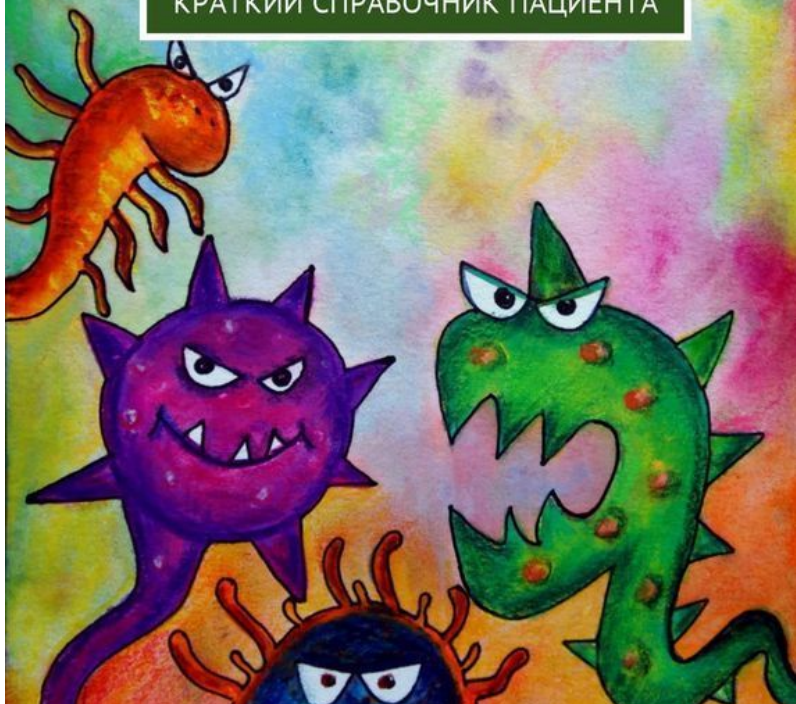


АНДРЕЙ СОКОЛОВ

Инфекции

КРАТКИЙ СПРАВОЧНИК ПАЦИЕНТА



Андрей Львович Соколов Инфекции. Краткий справочник пациента

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=27349716

ISBN 9785448592508

Аннотация

Инфекционные и паразитарные болезни – наиболее распространенный тип заболеваний на нашей планете. Книга «Инфекции» – это краткий справочник по инфекционным болезням, написанный понятным, «не медицинским» языком, что делает его удобным для использования как специалистами, так и неподготовленными читателями. Справочник облегчает взаимодействие между пациентом и врачом, помогая им общаться на одном языке. В книге простым и понятным для пациента языком описано более 100 инфекционных заболеваний.

Содержание

БОЛЕЗНИ	5
Аденовирусная инфекция (АВИ или АВИ)	5
Амебиаз	9
Аспергиллез	12
Бешенство	16
Бластомикоз	20
Болезнь кошачьей царапины. Болезнь от кошачьих царапин. Фелиноз.	23
Доброкачественный лимфоретикулез	
Ботулизм	26
Бруцеллез	29
Ветряная оспа	32
Внезапная экзантема	35
Конец ознакомительного фрагмента.	36

Инфекции

Краткий справочник

пациента

Андрей Соколов

Иллюстратор Татьяна Соколова

© Андрей Соколов, 2017

© Татьяна Соколова, иллюстрации, 2017

ISBN 978-5-4485-9250-8

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

БОЛЕЗНИ

Аденовирусная инфекция (АВИ или АVI)

Аденовирусная инфекция вызывает от 5 до 8 процентов всех простудных заболеваний. Известно примерно сорок различных серотипов аденовируса. Треть из них патогенна для человека, что приводит к очень пестрой симптоматической картине. Распространяется инфекция по воздуху и через загрязненную больным человеком пищу.

Как правило, при аденовирусной инфекции возникает насморк, воспаление в горле, конъюнктивит. Также данная форма простуды может сопровождаться болями в животе, поносом, циститом и пневмонией.

Чаще всего заболевание начинается с повышения температуры тела, болей в горле, насморка, покраснения глаз. Лимфатические узлы на коже увеличиваются, слизистая зева краснеет и отекает. Однако, и симптомы, и их выраженность, и их сочетания сильно варьируют в зависимости от индивидуальной формы течения заболевания и серотипа аденовируса.

Фарингит, воспаление горла, одно из самых типичных

проявлений АВИ. Он может сочетаться с любым иным поражением при аденовирусной инфекции, но чаще с насморком.

