей чаще выявляются хроническая патология со стороны ЛОР-органов, органов дыхания, заболевания нервной системы, почечная патология, хронические заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта. Частые заболевания ОРВИ у детей влияют на их физическое развитие и психоэмоциональное состояние.

У часто болеющих детей возникает своего рода порочный круг: повторные заболевания способствуют возникновению морфофункциональных отклонений и хронической патологии, которые, в свою очередь, снижая резистентность организма, обуславливают возникновение новых заболеваний. Частые заболевания ОРВИ отрицательно влияют на выполнение детьми их социальных функций (успешной учебы).

Профилактические мероприятия, входящие в комплекс по оздоровлению часто болеющих детей, должны быть направлены, прежде всего, на повышение неспецифической защиты организма ребенка. Важным принципом профилактики частых респираторных заболеваний является круглогодичность ее проведения.

Цель и задачи лечебно-профилактических мероприятий:

- 1) лечение острых процессов, предупреждая осложнения;
- 2) санация хронических очагов инфекции;
- 3) предупреждение рецидивов;
- 4) лечение преморбидных состояний;
- 5) повышение защитных свойств организма;
- 6) создание положительного эмоционального фона, бодрости, уверенности в успешных результатах лечения и реабилитации;
- 7) предупреждение возможного отставания в умственном и психическом развитии.

1. Классические детские инфекции

Классические острые инфекционные заболевания у детей составляют группу заболеваний бактериальной или вирусной природы. Они характеризуются высокой контагиозностью, циклическим течением и способностью оставлять после себя стойкий (пожизненный) иммунитет. Этими болезнями могут болеть и взрослые, но редко, так как успевают, как правило, переболеть ими в детском возрасте. Источником заражения является больной человек или здоровый носитель. Наиболее частый механизм заражения – воздушно-капельный. Самый вероятный путь заражения – непосредственное общение с больным. Возможны и другие способы заражения инфекционными болезнями: алиментарный, через воду и трансплацентарным путем. От момента заражения до клинических проявлений заболевания проходит определенный период, названный инкубационным. Начало заболевания нередко сопровождается коротким продромальным периодом (появляются признаки-предвестники). Сама болезнь характеризуется быстрой сменой (циклическостью) периодов патологического процесса, включая развитие, угасание и реконвалесценцию.

Восприимчивость населения к инфекционным болезням может быть разной, зависит от многих причин. Она может быть поголовной, способствуя возникновению эпидемии. С целью предотвращения распространения инфекции проводится комплекс профилактических мер. Больного изолируют из детского коллектива, в очаге проводят заключительную дезинфекцию. Все дети, бывшие в контакте с больным, подлежат карантину, соответствующему сроку инкубационного периода. Срок разобщения (карантина) больного со здоровыми детьми определяется продолжительностью заразного периода.

Благодаря комплексу профилактических мероприятий достигнуты большие успехи в борьбе с детскими инфекциями. Эти мероприятия включают плановую активную иммунизацию детского населения, улучшение жилищных условий. Соблюдение плана оздоровления детей, санитарно-гигиенический надзор за организацией общественного питания и торговли, проведение санитарно-просветительной работы, повышение культурного уровня населения. В результате были ликвидированы эпидемии острых инфекционных заболеваний.

Активная иммунизация детского населения проводится живой ослабленной или убитой культурой либо обезвреженным бактериальным токсином. Вакцинация рассчитана на выработку организмом антибактериальных (антитоксических) антител. У непривитых детей с целью предупреждения заболевания возможна пассивная иммунизация, то есть введение препаратов, содержащих готовые антитела.

Коклюш

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

Этиология и патогенез

Возбудитель коклюша – палочка Борде-Жангу. Источником инфекции является больной в течение 25—30 дней от начала заболевания. Заражение происходит при непосредственном общении с больным на расстоянии 2—3 м (воздушно-капельным путем). Возбудитель нестойкий, но легко распространяется в детских коллективах, так как существует много стертых и легких форм, нередко поздно диагностируемых. Возбудитель поступает в организм через верхние дыхательные пути, вырабатывает эндотоксин, оказывающий действие на рецепторы кашлевой рефлексогенной зоны. Возникает доминантный очаг возбуждения в центральной нервной системе.

Клиническая картина, лечение

Инфекционный период 5—14 дней.

Можно выделить 3 периода в клинической картине:

1) катаральный период длится 1,5—2 недели. Отмечается легкое покашливание, иногда субфебрилитет, небольшой насморк. Катаральные явления не выражены;

2) спазматический период продолжается 2—3 недели. Основным клиническим признаком является типичный приступообразный кашель. Приступ развивается внезапно, состоит из серии кашлевых толчков, прерывающихся продолжительным судорожным вдохом (закастом). На высоте вдоха может быть апноэ. Затем серия кашлевых толчков повторяется. Возобновление кашля называется репризом. У ребенка становится багровым лицо, текут слезы, выделяется много слюны. В конце приступа ребенок откашливает вязкую мокроту, может быть рвота. На коже верхней части туловища, на шее, лице появляются точечные кровоизлияния. На уздечке языка иногда образуется долго не затягивающаяся язвочка в связи с травматизацией ее во время кашля;

3) период разрешения длится 1—3 недели. Кашель теряет свой типичный характер, постепенно ликвидируются все симптомы заболевания. Общая продолжительность коклюша составляет 5—12 недель.

Осложнения

В развитии осложнений первостепенное значение имеет поражение бронхолегочной системы.

Появляются очаги атеросклероза в легких, пневмонии, бронхиты. Может поражаться центральная нервная система, иногда развиваются судорожные состояния.

В диагностике коклюша важное значение имеют анамнез, типичный кашель у больного, эпидемиологические данные и лабораторные исследования. В периферической крови выявляется лейкоцитоз в сочетании с лимфоцитозом. В носоглоточной слизи у больных обнаруживаются коклюшные бактерии.

Лечение

Необходимо обеспечить ребенку правильный режим, хороший уход и достаточное пребывание на свежем воздухе. Лечение антибиотиками эффективно лишь в ранние сроки. В тяжелых случаях, когда ребенка госпитализируют, применяют оксигенотерапию, стероидные гормоны, сердечные и симптоматические средства.

Профилактика

Активную иммунизацию коклюша проводят коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакциной. Курс вакцинации начинают в 3 месяца, он состоит из 3 инъекций с интервалом в 1,5 месяца. Ревакцинируют однократно через 1,5—2 года. Обычно формируется стойкий иммунитет. Иногда, правда, могут болеть и привитые дети, но в легкой форме. Больной ребенок изолируется от детского коллектива до 30 дней от начала заболевания. Дети, бывшие в контакте с больным, не допускаются в коллектив 14 дней.

Эти меры предотвращают распространение коклюша. Изоляции подлежат заболевшие дети из дошкольных учреждений. Из школьного коллектива изолируется только первый заболевший коклюшем, последующие только по клиническим показаниям (как то: тяжелая и средней тяжести формы, легкая с частотой приступов кашля более 10 в сутки, наличие осложнений). При возникновении в очаге повторных заболеваний допуск в коллектив изолированных по клиническим показаниям проводится после улучшения самочувствия независимо от срока начала заболевания по разрешению участкового педиатра. Здоровых бак-

терионосителей коклюша в возрасте до 7 лет изолируют из коллективов до получения 2 отрицательных результатов бактериологического исследования.

