

ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ВЫЗЫВАЕМЫЕ
ВИРУСАМИ

ДЕТСКИЕ
ИНФЕКЦИОННЫЕ
БОЛЕЗНИ

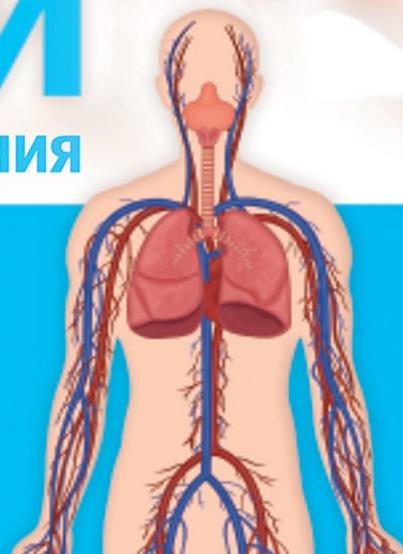
ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ВЫЗЫВАЕМЫЕ
БАКТЕРИЯМИ

ПРОТОЗОЙНЫЕ
ИНФЕКЦИИ

ПИЩЕВЫЕ
ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ



ПРЕДИСЛОВИЕ

По данным ВОЗ, инфекционные болезни прочно удерживают пальму первенства по заболеваемости в мире. Они же служат самой частой причиной смерти в странах с низким уровнем жизни. Отдельные инфекции (диареи, малярия, туберкулез) составляют по 10 % в общей структуре смертности. Однако в странах со средним и высоким уровнем дохода инфекционные заболевания моментально отступают на 4–5 места. Их доля в общей структуре смертности падает до 4–5 %.

Вывод из этих цифр можно сделать такой: бороться с инфекциями очень просто, если есть возможность делать это на государственном уровне и если государство вкладывает в эту борьбу достаточно денег.

Но многое зависит и от самого человека: от того, насколько тщательно он соблюдает правила гигиены, вовремя ли посещает врача, носит ли повязку во время эпидемий, укрепляет ли иммунитет, курит ли и так далее.

Инфекции отличаются от всех прочих заболеваний тем, что у них обязательно есть возбудитель — вирус, бактерия или простейшее.

Вирусы — очень интересные создания, по сути, генетический код в простейшей белковой оболочке. Они проникают в клетки тела, встраивают свою ДНК в ДНК человека и заставляют клетки продуцировать свои копии, пользуясь ресурсами и механизмами хозяина. То есть это своеобразные генетические паразиты.

Бактерии — одноклеточные, безъядерные микроорганизмы, использующие клетки хозяина только как «пастбище».

И наконец, простейшие — маленькие одноклеточные, обладающие полным набором органов и ядром, тоже предпочитающие паразитировать на человеческом организме.

В процессе эволюции люди выработали сложную систему защиты — иммунитет, и каждая инфекция вызывает человеческий организм на поединок: кто кого. При этом цель возбудителя, как правило, не убить, а просто попользоваться ресурсами организма и переключиться на новые.

Этот процесс называется заражением и может осуществляться несколькими путями.

Первый из них воздушно-капельный: возбудители вылетают из организма с маленькими каплями слюны и слизи при кашле, чихании, разговоре и так далее. Разумеется, им выгодно спровоцировать кашель и чихание, поэтому они, как правило, вызывают воспаление в дыхательных путях.

Другой путь: через грязные руки возбудители попадают в пищу, в одну посуду и непосредственно в рот человека. Таким образом передаются кишечные инфекции.

Третий путь — через кровь. Возбудитель попадает в кровь непосредственно, при контакте человека с человеком (ВИЧ-инфекция, гепатит В), или через передатчика — кровососущее насекомое (клещевой энцефалит, малярия и так далее).

Некоторые заболевания человек делит с животными, иногда они тоже болеют, иногда только передают возбудителя через фекалии (при уборке), а также через молоко и мясо.

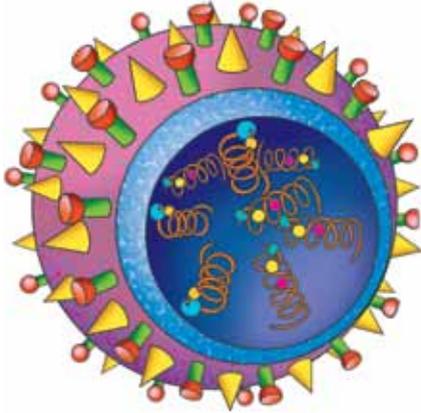
С большим числом заболеваний человек может справиться сам за счет своей иммунной системы. Врачи ему помогают, давая противовирусные и противобактериальные препараты, а также заранее создавая сильный иммунитет путем введения в организм ослабленного возбудителя и формирования реакции на него. До того как были открыты антибиотики и разработаны первые вакцины, в мире свирепствовали тяжелые и смертельно опасные инфекционные болезни, такие как чума, холера, оспа. Сейчас одни из них с успехом лечатся (чума и холера), а оспа ликвидирована на всем земном шаре.



Мы ни в коем случае не призываем читателей к самолечению. Пожалуйста, помните, что при возникновении любого рода недомогания необходимо срочно обратиться к врачу и обязательно консультироваться по всем вопросам с опытными специалистами.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ВИРУСАМИ

Вирусные заболевания — это заболевания человека, возникающие в связи с проникновением в клетки организма и развитием в них различных вирусов, которые представляют собой мельчайшие формы жизни, состоящие из молекулы нуклеиновой кислоты, носителя генетической информации, окруженной защитной оболочкой из белков.



Основной чертой вирусов является то, что они могут размножаться, только паразитируя в клетках зараженного организма.

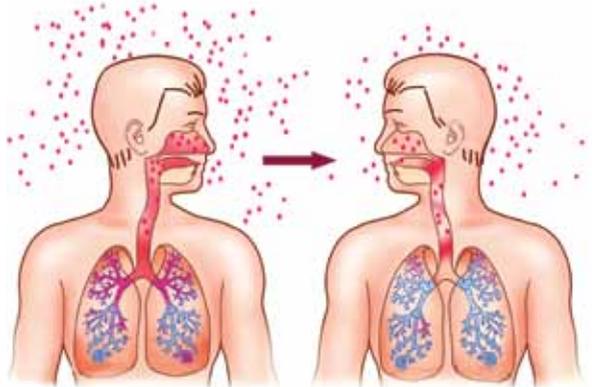
ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ)

ОРВИ, также часто называемые ОРЗ, — острые респираторные заболевания — целая группа заболеваний, похожих по своим признакам, характеризующаяся поражением в основном органов дыхания.

Возбудителем являются многочисленные вирусы, относящиеся к разным группам: аденовирусы, риновирусы, реовирусы и так далее. Их распознают по белковым оболочкам с помощью сывороток, состоящих из специфических антител.

Лабораторная диагностика применяется, как правило, в научных целях, так как подавляющее большинство ОРЗ не требует специфического лечения, поскольку с возбудителем успешно справляется сам организм.

