

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

Реабилитация после детских инфекционных заболеваний



Анастасия Полянина

**Реабилитация после детских
инфекционных заболеваний**

«Научная книга»

2013

Полянина А. Ю.

Реабилитация после детских инфекционных заболеваний /
А. Ю. Полянина — «Научная книга», 2013

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.

© Полянина А. Ю., 2013

© Научная книга, 2013

Содержание

| | |
|-----------------------------------|----|
| Введение | 5 |
| 1. Классические детские инфекции | 12 |
| Конец ознакомительного фрагмента. | 16 |

**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 сохраняющемся 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 собственно 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 время, необходимое 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 адаптированности, 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 трудо-

способности 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, куль-

турно-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 антивитаминым 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, метилурация, 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 сер-

дечно-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, полежат 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 (закатом). 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 бактерионоси-

телей 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 бактериологического исследования 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 крупы: дисфонию, 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, пот-

ливость, 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.

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.