Если не проводилась изоляция больного, то срок карантина, накладываемого на детей до 7 летнего возраста, общавшихся с больным коклюшем, удлиняется до 25 дней, считая со дня заболевания. Дети старше 7 лет, общавшиеся с больным коклюшем, подлежат медицинскому наблюдению в течение 14 дней. При изоляции по клиническим показаниям срок 25 дней рассчитывается со времени появления кашля у последнего заболевшего. Дети и персонал группы детского сада (класса, школы) обследуются двукратно бактериологически. При положительном результате бактериологическое исследование продолжается до получения отрицательного результата. Реабилитация больных коклюшем заключается в полноценном питании, витаминотерапии, использовании соков, минеральных комплексов, лечебной физкультуре, достаточном пребывании на свежем воздухе.

В комплексе реабилитационных мер после перенесенного коклюша важную роль играет лечебная физкультура. Она активизирует восстановление нормальной реактивности переболевшего, способствует выработке компенсаторных резервных и защитных механизмов, тканевой и общей сопротивляемости детского организма. В методике ведущее место занимает повышение толерантности к физической нагрузке путем постепенной тренировки, обеспечиваемой подбором общеразвивающих и прикладных упражнений. Повышение сопротивляемости тканей органов дыхания обеспечивается улучшением трофики, достигаемой физическими упражнениями для мышц грудной клетки, верхних конечностей, дыхательной мускулатуры.

Важное место также занимает закаливание естественными факторами природы: воздушными ваннами, водными процедурами.

Дифтерия

Дифтерия – острое инфекционное заболевание, протекающее с фиброзным воспалением и образованием дифтеритических пленок в зеве и других участках поражения. Возбудитель дифтерии – дифтерийная палочка Леффлера. Входными воротами для возбудителя являются слизистые оболочки и раневая поверхность кожи. Инфекция воздушно – капельная, стойкая. Может распространяться с бельем, посудой. Инкубационный период продолжается 2—10 дней. На месте первичного очага токсин дифтерийной палочки вызывает некроз тканей, фибриноген образует трудно снимающийся фибринозный налет. Токсин с током крови поступает в другие ткани, поражая различные органы и системы.

Клиника

По локализации выделяют дифтерию зева, носа, гортани, трахеи, бронхов, наружных половых органов, кожи. Чаще всего бывает дифтерия зева. Начинается она с болей в горле, недомогания, повышения температуры. Постепенно ко второму дню заболевания пораженные участки имеют налет, серо-белый, плотно связанный с подлежащими тканями. Одновременно обнаруживается выраженный отек подкожной клетчатки. При локализованной дифтерии зева налеты не выходят за пределы миндалин. При распространенной форме типичные налеты покрывают небные дужки, стенки глотки.

Самой тяжелой формой является токсическая форма дифтерии зева – выраженный отек подкожной клетчатки, обширные налеты, высокая температура, вялость, рвота. Дифтерия носа протекает без выраженных симптомов интоксикации, начинается незаметно. Дифтерия гортани (круп) начинается с лихорадки, интоксикации. Выделяются 3 стадии крупа: дисфония, стеноз, асфиксию.

Вначале изменяется голос (охриплость). Появляются лающий кашель, затруднение вдоха. Симптомы нарастают, наступает стадия стеноза. Дыхание становится шумным, в акте

дыхания участвуют вспомогательные мышцы груди. В стадии асфиксии появляется беспокойство, потливость, тахикардия, нарастает цианоз. Затем слабеет пульс, появляются брадикардия, потеря сознания, судороги.

Самыми ранними и грозными *осложнениями* являются острая недостаточность надпочечников, наступление коллапса. Часто бывает токсический нефроз, миокардит, полиневрит, полирадикулоневрит, развитие периферических парезов и параличей. Вначале появляется парез мягкого неба, гнусавость, поперхивание. Затем могут быть парезы с параличами дыхательной мускулатуры, ног, рук. Функции восстанавливаются лишь через 3—4 месяца. При лечении дифтерии необходимо своевременное введение противодифтерийной сыворотки, которая позже уже неэффективна. Больные подлежат обязательной госпитализации.

Выписка из больницы производится после выздоровления при условии получения двукратного отрицательного результата исследования, проведенного с двухдневным интервалом, на наличие в слизи зева и носа коринебактерий дифтерии. Посещение детских учреждений допускается после дополнительного двукратного бактериологического исследования с отрицательным результатом (через 3 дня после выписки из больницы и еще через 2 дня).

Дети допускаются в коллектив после изоляции больного, заключительной дезинфекции помещения и бактериологического исследования слизи зева и носа на коринебактерий дифтерии с отрицательным результатом. При обнаружении коринебактерий дифтерии разобщение прекращается после двукратного отрицательного результата бактериологического исследования, проведенного с двухдневным интервалом. Носители нетоксигенных дифтерийных палочек допускаются в детские коллективы. Вопрос о допуске бактерионосителя токсигенного штамма в коллектив решается с участием эпидемиолога, педиатра и отоларинголога.

Носители токсигенных коринебактерий, допущенные в коллектив, подлежат еженедельному бактериологическому обследованию с проверкой токсигенности выделенного штамма (до получения двух отрицательных результатов исследования мазков из зева и носа) и продолжению лечения носоглотки. За коллективом, куда допущен носитель, устанавливается наблюдение эпидемиолога, периодически проводятся медосмотры с целью выявления детей с острыми воспалительными процессами в носоглотке, их лечения и обследования на носительство коринебактерий. В период пребывания в коллективе носителей токсигенных штаммов в него вновь принимаются только дети, правильно привитые против дифтерии. Бактерионосители нетоксигенных штаммов, имеющие острые или хронические патологические процессы в носоглотке, подлежат лечению и из коллектива не удаляются.

Профилактика

Активная иммунизация детей дифтерийным анатоксином в нашей стране обязательна. Первичная вакцинация начинается в 3 месяца. Состоит из 3 инъекций вакцина АКДС с интервалом в 1,5 месяца. Ревакцинацию повторяют через 1,5—2 года. Вторую и третью вакцинации проводят в 6 и 11 лет. АДС – малотоксична, и формируется стойкий иммунитет.

После госпитализации больных проводят заключительную дезинфекцию хлорсодержащими средствами и наблюдение за очагом 7 дней. Все контактные обследуются бактериологически. После перенесенной дифтерии больной проходит длительный путь реабилитации. После излечения в инфекционном стационаре дети переводятся в профильные педиатрические отделения (кардиологическое, нефрологическое, неврологическое), где лечатся соответственно возникшему осложнению. Далее дети получают в реабилитационных центрах комплекс мероприятий (а именно: кардиопротекторы, препараты, восстанавливающие нервную систему, последствия парезов и параличей, тренажеры, массаж, лечебную физкультуру, ингаляторию). Частными задачами являются: улучшение подвижности при невритах, стабилизация опороспособности, повышение работоспособности орга-

низма, обучение правильному дыханию, восстановление двигательной активности, тренировка системы равновесия, улучшение координации движений.

Ветряная оспа

Ветряная оспа – высококонтагиозное инфекционное заболевание вирусной природы, протекающее с характерной пузырьковой сыпью. Возбудитель – вирус, очень нестойкий во внешней среде, быстро гибнущий от ультрафиолетовых лучей, при нагревании. Он быстро распространяется с потоком воздуха, может сохраняться только в организме человека и некоторых лабораторных животных. Вирус ветряной оспы очень сходен с вирусом герпеса. Заражение происходит воздушно-капельным путем, восприимчивость к ветряной оспе почти 100 %. Вирус фиксируется и размножается в эпителиальных клетках слизистой оболочки и кожи, вызывая их очаговую дистрофию.

Клиника

Инкубация вируса составляет 2—3 недели. Характерно появление пятнисто-капулезной ветряночной сыпи на лице, волосистой части головы, туловище, реже на слизистых оболочках.