Вирус распространяется воздушно-капельным путем от заболевшего человека при разговоре, кашле и чихании. Заразившийся инфекцией заболевает через несколько часов, иногда через несколько дней (до 1 недели). Этот промежуток между заражением и заболеванием называется инкубационным периодом. При многих заболева-



ниях человек в инкубационном периоде, еще не подозревающий о том, что болен, становится источником инфекции. Однако при ОРВИ этого по большей части не происходит. Больной становится заразным с того момента, когда начинает чихать и кашлять.

Максимум заболеваемости приходится на период холодной погоды. Однако сам по себе холод не возбуждает болезни. Холодная погода, отсутствие витаминов, плохая вентиляция помещений



Любая простуда — инфекция, и любая инфекция — заразна.

вызывают снижение иммунитета, который в норме должен справляться с вирусами. Поэтому считать это простудой — бессмысленно.

Другое дело, если человек правильно питается, много бывает на свежем воздухе, одевается по погоде и не курит — его иммунитет не ослаблен, и он выдерживает контакт с инфекцией, не заболев.

Симптомы. Клиническая картина достаточно пестрая, зависит как от особенностей возбудителя, так и от особенностей организма заболевшего. В продромальном периоде (самая ранняя стадия течения болезни) отмечают плохое самочувствие, усталость, головная боль, боли в мышцах. Болезнь может начаться сразу с повышения температуры. Лихорадка, как правило, наблюдается только в первые дни (1–3–5 дней) и невысокая, 37,3–37,5 °С, температура. Однако при сильном возбудителе и ослабленном организме может отмечаться температура выше 38 °С.

В эти же дни развивается боль в горле, кашель, заложенность носа, насморк, они могут быть выражены по-разному и встречаться практически в любых сочетаниях в зависимости вида вируса, вызвавшего инфекцию. Так, при риновирусных инфекциях все обычно ограничивается насморком, при реовирусах возникают также рвота и понос, при аденовирусной инфекции может появиться сыпь.

Клиническую картину, сходную с ОРВИ, могут давать и возбудители невирусной природы, тогда инфекция называется просто ОРЗ — острое респираторное заболевание. По типу ОРЗ с насморком и кашлем протекает большая часть менингококковых инфекций. Нужны особые условия для того, чтобы менингококки прорвались через гематоэнцефалический барьер (физиологический барьер между кровеносной и центральной нервной системами) и вызвали воспаление оболочек головного и спинного мозга (менингит). ОРЗ могут также вызывать микоплазмы, хламидии (орнитоз, которым заражаются от птиц). Дифференциальная диагностика (процесс установления точного диагноза путем исключения всех возможных заболеваний, кроме одного) имеет смысл, когда болезнь протекает тяжело, с осложнениями, и требуется специфическая терапия.

Лечение. В большинстве случаев организм справляется с болезнью сам, требуются лишь симптоматические средства, улучшающие состояние больного (жаропонижающие, противокашлевые, противоотечные), и средства, повышающие иммунитет. Противовирусные препараты назначают, если течение болезни тяжелое, а также ослабленным больным. Они эффективны только в первые 5 суток заболевания и требуют строгого соблюдения часов приема и дозировки.



Антибиотики назначают только при наличии бактериальной инфекции.

Применять симптоматические средства нужно в тех случаях, когда без них не обойтись, поскольку симптомы часто служат защитой организма. Так, подъем температуры убивает возбудителей, поэтому температуру до 38 °С, если самочувствие сносное, нет сердечно-сосудистых заболеваний и склонности к судорогам, лучше не сбивать. Кашель и насморк помогают очистить дыхательные пути, при применении сосудосуживающих капель в нос слизистая высыхает, теряя свои защитные свойства, а после того как действие капель проходит, может развиваться еще более выраженный отек.

Важна забота больного о себе и его близких о нем. Если почувствовали слабость, вялость и недомогание, лучше остаться дома в постели. Не следует пытаться перенести болезнь на ногах — тогда выше риск развития осложнений и больше вероятность, что проведете дома, а то и в больнице месяц или больше. Нужно пить побольше жидкости, есть легкую пищу, обязательно фрукты. Если назначены противовирусные препараты или антибиотики, обязательно принять полный курс, не бросать, как только стало лучше. После курса антибиотиков желательно пропить курс противогрибковых препаратов и провести курс приема витаминов.

Профилактика:

- укрепление иммунитета
- недопущение переохлаждения
- ношение марлевой повязки или медицинской маски при контакте с заболевшими, на улице и в общественных местах в период эпидемии

ГРИПП

Гриппозную инфекцию выделяют среди всех ОРВИ, потому что это заболевание протекает особенно тяжело, чаще, чем другие, дает осложнения и смертельные исходы. Она требует особенно аккуратного лечения.

Возбудитель — РНК-содержащий вирус диаметром 80–100 нанометров. Оболочка вируса включает в себя гликопротеиды — соединения белка и углеводов. Эти вирусы очень изменчивы, и поэтому антитела, выработанные организмом в одну эпидемию, не защищают при новой, когда вирус меняет свойства.

Выделяют 3 типа вирусов: А, В и С.

Один из вирусов типа А ответственен за печально знаменитую эпидемию испанки, охватившую весь мир в 1918–1920 годах и унесшую, по разным данным, жизни 50–100 миллионов человек, или 2,7–5,3 % населения Земли. Другие вирусы типа А вызывали эпидемии в 1933, 1947, 1964–1965, 1968 и 1972 годах. Для вируса типа А характерна продолжительность эпидемий около 1,5 месяца, в течение которых заболевает 20–50 % населения.

Вирус типа В также способен вызывать эпидемии, продолжающиеся обычно 2,5 месяца и охватывающие не более 25 % населения.

Вирус типа С эпидемий не вызывает.



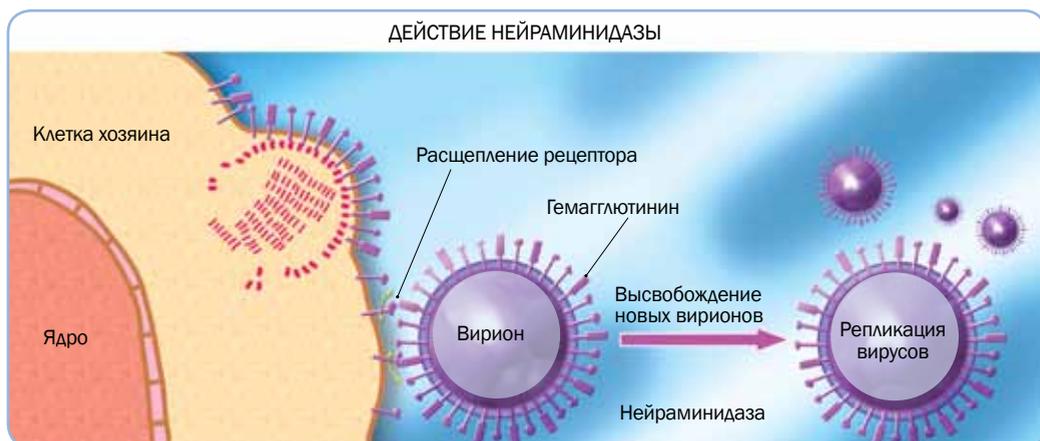
В зависимости от особенностей строения двух важнейших гликопротеидов — гемагглютинина (H) и нейраминидазы (N) — выделяют разные подтипы вирусов. В последние годы эпидемии гриппа чаще всего вызывает вирус типа А подтипа H3N2. Он передается воздушно-капельным путем.