Высокая температура держится до пяти дней. После выздоровления довольно долго сохраняется астения, быстрая утомляемость, слабость.

Наиболее опасными при аденовирусной инфекции являются кератоконъюнктивит, который может закончиться даже развитием трахомы и серьезными проблемами со зрением. Еще более опасна при аденовирусной инфекции пневмония, поскольку может закончиться летальным исходом.

Условно различают несколько форм протекания аденовирусной инфекции.

Фарингоконъюнктивальная лихорадка.

На первый план при такой форме течения аденовирусной инфекции выступают поражения горла, верхних дыхательных путей, глаз. Высокая температура характерна для большинства случаев заболевания. Насморк отмечается у половины заболевших. Так же у 75% больных возникают разрастания лимфоидной ткани на задней стенке глотки. У такого же процента больных наблюдается конъюнктивит, который сохраняется даже после снижения температуры.

Иногда аденовирус вызывает столь сильный кашель, что доктор может спутать это заболевание с коклюшем, в том числе за счет длительного упорного кашля, продолжающегося гораздо дольше, чем это бывает обычно при простудах.

Диарея при АВИ.

Понос при аденовирусной инфекции, как и боли в животе, встречается значительно реже, чем воспаление горла или поражение глаз. В тоже время эта форма заболевания может быть не менее опасна, чем фарингоконъюнктивальная, часто приводящая к пневмонии.

При «кишечной» форме АВИ, в результате поражения лимфатических узлов брыжейки, у детей могут возникнуть похожие на аппендицит боли в животе, а так же самая настоящая инвагинация (заворот кишок).

Некоторые серотипы аденовируса вызывают поражения еще «дальше» от глотки, в виде геморрагического цистита. При этом может отмечаться наличие эритроцитов в моче, учащенное мочеиспускание, ложные позывы к мочеиспусканию. Длится такая форма аденовирусной инфекции одну-две недели.

Кроме перечисленных выше опасных осложнений в виде трахомы, пневмонии и инвагинации, последствием аденовирусной инфекции может быть возникновение бронхоэктатической болезни.

Лечение аденовирусной инфекции симптоматическое. Воздействовать на вирус лекарства не могут. Все, что остается врачу – облегчать состояние пациента, помня, однако при этом, что и у кашля, и у насморка, и у поноса есть благотворная функция выведения микроорганизмов, токсинов, омертвевших клеток. Поэтому стремление к «сухому носу» приветствовать не стоит. Так же как и необходимо следить

за продуктивностью кашля.

Амебиаз

Амебиаз – паразитарное заболевание, вызываемое амебами – простейшими одноклеточными микроорганизмами, паразитирующими в толстом кишечнике человека. При проникновении паразита в стенку кишечника возникает амебная дизентерия. Иногда амебы попадают в печень, легкие или мозг.

Встречается амебиаз во всех странах мира. Особенно тяжелое течение отмечается у амебиаза, приобретенного в Индии, Южной Африке, Дурбане, Мексике. В некоторых районах мира амебиазом поражены 81% населения, в других – 5%. Однако далеко не всегда попадание амеб в желудочно-кишечный тракт вызывает заболевание. При этом зараженный человек представляет инфекционную угрозу для окружающих, поскольку выделяет паразитов вместе с калом.

Заражение происходит при употреблении воды или пищи, загрязненной цистами амеб. Цисты устойчивы к обработке хлором в концентрациях, применяемых для обеззараживания воды. Разрушаются цисты амеб при нагревании выше 55 градусов.

Кишечный амебиаз

Клиническая картина амебиаза развивается в промежутке от двух недель до нескольких месяцев после заражения. Начало заболевания сопровождается кишечными коликами,

учащенным до 6—8 раз в день стулом, ложными позывами на дефекацию (тенезмами). Кал окрашен кровью и содержит большое количество слизи.

Если лечение отсутствует, то через несколько дней или недель состояние может нормализоваться, однако в этом случае неминуемо возникнет рецидив. И такое течение – мнимое выздоровление – рецидив может продолжаться очень долго.

В некоторых случаях возможно и острое начало болезни, сопровождающееся повышением температуры, ознобом, сильным поносом. У четверти больных обнаруживаются изъязвления стенки сигмовидной кишки. Возможно даже прободение кишечника.