Снижается аппетит, повышается температура. Ветряночные элементы через несколько часов превращаются в пузырьки с прозрачным, а затем мутным содержимым диаметром 4—5 мм.

Через 1—2 дня пузырьки подсыхают, образуя буроватые корочки, которые, отпадая, не оставляют следов. Высыхание происходит неодновременно, поэтому сыпь полиморфна. Сыпь сопровождается зудом. Общая продолжительность высыпания 2—8 дней. В крови отмечается лейкопения, иногда с умеренным лимфоцитозом.

В соответствии с выраженностью сыпи и общих явлений выделяют легкие, среднетяжелые и тяжелые формы болезни.

Осложнения ветряной оспы встречаются редко. Наиболее грозное из них – энцефалит, протекающий с явлениями нарушений координации, возможны серозные менингиты и общемозговые нарушения. При высыпании сыпи на слизистых оболочках гортани и голосовых связок может развиваться круп. При присоединении других инфекций возможно развитие пиодермии, абсцессов, флегмоны, рожи, лимфаденита и стоматита.

Лечение

Лечебные мероприятия направлены на предупреждение вторичной бактериальной инфекции.

Следует коротко стричь ногти, ежедневно менять нательное белье, принимать гигиенические ванны с добавлением перманганата калия (до розового цвета). После промокания кожи элементы нужно смазывать спиртовым раствором бриллиантового зеленого или метиленового синего. При тяжелой ветряной оспе, помимо местного лечения, показано обильное питье. При необходимости назначается капельное введение раствора глюкозы, сердечных средств. При осложнении пиодермией целесообразно назначение антибиотиков.

Профилактика

Специфической вакцинопрофилактики не существует, инфекция относится к неуправляемым.

Чтобы ограничить распространение ветряной оспы в детском коллективе, рекомендуется ранняя изоляция больного. Больные заразны до 9-го дня болезни. Контактные подлежат изоляции на срок 11—21 день от начала контакта. При появлении повторных заболеваний в

детском учреждении заболевший допускается в данное детское учреждение после исчезновения острых явлений болезни.

Реабилитация

Ребенку после ветряной оспы требуется хороший уход, полноценное витаминизированное питание. Необходимо избегать острых респираторных заболеваний, учитывая ослабление иммунитета после болезни. У перенесших ветряную оспу формируется стойкий иммунитет к данной инфекции.

Более длительный период занимает реабилитация после ветряной оспы, протекавшей с осложнениями. При энцефалите сразу после нормализации температуры, начинают заниматься лечебной физкультурой. Основные задачи в остром периоде состоят в повышении сопротивляемости организма, нормализации дыхательной и двигательной функций, профилактике контрактур. Для этого используется массаж, включающий приемы поглаживания и растирания, а также точечный массаж для стимуляции или расслабления мышц. Вначале физические упражнения выполняются как пассивные, затем с помощью, в чередовании с дыхательными упражнениями. Постепенно возрастает объем активных движений. Занятия проводят индивидуально, осторожно подходя к увеличению нагрузки, следя за тем, чтобы не было проявлений усталости. В восстановительном периоде целью является восстановление моторики, нормализация деятельности внутренних органов.

Корь

Корь – острое высококонтагиозное заболевание, сопровождающееся лихорадкой, воспалением слизистых оболочек, сыпью. Возбудитель кори относится к группе миксовирусов. Источником инфекции является больной корью в течение всего катарального периода и в первые 5 дней с начала высыпания. Возбудитель нестойкий, быстро гибнет под воздействием естественных факторов внешней среды. Инфекция передается воздушно-капельным путем, вирус характеризуется высокой летучестью. Восприимчивость к кори очень высока, кроме детей первых 6 месяцев, обладающих пассивным иммунитетом, полученным от матери. Вирус попадает в организм через дыхательные пути.

Клиника

С момента заражения до начала заболевания проходит от 7 до 17 дней. В клинической картине выделяют 3 периода: катаральный (продромальный), период сыпи и период пигментации (реконвалесценции).

1) Катаральный период длится от 5 до 6 дней. Отмечаются невыраженная лихорадка, насморк, конъюнктивит, гиперемия, отечность носоглотки, сухой кашель. Через 2—3 дня появляется коревая энантема на небе в виде мелких розовых элементов. Почти одновременно можно выявить патогномичный признак кори – множество точечных белесоватых участков на слизистой оболочке щек, близ малых коренных зубов. Эти пятна Вельского—Филатова—Коплика сохраняются до начала высыпания.

2) Период сыпи характеризуется более выраженными катаральными явлениями, отмечается новый подъем температуры до 41 °С, состояние больного ухудшается, отмечаются светобоязнь, сонливость, отказ от еды, диарея. На коже лица появляется сыпь, первые ее элементы на лбу и за ушами. Коревая сыпь имеет пятнисто-папулезный характер. При нарастании высыпания отдельные пятна и папулы сливаются между собой, образуя макулопапулезные элементы. Для кори характерна этапность высыхания. Сыпь в течение 3 дней постоянно распространяется сверху вниз. В первый день она преобладает на лице, на второй – становится обильной на туловище и руках, на третий день – покрывает все тело. Через 3 дня каждый элемент сыпи начинает угасать, оставляя после себя пигментацию на коже.

3) Период пигментации начинается с третьего дня от начала высыпания. Нормализуется температура, уменьшаются катаральные явления, угасает сыпь. К пятому дню от начала высыпания все элементы исчезают или оставляют пигментацию. Отмечаются астенизация, утомляемость, раздражительность, сонливость. Различают легкую, среднюю и тяжелую формы кори, а также митигированную (ослабленную). Последняя наблюдается тогда, когда после контакта с корью ребенку был введен с профилактической целью гамма-глобулин. Все симптомы при этом слабо выражены. Осложнения чаще связаны с поражением органов дыхания и пищеварительного тракта. Особенно часто бывают пневмонии ранние, развивающиеся в катаральном периоде, в связи с действием коревого вируса, и поздние, которые развиваются под влиянием бактериальной флоры. Возможны также такие осложнения, как евстахеит и отит. Со стороны желудочно-кишечного тракта при присоединении вторичной инфекции развивается аортозно-некротический стоматит. Со стороны нервной системы грозными осложнениями являются энцефалиты, энцефалопатии, менингиты.

Лечение. Лечение чаще проводится в домашних условиях. Госпитализация необходима при тяжелом течении, при осложнении пневмонией, крупом, при энцефалитах. Необходимо проводить регулярную уборку и проветривание помещения, избегать попадания яркого света в глаза. Необходимы обильное питье, полноценная диета, богатая витаминами и легкоусвояемая. Даже при резком снижении аппетита детям нужно давать кефир, протертые супы, мясные блюда, каши, кисель, печеные яблоки. Симптоматическая терапия включает противокашлевые, жаропонижающие средства и антигистаминные препараты. При осложнениях используют антибиотики. При осложнениях со стороны ЦНС проводят энергичную дегидратацию: внутривенно вводят альбумин, маннитол, мочегонные средства, преднизолон. Реабилитация проводится в домашних условиях: охранительный режим, витамины, прогулки, полноценное питание.

После болезни формируется стойкий иммунитет.

С целью профилактики кори проводят активную вакцинацию детям 12—14 месяцев вакциной, содержащей живой ослабленный вирус. В 7 лет проводят ревакцинацию кори. Дети, не болевшие корью и не вакцинированные, при контакте с больным корью, подвергаются срочной вакцинации. При наличии противопоказаний проводят пассивную иммунизацию иммуноглобулином. При обнаружении больного корью в детском учреждении, где все дети вакцинированы или ранее переболели, карантин не устанавливается.