Вирусы быстро погибают при нагревании и кипячении, на солнце и под действием дезинфицирующих средств.

Симптомы. Инкубационный период составляет 2–3 дня. Заболевание начинается с подъема температуры, часто до 38–39 °С. Отмечаются головная боль, боли в мышцах, ломота в теле. На 2–3 день появляются саднение в горле, сухой, затем влажный кашель, насморк. В неосложненных случаях длительность лихорадки не превышает 3–5 дней. При гриппе В может быть несколько большей.

Даже не слишком тяжело протекавший грипп, как правило, оставляет после себя «хвост»: 1–2 недели после исчезновения основных симптомов заболевания больного беспокоят слабость, повышенная утомляемость, апатия, раздражительность, плаксивость. Его работоспособность снижена. В этот период велика вероятность развития осложнений или вторичных инфекций. Поэтому очень важно не спешить, дать возможность организму восстановиться.

В 2002 году в Китае было выявлено заболевание, получившее название «атипичная пневмония», вызываемое вирусами (хотя и не вирусами гриппа) и так же характеризующееся. Эксперты посчитали, что болезнь может оказаться опасней СПИДа ввиду ее высокой заразности. Однако, к счастью, оказалось, что хотя



она действительно легко передается, но редко приводит к смертельному исходу и основной опасностью является именно пневмония, появляющаяся у ослабленных больных от вторичной бактериальной инфекции. Поэтому при лечении атипичной пневмонии используют как противовирусные препараты, так и антибиотики.

Лечение. Применяются противовирусные препараты и симптоматическое лечение, как и при обычных ОРВИ. При тяжелой форме гриппа показана госпитализация. Может понадобиться лечение в палатах интенсивной терапии.

Осложнения. Гнойные осложнения всех ОРЗ связаны прежде всего со снижением иммунитета в период болезни и с активизацией условно-патогенных микробов в организме и во внешней среде. Эти микробы, безвредные в обычное время, вызывают у ослабленных больных воспаления различной локализации: гаймориты, отиты, ангины и так далее.

Очень тяжело протекает воспаление легких, вызванное или самим вирусом (редко), или вторичной инфекцией. Способностью поражать легкие, по всей видимости, обладал вирус испанки (серотип H1N1), что и обусловило высокую смертность. Вторичные инфекции лечатся легче, так как их возбудители являются не вирусами, а бактериями, следовательно, чувствительны к антибиотикам.

Профилактика:

- неспецифическая — как при ОРВИ
- специфическая — противогриппозные вакцины

Вакцины создают как индивидуальный иммунитет (защищающий конкретного человека), так и групповой — в популяции, где привиты многие, вероятность развития эпидемии меньше. Вакцины не всегда защищают от болезни, но грипп протекает в более легкой форме.

Вакцинировать (при отсутствии противопоказаний) важно тех, для кого заболевание представляет наибольшую опасность, — маленьких детей, пожилых людей, людей с хроническими заболеваниями. Также есть смысл сделать прививку людям, ведущим активный образ жизни, предусматривающий постоянные поездки и общение.

Птичий грипп — острое вирусное заболевание птиц. В 1997 году были зафиксированы случаи заражения (H5N1) людей от птиц. Симптомы сходны с симптомами тяжело протекающего гриппа, может вызвать смертельные исходы. Случаи передачи птичьего гриппа от человека к человеку не зафиксированы. Вирус погибает при нагревании до температуры 75 °С в течение минуты. Заразиться можно при контакте с сырым мясом, яйцами и пометом птицы. Поэтому необходимо соблюдать элементарные правила гигиены при разделке мяса и приготовлении блюд из яиц (мыть яйца до того, как разбить, использовать отдельную доску для работы с сырым мясом).



На государственном уровне осуществляется забой всей инфицированной птицы, запрет на ввоз живой птицы и яиц в период эпидемий.

НАРОДНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ УСИЛЕНИЯ ИММУНИТЕТА

Сбор № 1

Смешать по 20 г плодов шиповника и плодов смородины. 1 ст. ложку смеси залить 2 стаканами кипятка, кипятить 10 мин. Настаивать 2 ч в хорошо закрытой посуде. Принимать по $\frac{1}{2}$ стакана 3 раза в день.

Сбор № 2

Смешать по 20 г плодов шиповника и плодов рябины. 1 ст. ложку смеси залить 2 стаканами кипятка, кипятить 10 мин. Настаивать 4 ч в хорошо закупоренной посуде. Пить по $\frac{1}{2}$ стакана 3 раза в день.

Сбор № 3

Смешать по 20 г плодов шиповника и брусники. 1 ст. ложку смеси залить 2 стаканами кипятка, кипятить в течение 10 мин. Настаивать 4 ч в плотно закупоренной посуде. Принимать по $\frac{1}{2}$ стакана 3 раза в день.

Сбор № 4

Смешать 30 г листьев крапивы и 70 г плодов рябины. 1 ст. ложку смеси залить 2 стаканами кипятка, кипятить в течение 10 мин. Настаивать 4 ч в плотно закупоренной посуде. Принимать по $\frac{1}{2}$ стакана 3 раза в день.

Сбор № 5

Смешать 30 г плодов шиповника, 10 г плодов брусники, 30 г листьев крапивы. 1 ст. ложку смеси заварить 2 стаканами кипятка, кипятить 10 мин. Настаивать 4 ч в плотно закупоренной посуде. Пить по $\frac{1}{2}$ стакана 3 раза в день.

Сбор № 6

Смешать 30 г плодов шиповника, 10 г плодов смородины, 30 г листьев крапивы. 1 ст. ложку смеси заварить 2 стаканами кипятка, кипятить 10 мин. Настаивать 4 ч в плотно закупоренной посуде. Пить по $\frac{1}{2}$ стакана 3 раза в день.

Сбор № 7

Смешать по 10 г плодов шиповника, листьев малины, листьев смородины, листьев брусники. 2 ст. ложки смеси заварить стаканом кипятка, кипятить 10 мин. Настаивать в плотно закрытой посуде 4 ч. Пить по $\frac{1}{2}$ стакана 3 раза в день.



Лимонад из клюквы

Взять $\frac{3}{4}$ стакана клюквы, 1 л газированной воды, ломтики лимона, сахар. Клюкву размять деревянной ложкой, сок процедить через марлю или отжать соковыжималкой, добавить сахар и газированную воду. Для вкуса можно положить ломтики лимона или отжать из них в напиток немного сока.