Амебиаз печени

При попадании амеб с кровотоком в печень, у пациента может сформироваться абсцесс печени. При данной форме заболевания, печень увеличивается в размерах, повышается температура тела, может возникнуть боль и вздутие живота, сдавление правой доли легкого. Абсцесс можно увидеть при ультразвуковом исследовании печени. При всем при этом у половины пациентов не удастся обнаружить амеб в анализе кала.

Диагностика и лечение амебиаза

Лабораторная диагностика амебиаза затруднена необходимостью высокой квалификации сотрудника, выполняющего исследование. Возможны ложноотрицательные результа-

ты.

Лечение амебиаза показано всем людям, в анализах кала которых обнаружены трофозоиды амеб. Даже в случае полного отсутствия симптоматики.

Носителям можно назначать нетоксичный дилоксанида фураат. При наличии симптомов назначают метронидазол, после курса которого необходим курс дилоксанида фураата. Существуют и иные амебоцидные лекарства.

Лечение абсцесса печени необходимо начинать своевременно, иначе он может прорваться в брюшную или плевральные полости, или даже через кожу.

Профилактика амебиаза

Амебиаз относится к «болезням грязных рук», т.е. к болезням, которые возникают при плохих санитарных условиях и несоблюдении гигиены. Людей, соприкасающихся по роду деятельности с приготовлением или продажей продуктов необходимо обследовать на амебиаз. В случае обнаружения – лечить. На время лечения от контакта с продуктами или водой должны быть отстранены все носители амеб и пациенты с хроническим течением заболевания. Если носительство вылечить не удастся, то необходим запрет на профессию.

Аспергиллез

Аспергиллез – грибковая инфекция. В природе грибы рода аспергилл обитают в почве и на увядающих растениях. Человек заражается, вдыхая споры гриба, которые попадают в легкие и желудочно-кишечный тракт. Также возможно заражение при попадании спор в рану на коже или на роговицу глаза.

Аспергиллез как фактор развития гиперчувствительности и аллергии

Споры аспергилл могут провоцировать приступы атопической бронхиальной астмы. Также аспергиллы могут вызвать аллергический альвеолит, проявляющийся кашлем, одышкой и лихорадкой, которые возникают через несколько часов после контакта с грибами. В случае постоянного контакта с аспергиллами возможно образование «легкого пивовара» или «легкого солодовщика», анатомически проявляющееся фиброзом легкого.

Аллергический бронхолегочный аспергиллез часто поражает детей с уже имеющимся хроническим заболеванием легких и атопической бронхиальной астмой. В этом случае, аспергиллез ухудшает течение основного заболевания, увеличивает частоту приступов затрудненного дыхания, вызывает образование бронхоэктазов. При этом в мокроте можно обнаружить коричневые грибковые слепки, а в крови повы-

шение специфического IgE. Лечение этих состояний заключается в длительной гормональной терапии.

Сапрофитный (неинвазивный) аспергиллез

Сапрофитный аспергиллез проявляется в форме поражения уха, синусов носа или образованием аспергиллом в легких.

Отомикоз возникает при локализации аспергиллезного поражения в ухе. Это сопровождается болью и истечением гноя из уха. Барабанная перепонка обычно не повреждается, слух после лечения остается сохранным. Лечение состоит в чистке уха и применении местных противогрибковых препаратов.

Синусит, вызываемый аспергиллами, протекает с повышением температуры тела и болью в проекции пораженного синуса. На рентгенограмме данное грибковое поражение выглядит как шар, свободно перемещающийся по полости или фиксированный к одной из ее стенок. Лечение заключается в чистке и дренировании синуса.

Аспергиллома также имеет вид грибкового шара, который может располагаться внутри кисты, в бронхах, в легких, в полостях, оставшихся после туберкулеза, саркоидоза или гистоплазмоза. Симптомами этого поражения являются кровохаркание и упорный кашель. Диагноз подтверждается, в том числе и рентгенологически, ибо размер грибкового шара достаточно большой. Впрочем, иногда аспергиллома протекает без каких-либо клинических симптомов.

Лечение аспергиллом хирургическое, поэтому показано только в том случае, если аспергиллома угрожает жизни пациента, например, упорным кровохарканьем. Противогрибковые средства на аспергиллому не действуют.

Инвазивный аспергиллез легких

Инвазивный аспергиллез легких может развиваться у больных, имеющих злокачественные новообразования, коллагенозы или получающих иммунодепрессивную терапию в связи с трансплантацией. Данная форма аспергиллеза опасна для жизни пациента.