Нередко после кори отмечается такое осложнение, как пневмония. Важное место в комплексном лечении пневмонии занимают физиотерапевтические средства – УВЧ, электрофорез и др. Диетотерапия в период лихорадочных явлений и признаков дыхательной недостаточности сводится к уменьшению общего количества пищи, механическому и химическому щажению с одновременным увеличением количества жидкости. В периодах обратного развития и остаточных явлений необходима полноценная, богатая витаминами пища. Лечебная физкультура вначале включает простые гимнастические упражнения для средних мышечных групп. Эти упражнения приводят к преобразованию ритма дыхательных движений, углублению и урежению дыхания. При значительных нарушениях дыхания могут использоваться пассивные гимнастические упражнения в медленном темпе, выполняемые инструктором. Постепенно физическую нагрузку увеличивают, используя общеразвивающие упражнения, а также дыхательные, специальные.

Краснуха

Краснуха – инфекционное заболевание, сопровождающееся сыпью и увеличением затылочных лимфоузлов.

Заболевание вирусной природы, иногда имеет бессимптомные формы, заражение краснухой беременных может привести к развитию у плода катаракты, глухоты, пороков сердца,

гидроцефалии. Вирус краснухи чувствителен к ультрафиолету, нагреванию, может сохраняться при комнатной температуре и высушивании. Источником инфекции являются больные краснухой.

Вирус выделяется из носоглотки больных и контактировавших с больными, за 9 дней до начала заболевания и в течение нескольких дней после исчезновения сыпи и лихорадки. У переболевших формируется стойкий иммунитет. Вирус тропен с лимфоидной, эпителиальной и эмбриональной тканями.

Клиника

Инкубационный период длится 11—21 ден, затем появляется сыпь, вначале на лице и верхней части тела, на следующие сутки – на ягодицах, но иногда распространяется в течение нескольких часов. Сыпь пятнистая, не сливается, держится 3 дня и бесследно исчезает. Высыпание может сопровождаться температурой до 38 °С. Отмечаются катаральное изменение слизистой оболочки глотки и краевая гиперемия конъюнктив. У всех больных наблюдается припухание затылочных лимфоузлов, увеличение лимфоузлов. В разгар заболевания отмечаются умеренная лейкопения и лимфоцитоз.

Осложнений при краснухе, развившейся в постнатальном периоде, как правило, не бывает, хотя имеются сообщения о единичных случаях поражения ЦНС в виде энцефалитов, энцефаломиелитов и менингоэнцефалитов с летальностью.

Лечение

Специального лечения обычно при краснухе не требуется. При необходимости назначают симптоматические средства.

Профилактика

Больных краснухой изолируют от коллектива на 5 дней. Контактных не разобщают. Для активной иммунизации против краснухи используется вакцина. Детей прививают в возрасте 12—14 месяцев. Вместе с вакциной против кори или с интервалом в 1 месяц.

Эпидпаротит

Эпидпаротит (свинка) – острое инфекционное заболевание, протекающее с поражением слюнных, особенно околоушных желез и других железистых органов, а также нервной системы.

Этиология

Возбудитель эпидпаротита – вирус. Источником инфекции является больной на протяжении 9 дней от начала болезни. Возбудитель содержится в слюне, рассеивается в воздухе, заражение происходит воздушно-капельным путем при непосредственном контакте с больным. Входными воротами инфекции служат слизистые оболочки полости рта, глотки и носа. Затем с током крови вирус разносится по организму. Железистая ткань является местом репродукции вируса до накопления противовирусных антител.

Клиника

Инкубационный период продолжается 11—23 дня. Самое частое проявление болезни – увеличение околоушных слюнных желез. Припухлость в области заднеглоточной ямки обусловлена увеличением околоушной железы и отеком окружающей подкожной клетчатки.

Пальпация припухлости болезненна. Через 1—2 дня вовлекается вторая околоушная железа, овал лица изменяется. Повышается температура до 38—39 °С. Нарушено самочув-

ствие, отмечается головная боль, возможна рвота, боль в животе. При анализе крови иногда выявляются лейкопения, лимфоцитоз.

Выделяют типичные формы болезни (с поражением околоушных слюнных желез) и атипичные. К ним относятся: орхит, панкреатит, серозный менингит, менингоэнцефалит.

При орхите появляются припухлость и боли в яичке, отечность мошонки. Панкреатит проявляется сильными болями в эпигастрии и левом подреберье. Всегда имеются тошнота, рвота, лихорадка.

Уровень диастазы в моче повышен. Серозный менингит – нередкое проявление эпидпаротита. При поражении мозговых оболочек отмечаются очень высокая температура, головная боль, рвота, выражена ригидность затылочных мышц. В спинно-мозговом канале выявляется высокое давление жидкости. Менингоэнцефалит встречается редко.

При атипичных формах возможна очень малая припухлость околоушных желез.

В целом эпидпаротит продолжается 6—10 дней. В тяжелых случаях – до 20 дней.

Осложнения бывают редко. Поражение слухового нерва может привести к глухоте, возможно развитие заикания, астенизации, гипертензии.

Лечение

Этиотропных средств против эпидпаротита нет, лечение симптоматическое. Показаны постельный режим, сухое тепло, масляный компресс на область пораженных слюнных желез, частое питье, полоскание рта после еды. Пища жидкая и полужидкая в первые дни болезни. С обезболивающей целью применяют анальгин.

При менингите показана спинно-мозговая пункция в условиях стационара.

Профилактика

Необходима ранняя изоляция больного. Контактных детей изолируют с 11-го по 21-ый день со времени контакта. Детям 12—14 месяцев проводится активная иммунизация живой ослабленной вакциной, одновременно с вакцинированием против кори. После перенесенного эпидпаротита формируется стойкий иммунитет. Реабилитация заключается в предупреждении развития реактивного панкреатита.

Необходимо соблюдать диету, богатую белками, витаминами до 6 месяцев после болезни. А также целесообразно применять ферментивные препараты – панкреатин, мезим-форте.

После перенесенного эпидемического паротита могут отмечаться гипертензионные состояния.

Лечебная физкультура – важнейшее средство комплексной терапии вегетососудистой дистонии по гипертоническому типу. Применение средств лечебной физкультуры для нормализации артериального давления основано на высокой связи мышечной работы и регуляции кровообращения. Любые приспособительные реакции невозможны без изменения артериального давления, которое закономерно меняется в процессе мышечной деятельности. После физических упражнений у здоровых детей обычно наблюдается некоторое повышение артериального максимального давления и понижение минимального давления. У больных после упражнений отмечается длительный период снижения максимального давления, что свидетельствует об улучшении и нормализации сосудистого тонуса и его регуляции под влиянием физиологических адекватных нагрузок.

Задачами лечебной физкультуры при гипертонических состояниях являются улучшение и нормализация нарушенной регуляции сосудистого тонуса, функции сердечно-сосудистой системы и координации двигательных актов, психоэмоциональной сферы, поведения, устранение имеющихся вестибулярных расстройств, а также десенсибилизация детского организма. Общеразвивающие физические упражнения, подобранные в соответствии с воз-

растом, физическим развитием, состоянием ребенка, игры малой и средней подвижности обеспечивают в начале лечебного курса нагрузку ниже средней, а затем и средней интенсивности. Используются простые по выполнению гимнастические упражнения для средних мышечных групп с большим количеством повторений, силовые упражнения в изометрическом режиме, маховые, дыхательные с акцентом на диафрагмальном дыхании, упражнения в расслаблении, ходьба в медленном темпе. Исключаются скоростно-силовые упражнения, натуживание. После перенесенного эпидпаротита с вегетососудистой дистонией по гипертоническому типу общая физическая нагрузка постепенно повышается до средней.