Лимонад из лимона

Взять 1 лимон, $\frac{1}{2}$ стакана крепкого холодного чая, $\frac{4}{2}$ стакана газированной воды, кусочки льда, сахар по вкусу. Отжать сок из $\frac{1}{2}$ лимона, вторую часть нарезать на тонкие ломтики, положить в кувшин или в стаканы. Сок смешать с остывшим чаем и газированной водой, добавить сахар.

Вишнево-молочный напиток

Взять 1–2 стакана вишневого сока, 4 стакана молока, 100 г целых ягод, сахар по вкусу. К смешанному с сахаром вишневому соку добавить, хорошо взбивая, холодное или горячее молоко. В горячий напиток положить целые вишни.

Смородино-молочный напиток

Взять 1 стакан сока красной смородины, 2 стакана воды, 3–4 стакана молока, сахар по вкусу. Смородиновый сок смешать с сахаром. Воду вскипятить с молоком, охладить до 50 °С, смешать, сильно взбивая, с соком; молочный белок при этом свертывается в хлопья. Подается в холодном или горячем виде.

Чай из плодов шиповника

Взять 1 ст. ложку плодов шиповника и залить 1 стаканом кипятка, кипятить в течение 2–3 мин при закрытой крышке. Настаивать 3–4 ч. Принимать по 1 стакану 2–3 раза в день после еды.

Чай из листьев шиповника

Взять 1 ст. ложку измельченных листьев шиповника и залить 1 стаканом кипятка. Кипятить в течение 5 мин, настаивать 1 ч. Принимать по 1 стакану в день после еды.

Чай из клюквы

Взять 1 ст. ложку ягод клюквы и залить стаканом кипятка. Кипятить в течение 5 мин под крышкой. Настаивать 30 мин. Принимать по 1 стакану 3 раза в день.

Морс из клюквы

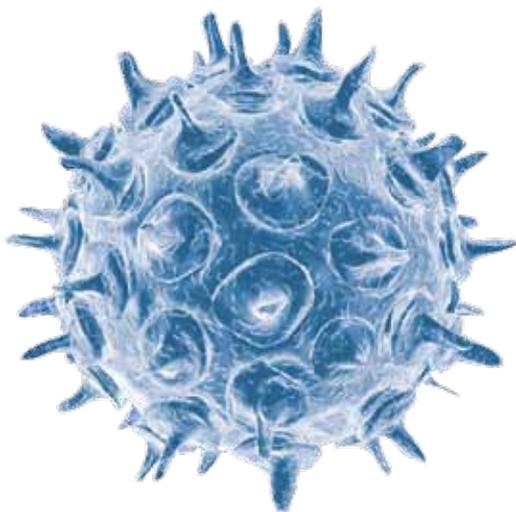
Взять 1 стакан ягод, промыть, отжать сок, поставить в холодильник. Выжимки залить 1 л горячей воды, прокипятить в течение 5–10 мин, процедить, охладить, добавить сок и сахар по вкусу. Принимать по 2–3 стакана в течение дня.



ВЕТРЯНАЯ ОСПА

Это одно из самых частых инфекционных заболеваний детского возраста, создающее массу дискомфорта детям и их родителям.

Возбудитель. Вирус ветряной оспы является ближайшим родственником вируса герпеса, вызывающего пузырьковую сыпь на губах или половых органах. Это ДНК-содержащий вирус размером 120–200 нанометров. Вирус быстро погибает на солнце, неустойчив к дезинфицирующим препаратам, но может долго сохраняться в холоде и сырости. Передается воздушно-капельным путем. Может переноситься вместе с каплями слюны на значительные расстояния — до 20 метров.

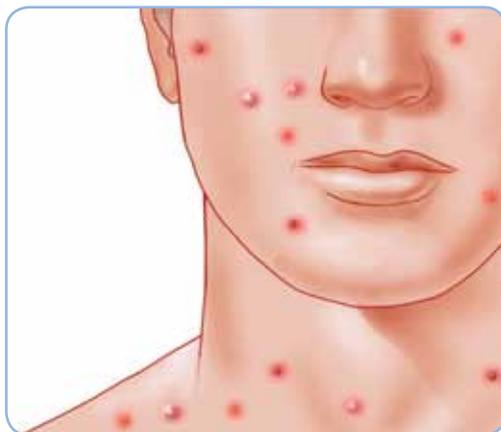


Симптомы. Инкубационный период составляет 11–21 день. Больной заразен с конца инкубационного периода до 5-го дня после появления последних элементов сыпи.

В продромальном периоде может появиться небольшая раздражительность, плаксивость, жалобы на плохое самочувствие, но заболевание может начаться и без такого недомогания.

В первые дни наблюдается повышение температуры до 37,5–38 °С, однако у маленьких детей, как правило, температура остается нормальной на протяжении всего заболевания.

Самый четкий и яркий признак ветрянки — появление сыпи. Сыпь возникает в виде розовых пятен, в течение нескольких часов в пятнах образуются уплотнения (их называют папулами), а затем однокамерные пузырьки, как при ожогах (ве-



зикулы), наполненные мутным содержимым. Через несколько дней пузырек лопается и подсыхает, образуя корочку. Высыпание идет волнами в течение 2–8 дней, поэтому в одно и то же время можно увидеть все стадии развития сыпи: где-то только образуется пятно, где-то сформировалась папула, где-то уже образовалась везикула, а где-то корочка. После выздоровления корочки высыхают и отпадают бесследно. Если их срывают ногтями при расчесывании, то на их месте образуются небольшие шрамики, часть которых со временем рассасывается, а часть остается на всю жизнь. Кожа за границами высыпаний не изменяется.

Сыпь сопровождается сильным зудом. Для ветрянки характерно появление элементов сыпи на волосистой части головы, сыпь также может появляться на слизистой рта и половых органов, где везикулы превращаются в язвочки (афты). Так как там постоянно присутствует условнопатогенная микрофлора, развивается вторичное воспаление, например афтозный стоматит.



На вирус ветрянки в организме формируется стойкий пожизненный иммунитет, повторные случаи заражения ветрянкой крайне редки.

Ветряная оспа впервые описана как самостоятельное заболевание в XVI веке итальянским врачом Гвидо Гвиди — уроженцем Флоренции, много лет работавшим во Франции, бывшим затем личным врачом герцога Козимо I Медичи.

Лечение. Применяется симптоматическая терапия. Элементы сыпи смазывают водными (не спиртовыми) растворами анилиновых красителей, используемых в медицине в качестве дезинфицирующих средств. Корочки можно обрабатывать вазелином или жирным кремом. Пока появляются новые элементы сыпи, больного нельзя купать. Осторожно можно помыться только тогда, когда все пузырьки превратятся в корочки. Афты во рту и на половых органах присушивают перекисью водорода или раствором риванола.

В тяжелых случаях применяют противовирусную терапию, при гнойной осложнении — антибиотики.