Течение легочного аспергиллеза во многом напоминает банальную бактериальную пневмонию, что вызывает затруднение при диагностике и может повлечь за собой ошибочную терапию. Обычно при легочном аспергиллезе повышается температура, появляется кашель и одышка. Аспергиллы могут тромбировать легочные сосуды, образуя инфарктные очаги в легком. Легкое может быть поражено не только сегментарно, но и на уровне доли и даже целиком.

В постановке диагноза помогает обнаружение аспергилл в мокроте и секрете носоглотки. Отсутствие эффекта от антибиотикотерапии также должно наводить на мысль о наличии грибкового поражения.

Почти в половине случаев легочного аспергиллеза, грибы из легкого с током крови попадают в мозг, сердце, печень и другие органы и ткани. У данной формы аспергиллеза смертность достигает 80%.

Инвазивный легочный аспергиллез может сочетаться с некротизирующим легочным аспергиллезом, который при изолированном течении может проявляться самостоятельной формой заболевания, характеризующейся продуктивным кашлем, продолжающимся на протяжении недель и месяцев. При этом в легких образуются участки некроза – каверны, в которых можно обнаружить грибковые шары. Противотуберкулезные препараты и антибиотики при данной форме аспергиллеза неэффективны. А вот атимикотическая терапия имеет эффект.

Синуситы при аспергиллезе могут также приобретать инвазивное течение у пациентов, ослабленных основным заболеванием. Она сопровождается повышением температуры тела, болью в месте поражения, головной болью, гнойным насморком и параличом глазных мышц.

Кроме паралича глазных мышц, при инвазивной форме аспергиллеза возможны грибковый кератит – поражение грибами роговицы глаза при попадании спор извне, окуломикоз – при попадании гриба в глаз с током крови или при распространении инфекции на глаз с окружающих тканей.

При попадании гриба с током крови в сердце может возникнуть эндокардит. В этом случае поражаются клапану сердца. Сужается просвет клапана, образуются тромбы, которые закупоривают сосуды в малом и большом круге кровообращения.

Бешенство

Бешенство – одно из самых опасных инфекционных заболеваний. До сих пор бешенство – смертельно опасная болезнь почти со 100% летальностью. Единственный способ спасти человека – начать лечение до появления первых симптомов болезни.

Бешенство – вирусная инфекция, поражающая любых теплокровных животных в любой стране мира, кроме некоторых островных государств (Австралии, Великобритании и др.). Вирус передается со слюной, как правило, при укусе, но были описаны случаи, когда заболевшая бешенством собака не кусала, а лизали хозяина. В этом случае, вирус попал в ранку на коже или на слизистые человека. Погибли оба – и собака, и хозяин.

Кроме собак, бешенством могут быть заражены кошки, лисы, скунсы, еноты, летучие мыши и др. звери.

Профилактические меры, включающие вакцинацию животных, позволяют создавать территории, свободные от вируса бешенства. К таким территориям относятся, например, города Нью-Йорк и Филадельфия.

При укусе диким животным или домашним, но посещающим улицу, активная иммунизация от бешенства должна проводиться человеку немедленно и без исключений.

Важно отметить, что вирус начинает выделяться со слю-

ной животного до появления у него клинических симптомов и характерного для бешенства поведения. Например, зараженная собака начинает выделять вирус за 10 дней до начала заболевания. Т.е. тогда, когда она еще здорова, весела, ласкова и играет с хозяином.

Поскольку животные, вылизывая свои лапы, могут оставить на них вирус бешенства, царапины от общения с когтями животного могут представлять не меньшую опасность, чем укус.

У собак бешенство может проявляться в двух формах.

Первая, «свирепая», сопровождается сильным возбуждением ЦНС. Агрессивные собаки начинают кусаться, ласковые – истекают слюной, становятся беспокойным и отказываются от еды. Затем собаки убегают из дома, кусая все, что встретится им на пути и умирают, в конце концов, от паралича в течение 10 дней.

Вторая форма – «немая» – встречается примерно у 20% собак. Распознать ее трудно, ибо собака остается спокойной вплоть до развития параличей. Язык такой собаки постоянно вывален изо рта и по нему течет слюна.

Заболевание у человека после укуса может возникнуть уже через 9 дней. Но иногда срок его возникновения откладывается на 2 года. Описаны случаи развития заболевания через 20 дней, месяц, два и шесть месяцев после укуса.