Скарлатина

Скарлатина – одна из форм стрептококковой инфекции, сопровождающаяся лихорадкой, ангиной, сыпью, часто с последующим пластинчатым шелушением кожи, дающая осложнения

стрептококкового и инфекционно-аллергического генеза.

Этиология

Возбудитель скарлатины – *P*-гемолитический стрептококк группы А. Источник инфекции – больной скарлатиной, заразный период продолжается 7—8 дней от начала заболевания. Передача инфекции происходит воздушно-капельным путем, возможно также заражение через предметы, продукты. Болеют чаще дети 2—7 лет. До 1 года дети не болеют, так как действует иммунитет, полученный от матери.

Клиника

Инкубационный период не превышает 7 дней. Быстро нарастает интоксикация, выявляется воспаление в области глоточного лимфатического кольца и в области регионарных лимфоузлов.

Кожные изменения. Отмечается яркая гиперемия миндалин, дужек мягкого неба, точечная красная энантема на небе. Язык обложен, сухой. На 1—2-е сутки одновременно по всему телу появляется сыпь, мелкоточечная, множественная. Особенно много сыпи на боковой поверхности грудной клетки, в подмышечных впадинах, в подколенных ямках. Носогубный треугольник остается белым. Через несколько дней, явления скарлатины угасают. Язык становится малиновым, без налета. На коже, особенно на ладонях, возникает пластинчатое шелушение.

Выделяют типичную скарлатину и атипичные формы (ожоговую и раневую), а также рудиментарную – легчайшую. В настоящее время в основном бывают легкие формы, средне-тяжелые и тяжелые (токсическая, септическая и токсико-септическая) практически не встречаются.

Осложнения

Осложнения бывают нечасто, в основном это отит, миокардит, нефрит.

Лечение

Для лечения используют антибиотики широкого спектра (пенициллинового ряда). Обязательны: постельный режим, обильное питье, рациональное питание. В тяжелых случаях больного госпитализируют, дополняют лечение растворами глюкозы, плазмозаменителей внутривенно, кортикостероидами.

Профилактика

Больных скарлатиной и ангиной (из очага скарлатины) изолируют не менее, чем на 10 дней. На контактных распространяется карантин 7 дней. Для профилактики скарлатины в детских учреждениях предусматривают допустимые формы полезной площади, строгое соблюдение санитарно-гигиенических режима, включая кипячение посуды.

Активная иммунизация не проводится. Для пассивной иммунизации может быть использован гамма-глобулин.

Для реабилитации переболевших скарлатиной необходим курс витаминотерапии, рациональное питание, оздоровительный режим, прогулки.

При заболевании скарлатиной с первых дней болезни необходимо полноценное и достаточное питание, содержащее все пищевые вещества в количествах, удовлетворяющих потребности роста и развития организма больного ребенка. Рацион должен быть разнообразным и содержать продукты как растительного, так и животного происхождения, в том числе мясо, рыбу, птицу. В остром периоде болезни при значительных изменениях в зеве пища должна быть жидкой или полужидкой. При улучшении процесса в зеве кулинарная обработка продуктов должна соответствовать возрасту ребенка. Потребность детей в витаминах может быть удовлетворена за счет полноценного, и разнообразного набора продуктов. При недостатке свежих овощей и фруктов в целях избежания дефицита витамина С необходимо использовать отвар плодов шиповника или аскорбиновую кислоту. Показан также прием витаминных препаратов (таких как «Мультитабс», «Джунгли», «Дуовит», «Алфавит» и др.). При высокой температуре больной должен получать достаточное количество жидкости (чай, вода, морс, фруктовые, ягодные, овощные соки). Режим питания назначается в зависимости от возраста ребенка и его состояния. Тяжелобольных детей нужно кормить чаще, 6—7 раз в день. В период выздоровления питание должно быть 4—5 раз в день. При достаточном потреблении белка (не менее 2,5 г/кг веса) нарушение обмена азота в растущем организме не отмечается.

При осложнении миокардитом больному скарлатиной назначается лечебная физкультура – как одно из средств компенсации недостаточности кровообращения, улучшения обменных процессов в миокарде, а также как средство неспецифической стимулирующей терапии. Методика определяется назначенным двигательным режимом, возрастом ребенка и уровнем его двигательных навыков. Упражнения направлены на улучшение коронарного кровотока; к ним относятся упражнения дыхательные статические и динамические, активные – для малых мышечных групп, пассивные – для средних и крупных мышц. Активные (и с помощью инструктора) проводятся из облегченных исходных положений.

Менингококковая инфекция

Менингококковая инфекция – инфекционное заболевание, обусловленное различными серологическими штаммами менингококка. Источником инфекции являются больные и бактерионосители, передающие ее воздушно-капельным путем. После перенесенной инфекции и в результате носительства менингококковой инфекции вырабатывается стойкий иммунитет.

Клиника

Инкубационный период короткий и длится 2—3, иногда 10 дней. Наиболее частой формой менингококковой инфекции является острый назофарингит. Он характеризуется появлением кашля, заложенностью носа, головной болью. Отмечаются отечность и гиперемия задней стенки глотки и гиперплазия лимфоидных фолликулов. Через 3—7 дней наступает выздоровление. Менингококцемия начинается остро: высокий подъем температуры, лихорадка, рвота, жажда, запоры, геморрагическая сыпь на ягодицах, бедрах, голенях, реже – на руках, туловище, лице. Элементы звездчатой формы 3—7 мм, слегка выступающие над уровнем кожи. Сыпь геморрагическая. На месте геморрагии могут формироваться некрозы.

Могут быть кровоизлияния в склеру, конъюнктиву, носовые, желудочные кровотечения, гематурия. У всех больных отмечается одышка, цианоз, тахикардия, глухость сердечных тонов, снижение артериального давления.

Иногда встречается *молниеносная форма менингококцемии*. Ведущим в клинике является инфекционно-токсический шок. Начало очень бурное, выражена острая недостаточность надпочечников (вследствие кровоизлияний в них). Периодически отмечается потеря сознания, судороги. Без врачебной помощи через 6—48 ч наступает смерть. На фоне терапии улучшение наступает к 3—7-му дню.

Хроническая форма менингококцемии бывает редко.

Менингит характеризуется следующими признаками: начало внезапное, подъем температуры, озноб, беспокойство или заторможенность. В течение 1—2 суток появляются менингеальные симптомы: головная боль, тошнота, рвота, ригидность затылочных мышц. Положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Сознание нарушено, может быть бред. Живот втянут. Голова запрокинута, ноги подтянуты к животу, глаза закрыты, выражение лица страдальческое, отмечаются стон, гиперестезия, повышенная чувствительность к звуку, свету, красный дермографизм. Выявляются брадикардия, задержка стула, иногда анурия.

Может присоединиться энцефалит, в тяжелых случаях с парезами, параличами. Состояние больного менингитом улучшается через 15—20 ч. В течение 3—5 суток нормализуется температура. Полная санация ликвора происходит к 18—20-му дню (с диагностической целью проводят спинно-мозговую пункцию, в ней отмечается повышенное содержание белка и нейтрофильных лейкоцитов, при этом снижено содержание сахара и хлоридов. Жидкость вытекает под большим давлением). Проводят также серологическое исследование крови.

Осложнения

Носят условный характер (инфекционно-токсический шок, кровотечения, субарахноидальное кровоизлияние, отек, набухание мозга, церебральная гипертензия, эпилептический синдром, параличи, парезы, отек легких).

Истинные осложнения – острая почечная недостаточность. Пневмонии.