Осложнения. У взрослых ветрянка протекает тяжелее. У них может быть ярко выраженный продромальный период, появление гнойного или кровавого содержимого в пузырьках, чаще развивается пневмония, энцефалиты (воспаления головного мозга), стоматиты, отиты, паротиты (воспаления околоушных желез). Также тяжело ветрянка может протекать и у детей, если их иммунитет ослаблен. Поэтому не следует пытаться специально заразить ребенка ветрянкой, чтобы он переболел, пока маленький. При неудачном стечении обстоятельств осложнения ветрянки — мозжечковая атаксия, поражение лицевого нерва, поражение глаз — могут испортить жизнь ребенку на долгие годы.



Описаны очень редкие случаи врожденной ветряной оспы, развившейся у детей, матери которых заболели во время беременности. Заболевание проявляется задержкой внутриутробного развития, рубцовыми изменениями кожи, пороками глаз, головного мозга, конечностей.

Профилактика. В РФ зарегистрированы 2 вакцины против ветряной оспы. Прививать детей против ветряной оспы можно с возраста 12 месяцев. Прививки рекомендуются также взрослым, не переболевшим ветрянкой в детстве.

На группу детского сада или на класс, в котором зафиксирован случай ветряной оспы, накладывается карантин на 21 день. Если дата общения с больным и возможного заражения точно установлена, карантин накладывают начиная с 11-го дня от этой даты.

Вирус ветрянки способен долгие годы сохраняться в корешках спинного мозга и спустя годы или десятилетия после первого заболевания при ослаблении иммунитета активироваться. Вирус распространяется вдоль нервных стволов на лице и на теле и вызывает сильные боли и появление сыпи. Заболевание опоясывающий лишай может проходить бесследно, до следующего рецидива болезни может оставлять после себя затяжные невралгии (боли по ходу нервов), парезы и параличи. Заболевание развивается у 10–20 % переболевших ветряной оспой.



В Северной Америке для вакцинации пожилых людей против опоясывающего лишая используется специальная вакцина.

КОРЬ

За последнее время корь стала чрезвычайно редкой болезнью, однако не менее опасной.

Возбудитель — РНК-содержащий вирус размером 120–500 нанометров. Плохо переносит высокую температуру и дезинфицирующие вещества, способен длительно сохраняться в холоде.

Вирус кори передается воздушно-капельным путем только от человека к человеку. По данным врачей, общение с больным в течение 24 часов



приводит к заражению 40 % людей, 48 часов — 60 %, а 72 часов — 80 %. После перенесения болезни создается стойкий пожизненный иммунитет.

Симптомы. Инкубационный период составляет 9–11 дней. При проведении в очагах инфекции профилактики путем введения иммуноглобулина он может возрасти до 21–28 дней. Начало острое, температура поднимается за несколько часов до 39 °С, утренняя температура может превышать вечернюю (при обычных лихорадках наоборот). Ярко выражены симптомы интоксикации. Развивается воспаление слизистых глаз (конъюнктивит), носа (ринит) и горла (ларингит), сопровождающееся насморком, сухим лающим кашлем, покраснением и раздражением глаз.

На 1–2-й день болезни на слизистой щек у коренных зубов часто появляются серовато-белые точки, окруженные красным венчиком, — так называемые пятна Бельского–Филатова–Коплика, являющиеся характерным симптомом и позволяющие установить диагноз кори еще до появления сыпи. Создается впечатление, что слизистая осыпана манной крупой или крошками булки. Одновременно можно наблюдать покраснение на твердом небе в виде пятен с четко очерченными границами — так называемую коревую экзантему. Пятна исчезают через 2–3 дня.

Сыпь проявляется, как правило, на 5-й день. Вечером 4-го дня температура обычно спадает, но на следующий день может достигнуть максимума за все время болезни. Коревая экзантема выглядит как крупные красные пятна с уплотнениями в центре. Постепенно уплотнения разглаживаются, а пятна сливаются, образуя причудливые фигуры с неровными краями. Сыпь появляется сначала



При кори может поражаться сердечно-сосудистая система и развиваться аритмия, что делает заболевание особенно опасным.

на лице и за ушами, затем последовательно захватывает на 2-й день туловище и руки, на 3-й — ноги. При этом сыпь на лице уже бледнеет.

Больной заразен 5 дней до дня появления сыпи и 5 дней после нее.

Первое описание кори дал в IX веке арабский врач Абу Бакр Мухаммад ибн Закария ар-Рази. В труде «Об оспе и кори» ар-Рази дал классическое описание этих болезней, отметив невосприимчивость к повторному заболеванию; применял оспопрививание.

Лечение в основном симптоматическое. Рекомендуются строго соблюдать постельный режим (не допускать дополнительной нагрузки на сердце), щадить глаза (создать в комнате сумеречное освещение), полоскать рот слабым содовым раствором. Ослабленным больным вводится противокоревой иммуноглобулин. При возникновении осложнений больной нуждается в стационарном лечении, назначении капельниц, антибиотиков.

Профилактика. В детских учреждениях на контактных с больным детей накладывается карантин на 17 дней.

В качестве срочной профилактики людям, контактировавшим с больным, может вводиться противокоревой иммуноглобулин. Эта мера не сводит риск заражения к нулю, но заболевание протекает легче и реже дает осложнения.

То же касается заболевания у привитых людей. Прививки против кори, краснухи и паротита проводятся дважды: в возрасте 12 месяцев и в 6 лет.

Осложнения. Непосредственно после болезни могут развиваться пневмонии и воспаления мозга (менингиты и энцефалиты).

Коварство вируса кори состоит в том, что он может оставаться в организме человека годами и вызывать так называемые медленные инфекции — болезни с длительным ин-

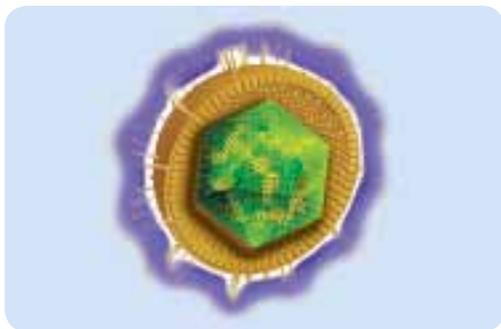


Если плановая прививка пропущена, можно привиться в любом возрасте. Это важно помнить взрослым, у которых корь протекает особенно тяжело.

кубационным периодом и тяжелым течением с поражением центральной нервной системы. Это заболевание характеризуется распадом функций памяти, внимания, способности к обучению, апатией, потерей способности к осмысленной речи и письму, парезами и параличами. К счастью, оно достаточно редкое.

КРАСНУХА

Болезнь, которая чаще имеет легкое течение и у взрослых, и у детей, но может доставить много неприятностей беременным.



Возбудитель — РНК-содержащий вирус размером всего 60–70 нанометров. При комнатной температуре выживает в течение нескольких часов, неустойчив к солнечным лучам и дезинфекции.