Заболевание у человека начинается с обычных симптомов недомогания – повышения температуры, утомляемости,

тошноты, рвоты, головной боли. Появляется возбуждение, страх. Возможно возобновление боли в месте укуса. Этот период длится от 2 до 10 дней.

Следующие 2—10 дней болезни протекают с появлением специфического симптома – водобоязни или гидрофобии. Он выражается в том, что при попытке проглотить слюну или воду, происходит спазм мышц глотки и гортани, в результате чего слюна или вода попадают в трахею – человек начинает захлебываться. Поэтому уже один вид жидкости вызывает у него страх.

Поведение больного сопровождается вспышками активности, эксцентричным поведением, дезориентацией. В момент просветления сознания человек помнит все содеянное и может объяснить свой страх.

Отмечаются боли в горле, охриплость голоса, судороги. Появляется напряженность в мышцах, человек выгибается дугой, возникают параличи. Пациент впадает в кому и погибает.

Защита от бешенства.

Защититься от бешенства можно заранее с помощью вакцинации домашних животных, изоляции бродячих собак.

Человек так же может сделать трехкратную прививку (для ветеринаров она обязательна). Вакцинация в США делается трехкратно по схеме 1-й, 7-й и 21-й день. В Европе шестикратно – 1, 3, 7, 14, 30 и 90-й дни.

Если вакцинации не было, но произошла встреча с животным, царапина или укус, и есть риск, что животное могло быть инфицировано бешенством, то необходимо срочно начать лечение, которое включает в себя и антирабическую вакцинацию (ЧДКВ), и введение человеческого антирабического иммуноглобулина (ЧРИГ). Если человеческого антирабического иммуноглобулина нет, следует использовать лошадиную иммунную антисыворотку. До встречи с врачом рану необходимо как можно более тщательно промыть и обработать антисептиком.

Одной из самых эффективных мер борьбы с бешенством является исключение близкого контакта с животными. Не нужно тискать чужих или бродячих собак, не стоит целоваться с домашними животными, не следует приближаться к диким животным.

Если усмирить свое желание «потрогать», погладить животное, можно избежать многих болезней. Лучше смотреть на природу издали, без рук, как в музее.

Бластомикоз

Бластомикоз – грибковая инфекция, распространенная в Северной Америке, а также в Англии, Африке и Индии. Под микроскопом эти грибы напоминают дрожжи. Человек заражается, вдыхая пыль, содержащую споры гриба.

Легочная форма бластомикоза

Во многих случаях, после вдыхания пыли со спорами не происходит ничего, человек остается здоров, иммунитет справляется с грибами незаметно для пациента, или болезнь носит очень легкое течение и наступает самоизлечение. Однако бывает и иначе.

В этом случае, через 30—45 дней после заражения может повыситься температура тела, возникнуть сухой кашель и даже кровохаркание. По мере развития заболевания, температура продолжает повышаться, появляются ознобы, жар, одышка, ночная потливость, потеря аппетита. Возникает воспаление легких. Кашель усиливается, появляется мокрота.

Больной кашляющий человек может заразить окружающих.

Хронический легочный бластомикоз заканчивается летально примерно для четверти пациентов.

Иные формы бластомикоза

Кроме легких, бластомикоз может поражать иные органы

и ткани, например, кожные покровы. Бластомикоз внелегочной локализации, как правило, сочетается с легочной формой бластомикоза, которая может протекать в таком случае в легкой форме.

При кожной форме бластомикоза на лице и туловище в подкожной клетчатке возникают узелковые образования. Изначально они могут выглядеть и как пустулы, и как кожные папулы, но в течение нескольких недель превращаются в плотные гранулемы с неровными красными приподнятыми краями. В центре гранулемы постепенно образуется рубец. Возможно возникновение абсцессов. Кожный бластомикоз заканчивается летально примерно в 25% случаев.

Кроме кожи и легких, грибы, вызывающие бластомикоз, могут поражать кости, суставы, мочевыводящие пути, предстательную железу, яички и яичники. Изредка встречается поражение центральной нервной системы, надпочечников, печени и щитовидной железы.

Диагноз бластомикоза поставить сложно. И сложно подтвердить лабораторно. Иногда это и не требуется, так как в легких случаях бластомикоз проходит самостоятельно, без лечения. Однако в случае тяжелого протекания легочного или сочетанного бластомикоза, очень важно быстро поставить диагноз и начать адекватное лечение. В противном случае возможен летальный исход.