Лечение

Больные с менингококковой инфекцией подлежат госпитализации. Больные генерализованной формой менингококковой инфекции – менингитом, менингококцемией (или при подозрении на них) – подлежат немедленной госпитализации в специализированные отделения, а при их отсутствии – в боксы или полубоксы.

Немедленно вводят антибиотик (пенициллин в высоких дозах). Продолжительность лечения антибиотиками составляет 7—10 дней. Назначают также гемодез, альбумин, обильное питье.

Одновременно проводят дегидратацию лазиксом. Проводят противошоковую терапию, вводят сердечные средства. Больные назофарингитами (с повышенной температурой и характерной клиникой), выявленные в очагах инфекции, изолируются на дому или в стационаре в зависимости от клинических и эпидемиологических показаний. Выписка больных менингитом и менингококцемией разрешается после двукратного бактериологического исследования слизи из носоглотки с отрицательным результатом.

Бактериологическое исследование проводят после исчезновения клинических явлений, но не ранее чем через 3 суток после окончания лечения антибиотиками, с интервалом 1—2 дня. Носители менингококка без воспалительных явлений в носоглотке госпитализации не подлежат. Выписка из стационара больных назофарингитом производится после однократного бактериологического исследования с отрицательным результатом, проведен-

ного не ранее, чем через 3 дня после окончания лечения. Реконвалесценты после генерализованной формы допускаются в дошкольные детские учреждения в закрытые учебные заведения после одного отрицательного результата бактериального исследования, проведенного не ранее чем через 10 дней после выписки из стационара.

Реконвалесценты, перенесшие назофарингит, и бактерионосители допускаются в детские учреждения после двукратного отрицательного результата бактерицидного исследования, проведенного с интервалом 1—2 дня, и начатого не ранее, чем через 3 дня после окончания лечения. В дошкольных детских учреждениях (в том числе в домах ребенка), закрытых учебных заведениях (школах-интернатах, детских домах, ПТУ, лесных школах), больницах (кроме менингитных отделений) выявленные носители (среди детей и персонала) отстраняются на время санации от работы или посещения детских учреждений и допускаются вновь после обследования.

Носители из числа работающих в детских коллективах переводятся по возможности на работу, не связанную с обслуживанием детей.

В окружении больного генерализованной формой менингококковой инфекции или подтвержденным бактериологически менингококковым назофарингитом в организованных коллективах обследование на носительство проводится двукратно с интервалом 3—7 дней. Первое бактериальное исследование проводится не позднее 2-го дня после выявления и госпитализации больного. В семье или квартире обследование соприкасавшихся с больными проводится однократно. Дети, посещающие детские учреждения, и персонал, работающий в детских учреждениях, до получения отрицательного результата бактериологического исследования не допускаются в эти учреждения.

В дошкольных детских учреждениях и закрытых коллективах устанавливают активное наблюдение (осмотр носоглотки и кожных покровов детей и персонала, термометрию в течение 10 дней 2 раза в сутки с момента регистрации каждого заболевания. Бактериологическому обследованию подвергаются коллективы новобранцев, палаты стационаров и группы детских санаториев. Новые лица и временно отсутствовавшие не принимаются на протяжении 10 дней после последнего случая заболевания менингококковой инфекцией. В течение 10 дней запрещается перевод детей и других лиц из группы в группу. Тесно общавшимся с больным в дошкольных детских учреждениях при неблагоприятной эпидемиологической ситуации (скученность, наличие ослабленных детей, множественные заболевания), вводят гамма-глобулин, специфический иммуноглобулин.

Профилактика

После госпитализации больного в очаге проводится заключительная дезинфекция.

Реабилитация больных проводится в реабилитационных центрах под наблюдением педиатров и невропатологов с целью проведения общеоздоровительных мероприятий и восстановительного лечения центральной нервной системы.

По мере улучшения общего состояния постепенно активизируется двигательный режим, включаются занятия лечебной физкультурой. Проводится санаторное лечение, включающее общеоздоровительные мероприятия, продленный сон, максимально возможное пребывание на свежем воздухе. Целью лечебной физкультуры в восстановительном периоде являются восстановление и развитие координации движений, адаптация к физической нагрузке. Желательно введение музыкального сопровождения, ритмической гимнастики. Физическая нагрузка должна быть ниже средней, длительность занятий не превышает 20—30 мин. Индивидуальные занятия лечебной физкультурой показаны при наличии остаточных явлений (пирамидной недостаточности, нарушениях равновесия). Сохранению эмоционального тонуса помогает проведение игр малой подвижности.

2. Острые респираторные вирусные инфекции у детей

Острые респираторные вирусные инфекции представляют собой большую, этиологически неоднородную группу широко распространенных вирусных инфекций. В прошлом эти инфекции объединялись под общим названием «острые катары дыхательных путей», «сезонные катары». Считалось, что они имеют бактериальную природу. В настоящее время эта группа заболеваний в значительной степени этиологически расшифрована и клинически изучена.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), включая грипп, являются наиболее распространенными инфекционными заболеваниями и занимают в структуре инфекционной патологии до 90 %. Все они характеризуются общими симптомами инфекционного токсикоза и преимущественным поражением слизистых оболочек дыхательных путей.

Эта группа включает следующие нозологические формы: грипп, парагрипп, аденовирусную, респираторно-синцитиальную (РС), риновирусную, реовирусную, коронавирусную инфекции. Каждая из них этиологически связана с различными серологическими типами соответствующего вируса. К гриппоподобным заболеваниям следует также отнести некоторые клинические формы инфекций, вызываемых энтеровирусами Коксаки и ЕСНО-вирусами.

Перечисленные заболевания не исчерпывают этиологической структуры ОРВИ у детей, так как с помощью самых современных методов лабораторной диагностики удается расшифровать не более 70 % всех регистрируемых в детском возрасте острых заболеваний респираторного тракта. Все случаи заболеваемости ОРВИ учесть невозможно, поскольку каждый ребенок болеет несколько раз в году, и нередко, родители не обращаются к врачу, ограничиваясь самолечением. Наибольшая заболеваемость приходится на первые 3 года жизни, что связано с увеличением числа контактов и своеобразным знакомством организма с возбудителями болезней. В первые месяцы жизни многие дети сохраняют иммунитет, полученный транспланцентарно от матери. Однако и они могут поражаться даже в период новорожденности. Во втором полугодии и на втором и третьем году жизни дети часто инфицируются респираторными вирусами и многократно переносят острые респираторные заболевания. Дети более старшего возраста и взрослые, после перенесения этих инфекций в первые годы жизни, поражаются ими значительно реже.

Вирусы, вызывающие ОРВИ, не являются эндемичными для какого-либо региона или страны и распространены по всему миру. Чаще они вызывают эпидемии в зимнее время, однако вспышки наблюдаются и в осенне-весенний периоды, а спорадические случаи ОРВИ – круглый год. В тропическом поясе ОРВИ возникают в период дождливой и прохладной погоды.

Резервуаром возбудителей ОРВИ является только человек, при этом следует отметить, что в ряде случаев заражение может приводить к бессимптомной инфекции, а аденовирусы способны латентно присутствовать в миндалинах к аденоидах годами.

Основной механизм передачи ОРВИ – воздушно-капельный. Вирусы передаются либо при прямом оральном контакте, либо за счет микрокапель слюны, способных при кашле к особенно при чихании распространяться на 5 м. Возбудитель может передаваться также при рукопожатии к использованию инфицированной посуды и других предметов. Энтеровирусы и аденовирусы, вызывающие ОРВИ, могут также передаваться фекально-оральным путем. Инфекция, вызываемая аденовирусами типов 3.4 и 7. может иметь место при купании в закрытом бассейне. Постинфекционный иммунитет обеспечивается вирусоспе-

цифическими антителами, хотя защитный титр антител сохраняется относительно короткое время.