Передается от человека к человеку воздушно-капельным путем. Для инфицирования требуется более тесный контакт, чем при ветрянке и кори. Зато заразность вируса очень высока: заболевает 100 % людей, контактировавших с больным и не имеющих иммунитета после болезни или после прививки. Дети до года часто имеют пассивный иммунитет, переданный от матери. После заболевания развивается стойкий пожизненный иммунитет.

Симптомы. Инкубационный период составляет 16–20 дней, в отдельных случаях может сокращаться до 11 дней или удлиниться до 24.

Продромальный период может продолжаться 1–3 дня, симптомы общего недомогания выражены слабо, могут совсем отсутствовать. Могут наблюдаться небольшое повышение температуры, боли в мышцах и суставах. Возможно также покраснение горла, легкий насморк, отечность лим-



Эпидемии краснухи повторяются примерно каждые 10 лет.

фатических узлов, которая вообще является характерным признаком краснухи.

Краснушная сыпь появляется на 3-й день болезни, но может и на 1-й (без продромального периода). Сыпь выглядит как пятна бледно-розового или красного цвета, круглые, с четкими краями, не склонными к слиянию. Высыпают сначала на лице, но очень быстро и без какой бы то ни было упорядоченности распространяются по всему телу. Сыпь исчезает бесследно через 1–3 дня.

Температура в момент высыпания повышается до 38 °С, усиливается насморк, боли в горле, может развиваться кашель, конъюнктивит. Воспаление в лимфатических узлах усиливается.

У взрослых заболевание протекает тяжелее, чем у детей.

Впервые краснуха была описана в 1740 году немецким терапевтом Ф. Хофманом. В 1881 году заболевание официально выделено в отдельную нозологическую форму.

Лечение симптоматическое. Рекомендуется легкая диета, обильное питье, поливитамины. При развитии осложнений может потребоваться госпитализация и интенсивная терапия.

Осложнения — артриты, пневмонии. Редкое и тяжелое осложнение — энцефалит.

Профилактика. Карантин по краснухе не объявляется, но заболевшие изолируются с момента выявления заболевания вплоть до 5-го дня после появления сыпи.

Согласно календарю прививок, утвержденному на территории России, вакцинацию против краснухи проводят для детей в возрасте от 1 года независимо от их пола.

Если женщина заражается краснухой при беременности, то велика вероятность рождения ребенка с пороками сердца, катарактой, поражением органов слуха, расщеплением твердого неба («волчья пасть»). При заражении на 3–4-й неделе беременности уродства развиваются в 60 % случаев, на 9–12-й неделе — в 15 %, на 13–16-й неделе — в 7 % случаев.

Чтобы свести риск к минимуму рекомендуется прививать девочек в 14–15 лет, если не были привиты в раннем возрасте, и женщин за 3 месяца до предполагаемой беременности.



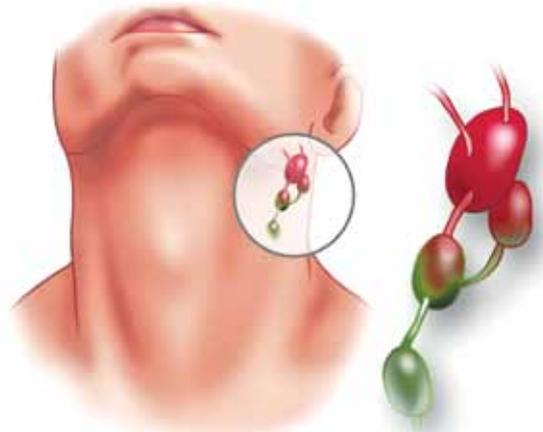
Если женщина привьется, будучи беременной и не зная об этом, нет необходимости в прерывании беременности: в мире не зарегистрировано случаев развития краснухи у плода после прививки.

ПАРОТИТ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ

Известен также под народным названием «свинка», поскольку при воспалении околоушных слюнных желез лицо приобретает округлую форму.

Возбудитель — РНК-содержащий вирус. Передается воздушно-капельным путем. Заболевание вызывает стойкий, пожизненный иммунитет. Вирус чувствителен к факторам внешней среды, но длительно сохраняется при низких температурах.

Симптомы. Инкубационный период длится 11–23 дня. Возможен короткий продромальный период, но чаще всего заболевание начинается с подъема температуры до 39–40 °С и тупых тянущих болей в околоушной области. Снизу и позади уха возникает припухлость, ушная раковина оттопыривается. Кожа растягивается, может блестеть, но сохраняет нормальную окраску. Припухлости болезненны, движения головой вызывают боль, может возникнуть шум в ушах, головокружение, сухость во рту вследствие снижения слюноотделения. Возможно также поражение подъязычной и подчелюстной слюнных желез. Максимум отека развивается на 3–5-й день болезни, через 7–10 дней отек проходит.



Тяжелые формы характеризуются высокой температурой (40 °С и выше), длительным ее повышением (до 2 недель и более), резко выраженными признаками общей интоксикации: резкая слабость, сердцебиение, снижение артериального давления, нарушение сна, отсутствие аппетита.

Больной заразен в течение примерно 10 дней от начала заболевания.

Вирус паротита из крови больного впервые выделил Л. Килэм в 1949 году, из ткани яичек при их биопсии — Б. Бьёрват в 1973 году.

Лечение симптоматическое. Назначают противовоспалительные средства, анальгетики. Рекомендуют строгий постельный режим, щадящую диету, полоскания рта дезинфицирующими средствами.

Осложнения. У маленьких детей наиболее частым осложнением является менингит. Также иногда развиваются панкреатит (воспаление поджелудочной железы), который приводит к сахарному диабету, воспаление яичек у мальчиков и яичников у девочек, приводящее к бесплодию.



Паротит вызывает поражение слуха и глухоту.

Профилактика. Больного изолируют вплоть до 9-го дня от начала болезни.

Вакцинация против паротита проводится двукратно — в возрасте 12 месяцев и 6 лет детям, не болевшим эпидемическим паротитом. Экстренную профилактику проводят детям с 12 месяцев, подросткам и взрослым, не болевшим паротитом, не привитым ранее, а также имевшим контакт с больными. При отсутствии противопоказаний вакцину вводят не позднее 72 часов с момента контакта с больным.



НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА

Болезнь, которая усилиями врачей и эпидемиологов всего мира была ликвидирована на земном шаре.

Возбудитель — ДНК-содержащий вирус натуральной оспы.

Попав в организм, вирус размножается в лимфатической системе, затем с кровью попадает во внутренние органы, снова размножается в местных иммунных клетках и вновь поступает в кровь, что соответствует появлению первых симптомов болезни.

Натуральная оспа является антропонозом, то есть заболевание передается от человека к человеку воздушно-капельным путем.

Известны также вирусы оспы обезьян и корьей оспы (несмотря на название, источником инфекции чаще всего служат кошки, которые едят инфицированных мышей и полевок). Эти два вируса также могут вызывать заболевания людей, протекающие гораздо легче, чем натуральная оспа.