Вовремя отреагировать на вариант наличия у пациента бластомикоза врачу помогает как настороженность к данно-

му заболеванию, так и знание опасных в отношении бластомикоза регионов.

Лечится бластомикоз антигрибковыми препаратами.

Болезнь кошачьей царапины. Болезнь от кошачьих царапин. Фелиноз. Доброкачественный лимфоретикулез

Как и следует из названия, болезнь возникает после царапин или укусов, полученных от кошки. В основном, это болезнь детей и подростков. 80% всех больных моложе 20 лет. Заразиться болезнью кошачьей царапины можно от вполне здорового с виду животного.

По всей видимости, заболевание развивается в результате попадания в ранку или царапину от когтей кошек, собак или обезьян бактерий, вызывающих местное воспаление и увеличение лимфатических узлов. Скорее всего, эта бактерия может обитать в ротовой полости здорового животного, а на когти попадать со слюной при вылизывании.

Клиника болезни кошачьей царапины

Обычно через 10 дней, но может быть и через 7 дней, и через 56 дней, после заражения у половины больных на коже появляются красноватые узелки (папулы). Папулы безболезненны, но склонны к нагноению. После нагноения они заживают без образования рубцов.

Через 2 недели после появления изменений на коже, происходит значительное увеличение лимфатических узлов, ближайших к месту поражения. Их диаметр может достигать

8—10 см. Но, не смотря на такое значительное увеличение, лимфоузлы, как правило, остаются безболезненными.

Также в 45% случаев увеличиваются подмышечные лимфоузлы, в 25% случаев – шейные и в 20% – паховые лимфоузлы. У трети пациентов происходит расплавление лимфоузлов. У остальных через 1—1,5 месяцев, они начинают уменьшаться в размерах и размягчаться. Полное восстановление привычной формы и размера происходит к концу второго месяца.

При расплавлении лимфатического узла, чрезмерном его увеличении или болезненности, показана пункция и отсасывание содержимого для облегчения состояния, предотвращения некроза и асептического воспаления узла и окружающих тканей.

У половины больных на фоне вышеописанного увеличения лимфатических узлов возможно недомогание, повышенная утомляемость, потеря аппетита, некоторое увеличение температуры тела.

В случае атипичной картины заболевания может наблюдаться одностороннее увеличение околоушных лимфоузлов, слюнной железы, может возникнуть покраснение кожи, тромбоцитопеническая пурпура и даже энцефалит.

При диагностике болезни кошачьей царапины необходимо помнить о таких заболеваниях как бруцеллез, чума, туляремия, венерическая гранулема, лихорадка крысиного укуса, саркоидоз, лимфома, туберкулез. Также, разумеется, бо-

лезнь кошачьей царапины может напоминать любую бактериальную, грибковую или вирусную инфекцию, вызывающую увеличение лимфатических узлов, о чем доктору надлежит помнить при постановке диагноза.

Ботулизм

Ботулизм – бактериальная инфекция, которая у неспециалистов ассоциируется исключительно с просроченными консервами и вздутыми крышками. Это и так, и не так.

Дело в том, что существуют формы ботулизма, когда инфицирование происходит в результате контакта с почвой, домашней пылью, медом и даже пылесосами. Этот вариант заражения встречается у детей до года.

Встречается так же раневой ботулизм, когда входными воротами для инфекции являются ранки на коже.

Классический ботулизм в виде пищевого отравления домашними консервами, конечно, гораздо более распространен и весьма опасен.

Ботулизм у малышей

Ботулизм у малышей может носить очень легкие формы, выражающиеся в запорах и снижении аппетита, но может протекать и крайне тяжело, заканчиваясь летальным исходом. В этих тяжелых случаях у внешне здорового ребенка начинаются запоры, пропадает улыбка, ослабевает сосательный рефлекс, стихает голос, плач, крик, ребенок хуже глотает, перестает улыбаться. У малыша снижается тонус мышц и нарушается сердечный ритм. Постепенно, иногда за часы, иногда за дни, развивается паралич, который начинается сверху, с туловища, и спускается к ногам. Постепенно по-

ражаются и слабеют все мышцы, в том числе век, мочевого пузыря, кишечника. Глаза оказываются прикрыты веками, уменьшается образование слюны, слез. Слабеют дыхательные мышцы, что может привести к внезапной смерти.

Все это происходит не столько из-за бактерии, сколько из-за токсина, который она выделяет. Именно он, действуя подобно ядам, вызывает мышечную слабость и параличи.