Ежегодная реинфекция вирусами гриппа, парамиксовирусами, респираторно-синциальным вирусом и риновирусами наблюдается достаточно часто.

Грипп

Грипп – острое респираторное заболевание вирусной этиологии, протекающее с явлениями общей интоксикации и поражением респираторного тракта. Относится к воздушно-капельным антропонозам.

Достоверно вирусная природа гриппа установлена в 1933 г. в Англии Смитом, Эндрусом и Лиседлоу, выделившими специфический пневмотронный вирус из легких хомячков, зараженных смывами из носоглотки больных гриппом, и обозначенный ими как вирус гриппа типа А.

В 1940 году Френсис и Мэджил открыли вирус гриппа В, а в 1947 году Тейлор выделил еще один новый вариант вируса гриппа – типа С.

Вирусы гриппа типов В и С практически не изменяют своей антигенной структуры, тогда как вирус гриппа типа А быстро изменяется, образуя новые подтипы и антигенные варианты.

В 1946—1957 годах выявлены новые варианты вируса гриппа А—А₁ и А₂, и выделенные в последующие годы вирусы значительно отличаются по антигенным свойствам от вируса гриппа А₂. Вирусы гриппа относятся к группе РНК-содержащих ортомиксовирусов. В составе вирусов гриппа присутствуют различные антигены. Новые антигенные варианты вируса вызывают более тяжелые по течению и более массовые по характеру распространения эпидемии гриппа.

Вирусы гриппа обладают слабой устойчивостью к действию физических и химических факторов и разрушаются при комнатной температуре в течение нескольких часов, в то время как при низких температурах (от -25 °С до -70 °С) сохраняются несколько лет. Быстро погибают при нагревании, высушивании, а также при воздействии небольших концентраций хлора, озона, ультрафиолетовой радиации.

Эпидемиология

Источником гриппозной инфекции является только больной человек с явными и стертыми формами заболевания. Путь передачи инфекции – воздушно-капельный. Максимальная заразительность наблюдается в первые дни болезни, когда при кашле и чихании с каплями слизи вирус выделяется во внешнюю среду. Выделение вируса при неосложненном течении гриппа заканчивается к 5-6 дню от начала заболевания. В то же время при пневмонии, осложняющей течение гриппа, вирус обнаруживается в организме до 2—3 недель от начала заболевания. Эпидемии, вызываемые вирусом гриппа типа А, повторяются каждые 2—3 года и имеют взрывной характер (в течение 1—1,5 месяцев заболевают 20—50 % населения). Эпидемии гриппа В распространяются медленнее, длятся 2—3 месяца и поражают не более 25 % населения.

Грипп С не дает эпидемических вспышек. Заболевание носит лишь спорадический характер.

Патогенез

В патогенезе гриппа выделяют пять основных фаз патологического процесса:

- 1 – репродукция вируса в клетках дыхательных путей;
- 2 – вирусемия, токсические и токсико-аллергические реакции;

3 – поражение дыхательных путей с преимущественной локализацией процесса в каком-либо отделе дыхательного тракта;

4 – возможные бактериальные осложнения со стороны дыхательных путей и других систем организма;

5 – обратное развитие патологического процесса.

В основе поражения различных органов и систем при гриппе ведущую роль играют циркуляторные расстройства, причиной которых являются нарушения тонуса, эластичности и проницаемости сосудистой стенки, прежде всего капилляров. Повышение проницаемости сосудистой стенки приводит к нарушению микроциркуляции и возникновению геморрагического синдрома (носовые кровотечения, кровохаркания, а при тяжелом течении – токсической энцефалопатии или геморрагическим токсическим отеком легких).

Симптомы и течение

Инкубационный период продолжается от 12 до 48 ч. Различают следующие клинические формы болезни: типичный грипп и атипичный (афебрильный, акатаральный и молниеносный); по тяжести течения – легкий, среднетяжелый, тяжелый и очень тяжелый грипп; по наличию осложнений – осложненный и неосложненный грипп.

Типичный грипп начинается остро, в большинстве случаев с озноба или познабливания. Температура тела уже в первые сутки достигает максимального уровня (38—40 °С). Клиническая картина проявляется синдромом общего токсикоза и признаками поражения респираторного тракта. Одновременно с лихорадкой появляется общая слабость, разбитость, адинамия, повышенная потливость, боли в мышцах, сильная головная боль с характерной локализацией в лобной области и надбровных дугах. Появляются болевые ощущения в глазных яблоках, усиливающиеся при движении глаз или при надавливании на них, светобоязнь, слезотечение. Поражение респираторного тракта характеризуется появлением першения в горле, сухого кашля, саднящими болями за грудной (по ходу трахеи), заложенностью носа, осиплым голосом. При объективном обследовании отмечается гиперемия лица и шеи, инъекции сосудов склер, влажный блеск глаз, повышенное потоотделение. В дальнейшем может появиться герпетическая сыпь на губах и около носа.

Имеется гиперемия и своеобразная зернистость слизистой оболочки зева. Со стороны органов дыхания выявляются признаки ринита, фарингита, ларингита. Особенно характерно поражение трахеи, более выраженное по сравнению с другими отделами респираторного тракта. Бронхит возникает значительно реже, а поражение легких (так называемая гриппозная пневмония) рассматривается как осложнение. Помимо общетоксических симптомов на высоте болезни могут появиться нерезко выраженные минингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского), которые исчезают через 1—2 дня. В цереброспинальной жидкости патологических изменений не обнаруживается. Картина крови при неосложненном гриппе характеризуется лейкопенией или нормоцитозом, нейтропенией, эозинопенией, относительным лимфоцитозом. СОЭ в норме.

В зависимости от уровня интоксикации и выраженности катарального синдрома грипп может протекать в следующих формах

- Для легкой формы гриппа характерно повышение температуры тела не более 38 °С, умеренная головная боль и катаральные явления. Пульс менее 90 уд/мин. Систолическое артериальное давление 115—120 мм рт. ст. Частота дыхания менее 24 дыхательных движений в минуту.

- При среднетяжелой форме – температура тела в пределах 38—40 °С. Умеренно выраженный синдром общей интоксикации. Пульс 90—120 уд/мин. Систолическое артериальное давление менее 110 мм рт. ст. Частота дыхания более 24 дыхательных движений в минуту. Сухой мучительный кашель с болями за грудиной.

- Тяжелая форма гриппа характеризуется острейшим началом, высокой (более 40 °С) и более длительной лихорадкой с резко выраженными симптомами интоксикации (сильной головной болью, ломотой во всем теле, бессонницей, бредом, анорексией, тошнотой, рвотой, менингеальными симптомами, иногда энцефалитическим синдромом). Пульс более 120 уд/мин, слабого наполнения, нередко аритмичен. Систолическое артериальное давление менее 90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Частота дыхания более 28 дыхательных движений в минуту. Болезненный мучительный кашель, боли за грудиной.

- Очень тяжелые формы гриппа встречаются редко. Характеризуются молниеносным течением с бурно развивающимися симптомами интоксикации, без катаральных явлений и заканчиваются в большинстве случаев летально.

Во время эпидемических вспышек грипп протекает более тяжело с преобладанием типичных форм заболевания. В межэпидемическое время чаще наблюдаются легкие и атипичные формы гриппа, когда явления интоксикации выражены слабо, а температура тела либо остается нормальной (афебрильная форма гриппа), либо повышается не более 38 °С. В клинической картине болезни на первый план выступают симптомы ринита, фарингита. Если же воспалительный процесс локализуется в трахее при видимом отсутствии ринита и фарингита, то речь идет о так называемой акатаральной форме гриппа.