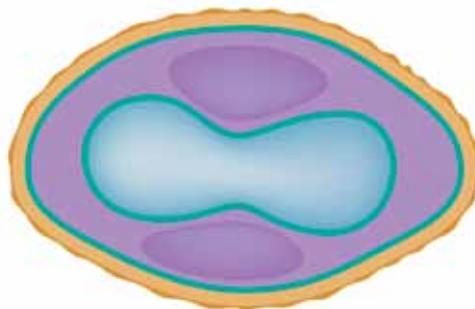
Симптомы. Инкубационный период составляет 5–22 дня. Продромальный период — 3–4 дня. Наблюдаются лихорадка, которая снижается к концу продормального периода, боли в пояснице, головные боли, рвота.

На 2–3-й день появляются первые высыпания: как правило, на груди и на бедрах. Затем сыпь возникает на лице и на всей поверхности тела: пятна уплотняются, превращаются в многокамерные пузырьки.

С 7–8-го дня пузырьки нагнаиваются, снова поднимается температура, появляются признаки поражения центральной нервной и сердечно-сосудистой систем.

На 5–17-й день пустулы вскрываются и подсыхают с образованием зудящих корочек, которые затем (на 4–5-й неделе) опадают. На их месте остаются шрамы (оспины).

От оспы умерли: Мария II (королева Англии), Иосиф I (император Священной Римской империи), Луис I — король Испании, индийская принцесса Покахонтас, Петр II — внук и наследник Петра I, король Франции Людовик XV, Мехмед, сын Сулеймана Великолепного, сын и две дочери императрицы Марии-Терезии, японские императоры Коме, Хигасияма, Комэй.



Лечение. Для лечения использовались человеческий иммуноглобулин, антибиотики, дезинтоксикационная терапия. Летальность при неосложненном течении болезни достигала 15 %, при осложнениях — 80–90 %.

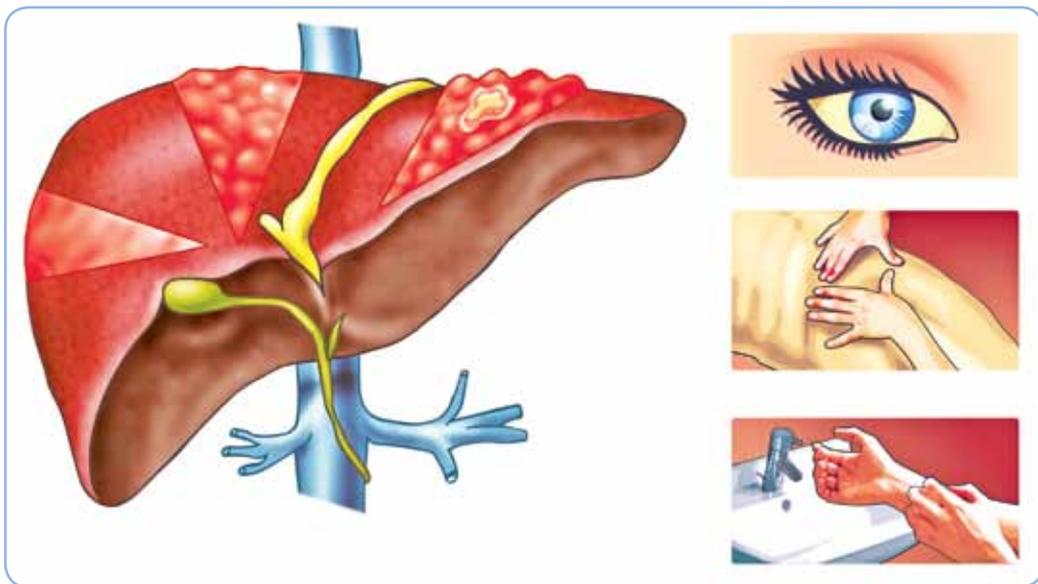
Осложнения. Тяжелыми осложнениями интоксикации при оспе были сердечная недостаточность и инфекционно-токсический шок.

Профилактика. Безопасные прививки против оспы были разработаны в конце XVIII века. И с тех пор оспопрививание стало широко распространенным мероприятием.

Первыми привитыми в России были Екатерина II Великая, великий князь Павел Петрович и великая княгиня Мария Федоровна. Крестьянскому мальчику Маркову, от которого была привита оспа императрице, было присвоено дворянство, фамилия Оспенный и герб.



! В 1967 году ВОЗ приняла решение об искоренении натуральной оспы с помощью тотальной вакцинации. Последний случай заражения натуральной оспой зафиксирован в Сомали в 1977 году. Официально об искоренении оспы было объявлено в 1980 году на Ассамблее ВОЗ.



ГЕПАТИТ А

Гепатит А (болезнь Боткина, желтуха, «болезнь грязных рук») считают самым безобидным из всей «семейки» вирусных гепатитов.

Возбудитель — РНК-содержащий энтеровирус. Он устойчив во внешней среде, при комнатной температуре сохраняется несколько дней или месяцев. Уничтожается солнечным светом, кипячением, дезинфекционными средствами.

Передается от человека к человеку через пищу, воду и грязные руки. В желудочно-кишечном тракте вирус размножается в стенках кишок, затем поступает в кровь. С током крови попадает в печень, оседает в ее клетках и снова начинает размножение, встраиваясь в геном клеток печени и заставляя их продуцировать новые вирусы, разрушающие печеночные клетки. С током желчи вирус вновь попадает в желудочно-кишечный тракт и с фекалиями выходит наружу.

Иммунная система быстро распознает и уничтожает вирус, но ее работа приводит к дополнительной гибели клеток печени, в результате чего содержащийся в них пигмент билирубин (в норме входящий в состав желчи) попадает в кровь, и у больного развивается желтуха. Только на этом этапе, как правило, ему ставится верный диагноз.

С. П. Боткин первым установил инфекционный характер гепатита А.

Симптомы. Инкубационный период составляет в среднем 21–28 дней. Прдромальный период продолжается обычно 5–7 дней и соответствует выходу вирусов из стенок кишечника в кровь. Может наблюдаться подъем температуры до 38–39 °С, сопровождающийся общей слабостью, головной болью, иногда насморком и кашлем. Одновременно могут присутствовать потеря аппетита, чувство тяжести в области желудка, тошнота, рвота. Однако симптомы прдромального периода могут ограничиваться только сильной слабостью, потерей аппетита и работоспособности, повышенной утомляемостью, головокружениями.

По мере нарастания желтухи билирубин не попадает в желчные протоки и в кишечник, но фильтруется почками из крови. В результате моча темнеет (становится по цвету как темное пиво), а кал светлеет до цвета белой глины. Затем желтым цветом окрашиваются склеры, и наконец — вся кожа. Печень увеличивается, становится болезненной при пальпации. В биохимическом анализе крови повышен билирубин и печеночные ферменты. Желтуха длится в среднем 2–3 недели, иногда затягиваясь до 2–3 месяцев. Затем она постепенно выцветает, печень сокращается, слабость, тошнота и плохой аппетит проходят. Больной выздоравливает.