Ботулизм у детей и взрослых

Если ботулизм поражает детей постарше и взрослых, то в течение нескольких часов, в крайнем случае – 2—8 дней, у заболевшего человека на фоне вполне нормальной температуры и пульса, возникает тошнота, рвота, сухость во рту, проблема с проглатыванием пищи и слюны, запоры, задержка мочеиспускания. У больного ботулизмом сужаются зрачки, не поднимаются веки, начинает двоиться в глазах, возникают проблемы с речью, нарушается ориентация в пространстве и положении, возникают периоды затуманенного сознания. Слабеет деятельность дыхательных мышц и возникает дыхательная недостаточность.

Лечить ботулизм сложно. Не только потому, что лекарства – антитоксин и антибиотик – не могут обеспечить быстрый эффект, но и потому, что необходимо в течение дней, а часто и нескольких недель, поддерживать адекватную вентиляцию легких и кормить пациента искусственными методами, ибо он совершенно беспомощен. По сути, это лечение в реанимационной палате. Дышать через трубку, принимать

пищу по вене...

Помощь на начальном этапе заболевания ботулизмом

Если больной еще не совсем плох, ему необходимо срочно вызвать рвоту, промыть желудок, опять вызвать рвоту, дать сильное слабительное, сделать многократную и многоводную клизму. После чего мчаться в больницу, где введут антитоксин и антибиотик, поставят капельницу.

Как не заболеть ботулизмом?

Чтобы не заболеть ботулизмом, в большинстве случаев достаточно избегать употребления в пищу подозрительных консервов. Лучше выбросить еду, которая не внушает доверия, чем оказаться в реанимации.

Важно помнить, что даже длительное кипячение подозрительной пищи не убивает споры бактерий – они погибают только при 116 градусах Цельсия.

Бруцеллез

Бруцеллез, как правило, не человеческая болезнь. Обычно им болеют животные: коровы, собаки, свиньи, козы, овцы, зайцы и некоторые другие дикие животные. Однако, при тесном контакте или при употреблении зараженных бруцеллами продуктов, может заболеть и человек.

Таким образом, если вы не ухаживаете за подобными животными, не работаете на ферме, не покупаете с рук молоко, сметану, сыр, масло, сливки, творог, ветчину, то вероятность для вас быть зараженным и заболеть ничтожна.

Однако если даже вы поддались искушению и купили молоко или творог из не очень надежных рук, то достаточно пастеризовать продукт, вскипятить, пожарить сырники и риск заражения вернется к нулю.

Наличие хорошего ветеринарного контроля за продуктами питания и вакцинация животных от бруцеллеза так же снижает риск заражения человека.

От заражения до заболевания, т.е. до появления жалоб может пройти лишь несколько дней, но бывает, что инкубационный период растягивается на месяцы.

Чем опасен бруцеллез?

Болезнь может начаться как внезапно, так и исподволь. В последнем случае сначала возникнет утомляемость, потеря аппетита, головные боли, боли в мышцах, запоры. В раз-

гар заболевания температура может повышаться до 41—42 градусов Цельсия. Появляются носовые кровотечения, кашель, боли в животе, уменьшается масса тела.

В случае хронической формы бруцеллеза жалобы будут очень «невнятные»: лихорадка, боли в мышцах и суставах, потливость, нервозность, потеря аппетита. Иногда возникает довольно крупная сыпь. В результате поражения тканей и органов, может развиваться увеит, эндокардит, простатит, холецистит, эпидидимит, простатит, остеомиелит, энцефалит.

Бруцеллез частенько «прячется» за клиническими проявлениями, похожими на симптомы гриппа, туляремии, тифа, инфекционного мононуклеоза, гистоплазмоза, туберкулеза, лимфогранулематоза или кокцидиоидомикоза.

В связи с этим, пациентам с диагнозом «лихорадка неизвестного происхождения» или с подозрением на вышеприведенные заболевания полезно сдать анализ крови на антигена к бруцеллезу.

Лечится бруцеллез с помощью антибиотиков.

Лечится долго – 3—4 недели. Не смотря на это, у половины заболевших людей возникают рецидивы. И антибиотикотерапия требуется опять, причем с удвоенной мощностью.

Если заболевание диагностировано с задержкой – а это вполне возможно, так как бруцеллез встречается гораздо реже, чем, допустим, похожий на него по симптомам грипп или инфекционный мононуклеоз, при которых антибиотики вообще не показаны, то лечение может растянуться почти на пол-

года.