Грипп у детей отличается от заболевания у взрослых более тяжелым течением процесса, более частым развитием осложнений, снижает реактивность детского организма и отягощает течение других болезней. Нарушение общего состояния, лихорадочная реакция и поражения верхних дыхательных путей более выражены и продолжительны, достигая нередко 5—8 дней. Иногда отмечаются нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, тошнота, рвота, понос.

Осложнения

Ни при одном инфекционном заболевании раннее выявление осложнений не представляет стольких диагностических трудностей, как при гриппе. Осложнения гриппозной инфекции отличаются большой частотой (10—15 % от всех заболевших гриппом). В их клиническом многообразии ведущее положение (80—90 %) занимают острые вирусно-бактериальные пневмонии. Второе по частоте место занимают осложнения со стороны ЛОР-органов (гаймориты, отиты, фронтиты, синуситы); реже – пиелонефриты, пиелоститы, холангиты и др. Серьезным, хотя и редким осложнением гриппа, особенно типа В, является синдром Рея с нарушением функции ЦНС и печени. Обычно он встречается у детей, принимающих салицилаты.

Лечение

При гриппе применяют комплекс этиотропных, патогенетических и симптоматических средств, направленных на возбудителя заболевания, дезинтоксикацию организма, повышение защитных сил, ликвидацию воспалительных и других изменений.

Лечение легких и среднетяжелых форм гриппа проводят в домашних условиях, тяжелых и осложненных – в инфекционном стационаре. Во время лихорадочного периода больному гриппом необходимы постельный режим, тепло, обильное горячее питье с большим количеством витаминов, особенно С и Р (чай, компот, настой шиповника, фруктовые соки, морс, 5 %-й раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой). Для профилактики геморрагических осложнений необходим зеленый чай, варенье или сок черноплодной рябины, грейпфруты, а также витамины группы Р (рутин, кверцетин) в сочетании с аскорбиновой кислотой.

Для уменьшения сильной головной и мышечной боли, укорочения проявлений токсико-воспалительных изменений в дыхательных путях используют комплексный препарат

«антигриппин» (ацетилсалициловая кислота 0,5 г; аскорбиновая кислота 0,3 г; кальция лактат 0,1 г; рутин и димедрол по 0,02 г). Можно использовать колдрекс, панadol, темпалгин, Фервекс (комбинация противогистаминного средства фенирамина малеата с парацетамолом и аскорбиновой кислотой).

Жаропонижающие средства следует принимать лишь при повышении температуры выше 38 °С. Обязательно назначение комплекса витаминов («Ревит», «Ундевит», «Компливит», «Мульти-tabs» и т. д.), аскорбиновой кислоты до 0,6—0,8 г/сутки и укрепляющего стенки сосудов витамина Р. Противовирусный препарат ремантадин эффективен при лечении гриппа, вызванного вирусом типа А, и лишь при раннем его использовании – в первые часы и сутки от начала заболевания. Для улучшения дренажной функции бронхов и усиления эвакуации слизи и мокроты необходимо проведение теплых, влажных ингаляций, содержащих соду. Ингаляции проводят до 15 мин 2 раза в день в течение 3—4-х суток. При выраженном рините интраназально используют тизин, протаргол, галазолин, санорин, нафтизин и т. д. Назначение антибиотиков или сульфаниламидов для профилактики осложнений у больных с не осложненным течением гриппа неоправданно, так как нередко способствует развитию этих осложнений.

Комплексное лечение больных тяжелыми формами гриппа, помимо патогенической и симптоматической, включает и специфическую этиотропную терапию.

Профилактика сводится к изоляции больных в домашних условиях или в стационаре и ограничению заболевшими посещений поликлиник и аптек. В период эпидемического подъема заболеваемости запрещаются массовые культурные мероприятия в школах, детских комбинатах. При достижении эпидемического порога заболеваемости вводятся карантинные мероприятия в образовательных учреждениях, стационарах. Обслуживающие больных лица должны носить 4-6-слойные марлевые маски и использовать интраназально 0,25—0,5 %-ю оксолиновую мазь. Для вакцинопрофилактики используют инактивированные гриппозные вакцины как импортные: Ваксигрипп (Франция), Бегривак (Германия), Флюарикс (Бельгия), Инфлювак (Голландия), так и отечественную субъединичную вакцину Гриппол.

Парагрипп

Парагрипп – острое респираторное вирусное заболевание, характеризующееся умеренно выраженной общей интоксикацией, поражением верхних дыхательных путей, преимущественно гортани.

Этиология

В настоящее время известно 4 типа вирусов парагриппа, выделенных от человека. Вирусы не стойки во внешней среде, при комнатной температуре сохраняются не более 4 ч, а полная их инактивация происходит после 30-минутного прогревания при температуре 50 °С.

Эпидемиология

Резервуар и источник инфекции – человек, больной клинически выраженной или стертой формой парагриппа. Путь передачи – воздушно-капельный. Вирусы типов 1,2 и 3 распространены повсеместно и вызывают заболеваемость в любое время года чаще у детей в возрасте 3—5 лет.

Тип 4 выделен только в США и может вызывать заболевание у детей в возрасте одного месяца.

Парагриппозные вирусы обуславливают до 20 % острых респираторных заболеваний у взрослых и до 30 % – у детей.

Патогенез

Воротами инфекции являются слизистые оболочки респираторного тракта, особенно носа и гортани, где возникают выраженные воспалительные изменения. Глотка и трахея вовлекаются в процесс реже и в меньшей степени. Парагриппозные вирусы репродуцируются в клетках эпителия дыхательных путей, разрушая при этом сами клетки. Размножившиеся вирусы и продукты распада эпителиальных клеток частично проникают в кровь, способствуя развитию лихорадки и других симптомов интоксикации, которая при парагриппе выражена слабо. У детей, из-за отека слизистой оболочки гортани и ее воспалительной инфильтрации, может возникнуть синдром «ложного крупа». В возникновении пневмоний, как и при гриппе, существенную роль играет наслоившаяся бактериальная флора.

Симптомы и течение

Инкубационный период от 2 до 7 дней, чаще 3—4 дня. Обычно парагрипп протекает как кратковременное заболевание (не более 3—6 дней), без выраженной общей интоксикации.

Заболевание возникает остро лишь у половины больных, у остальных оно начинается исподволь, из-за чего больные не всегда обращаются за медицинской помощью в первый день болезни. В клинической картине преобладают признаки поражения верхних отделов респираторного тракта.

Частыми проявлениями парагриппа являются боли и першение в горле, заложенность носа, сухой кашель, симптомы ринофарингита. У детей часто встречаются ларингит и трахеит. Кроме того, у них может возникнуть острый ларингит с синдромом стеноза гортани.

Осложнения

Наиболее частым осложнением является пневмония. С ее появлением процесс приобретает остролихорадочный характер со значительным повышением температуры, ознобом, сильной головной болью, болями в груди, усиленным кашлем с выделением мокроты, иногда с примесью крови.

Лечение

Больные с неосложненным течением парагриппа получают симптоматическое лечение в амбулаторно-поликлинических условиях. При развитии осложнений больные госпитализируются.

При стенозе гортани – щелочные ингаляции, щелочное питье, горячие отвлекающие ножные и ручные ванны, антигистаминные спазмолитики, при неэффективности мероприятий – кортикостероидную «внутривенную трахеостомию». При пневмониях – комплексное лечение усиливают антибактериальной терапией. Проводят ингаляционную терапию кислородом через носовые катетеры. По показаниям – сердечно-сосудистые средства.

Профилактика – проведение всех противоэпидемических мероприятий как при всех воздушно-капельных инфекциях.

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.