Однако... стоит ли заболеть, если все, что для этого требуется – разумное обращение с животными и продуктами. Покупка еды в надежных местах, где проводится ветеринарный и санитарный контроли. Минимизация общения с непривитыми животными. И все. Берегите себя, и бруцелла обойдет вас стороной.

Ветряная оспа

Ветряная оспа – очень заразное вирусное инфекционное заболевание, проявляющееся образованием специфических пузырьков на коже, зуда, незначительного ухудшения самочувствия. В результате болезни у человека вырабатывается стойкий иммунитет к ветряной оспе. Поэтому повторные случаи заболевания у одного и того же лица встречаются очень редко.

Ветряная оспа или «ветрянка» поражает в основном детей. Более 90% людей переболевают ветрянкой до 10-летнего возраста. 96% взрослых людей имеют иммунитет к ветрянке. Заболевание распространяется воздушно-капельным путем, т.е. по воздуху, а так же при контакте. Отмечена высокая заразность ветрянки. Подозревается, что она может распространяться даже по системе вентиляции. И если на одном этаже в высотном доме заболеет ребенок, то заразиться может и иной житель этого же подъезда никогда не контактировавший с этим ребенком.

Клиника ветряной оспы

От момента заражения до появления первых симптомов ветряной оспы проходит от 11 до 21 дня. Заболевание начинается с вялости, потери аппетита, повышения температуры тела и появления скарлатиноподобной или кореподобной сыпи. Этот начальный период болезни длится около су-

ток. После чего сыпь приобретает характерную для ветрянки форму пузырьков. Пузырьки легко лопаются и покрываются корочкой.

В течении первых 3—4 дней болезни пузырьков становится все больше и больше. Старые лопаются, но появляются новые, покрывая туловище, лицо, волосистую часть головы. Температура может подниматься до 39—40 градусов.

Если ветряная оспа протекает в легкой форме, то пузырьков мало. Если в тяжелой, то пузырьков много. Чем больше пузырьков, тем сильнее зуд и выше температура. Также с увеличением количества высыпаний, увеличивается риск вторичного бактериального инфицирования и нагноения ранки от лопнувшего пузырька. В тяжелых случаях возможно возникновение пневмонии. Особенно часто, примерно в 20—30% случаев заболевания, воспаление легких встречается при ветрянке у взрослых. Это количество пневмоний подтверждается рентгенологически.

Кроме кожи, пузырьки при ветряной оспе могут появиться на слизистых оболочках рта, половых органах, конъюнктиве глаза и роговице. В последнем случае заболевание может закончиться потерей зрения.

К осложнениям ветряной оспы, кроме пневмонии и слепоты можно отнести поражения сердца в виде эндокардита, перикардита или миокардита, а также гепатит, гломерулонефрит, артрит и миозит.

У новорожденных болезнь может протекать крайне тяже-

ло и в 30% случаев заканчиваться летально, не смотря на лечение.

Если ветряной оспой заболевает беременная женщина в первом триместре беременности, то существует высокий риск образования у плода пороков развития, инвалидности, нарушения работы нервной системы, смерти вскоре после рождения.

Лечение ветряной оспы

Лечат ветрянку оспу в основном симптоматически. Основная проблема при этом заболевании – зуд и расчесы. Поэтому детям надевают варежки, стригут ногти, назначают противозудные препараты. Ежедневно меняют постельное белье и одежду. Кожу обрабатывают антисептиками. При присоединении бактериальной инфекции используют антибиотики. На вирус ветряной оспы воздействуют ацикловиром.

К счастью, на сегодняшний момент разработана вакцина от ветряной оспы. Так что у любого родителя есть выбор – привить ребенка или бояться встречи с ветрянкой и тяжелых форм этой инфекции.

Внезапная экзантема

Внезапная экзантема – это инфекционное заболевание, поражающее в основном детей от 6 месяцев до трех лет. Чаще до полутора лет. Предполагается, что у большинства детей она протекает в стертой субклинической форме, без симптомов. В результате чего вырабатывается стойкий иммунитет.

В тоже время на сегодняшний момент еще не установлена точно ни природа данного заболевания, ни его контагиозность (заразность). В связи с тем, что в литературе описаны эпидемии внезапной экзантемы, ученые считают, что она вызывается вирусом. Чаще всего массовые случаи внезапной экзантемы отмечаются весной и осенью. Мальчики и девочки заболевают с одинаковой частотой.

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.