Гепатит может протекать и в безжелтушной форме, тогда диагноз поставить очень

сложно. Врачи обращают внимание на слабость, увеличенную печень, отклонения в анализах. Заболевание в подавляющем большинстве случаев заканчивается полным выздоровлением и почти никогда не приводит к циррозу печени.

Антитела к вирусу гепатита А обнаруживаются (по разным данным) в крови от 60 до 97 % взрослого населения. Это говорит о том, что большинство заболеваний протекает без желтухи и не распознается.

Лечение. Как правило, применение терапевтических средств не требуется. Достаточно разгрузить печень, для этого рекомендуется постельный режим и диета.

При тяжелом течении болезни проводится дезинтоксикационная терапия.

В период выздоровления назначается витаминотерапия, желчегонные препараты.

Осложнения. Иногда, при слабой иммунной системе, болезнь приобретает рецидивирующий характер: повторяются эпизоды заболевания в течение полугода после первого заражения.



Профилактика. Больной заразен с конца инкубационного периода до первых дней желтухи, то есть в тот момент, когда диагноз, как правило, еще не выставлен. На контактных накладывается карантин на 35 дней. Заболевшие изолируются на 28 дней. В очагах проводится дезинфекция. Особое внимание уделяют больным и контактным, работающим на пищевых предприятиях.

В настоящее время существуют вакцины против гепатита А. Их рекомендуется вводить: детям и взрослым, ранее не болевшим гепатитом А, людям, направляющимся в районы с высоким уровнем передачи гепатита А (туристы, контрактники, военнослужащие), медицинскому персоналу инфекционных отделений, воспитателям и персоналу детских дошкольных учреждений, работникам общественного питания и водоснабжения.

Прививки проводятся начиная с трехлетнего возраста по индивидуальному графику, разработанному иммунологом. Срок действия вакцины — от 6 до 10 лет.



Желчегонным и защищающим печень действием обладают следующие травы: кукурузные рыльца (части початка кукурузы), барбарис амурский, бессмертник песчаный, расторопша пятнистая. Применяют только по назначению врача.

ГЕПАТИТ В

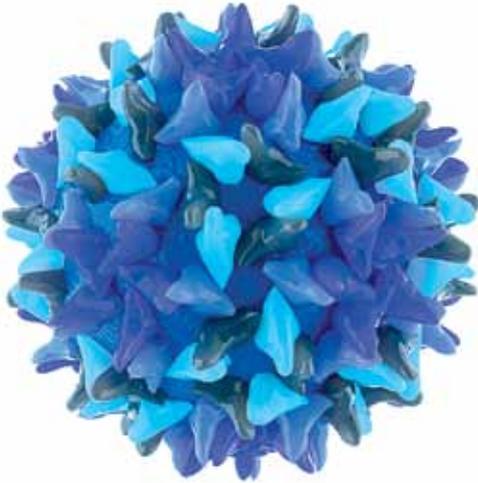
Это системное вирусное заболевание, которое характеризуется поражением печени и различными внепеченочными проявлениями с гораздо более серьезными последствиями, чем гепатит А.

Возбудитель — ДНК-содержащий вирус, устойчивый к внешней среде (при комнатной температуре может сохраняться до 10 лет), к обычным дезинфицирующим средствам, погибает только при стерилизации автоклавированием или сухим паром.

Вирус передается от человека к человеку при половом контакте, пользовании одним шприцем у наркоманов или одной бритвой, ножницами, зубной щеткой, при переливании крови, во время хирургических операций, гинекологических и стоматологических процедур, а также внутриутробно от матери младенцу.

Попав в организм, вирус размножается в клетках печени и вызывает иммунную реакцию. Поражение печени связано в основном с аутоиммунными механизмами.

ВИРУС ГЕПАТИТА В



Д. Дейн в 1970 году впервые выделил новый вирус гепатита, тем самым обосновав существование новой нозологической формы, — вирусный гепатит В.

Симптомы. Инкубационный период длится 50–180 дней. Иногда протекает бессимптомно или без желтухи, только с симптомами продромального периода.

В продромальном периоде могут отмечаться слабость, повышенная сонливость, головные боли, головокружения, боли в суставах (больше ночью), может появляться сыпь на коже, очень редко повышаться температура. Такое неопределенное состояние может продолжаться 5–10 дней, но может и затягиваться до 3–4 недель.

Если желтуха развивается, то вначале желтеют склеры глазных яблок и ротовая полость, особенно в области твердого нёба, затем в желтый цвет окрашивается кожа. Происходит это за счет попадания в кровь большого количества желчного пигмента билирубина из разрушенных клеток печени. Билирубин раздражает нервные окончания кожи, вызывая кожный зуд. Одновременно появляются боли и ощущение тяжести в правом подреберье, особенно после еды, которые также говорят о развитии воспаления в печени. Врач при обследовании может найти увеличенную печень. Обычно все признаки желтухи выражены слабее,

чем при гепатите А. Стул может обесцвечиваться, моча — темнеть. Желтушная стадия длится от 2 до 6 недель.

В стадии выздоровления все симптомы постепенно угасают. Как правило, дольше всего держится астенический синдром: слабость и повышенная утомляемость. Также в этот момент наиболее вероятно развитие осложнений. Прогноз благоприятный. В остром периоде умирает только 1 % больных. Больной заразен с середины инкубационного периода, в течение всей болезни и в периоде носительства (если оно формируется).

Существует много типов вирусов гепатита, вызывающих заболевания печени. Например, гепатит Е, передающийся фекально-оральным путем и сходный по клинике с гепатитом А; гепатиты С и D, передающиеся с кровью и похожие на гепатит В. Гепатит D, как правило, развивается вместе с гепатитом В и утяжеляет его течение. Гепатит С чаще всего протекает бессимптомно и проявляется только на стадии осложнений. Он часто дает хронические формы и приводит к циррозу печени у 20–40 % больных, также при нем выше процент развития рака печени.

Лечение. Для правильной диагностики, кроме оценки клинических данных (жалоб и симптомов болезни, эпидемиологических данных о контактах, могущих привести к заражению), решающее значение имеет обнаружение в крови больного антигенов, характерных для различных вирусов гепатита.

Специфической терапии не существует. В острой стадии назначают щадящую диету, общеукрепляющие препараты. По показаниям проводится дезинтоксикационная терапия, при развивающихся осложнениях — лечение в палате интенсивной терапии.

При хронических гепатитах назначают противовирусные препараты, ферменты, препараты, улучшающие деятельность печени и кишечника, препараты, подавляющие аллергические реакции.

Осложнения. При очень сильной иммунной реакции развивается массивная гибель клеток печени и так называемая злокачественная форма гепатита, которая протекает тяжело и может привести к печеночной недостаточности, печеночной коме и к гибели больного.

При недостаточном иммунном ответе (что встречается гораздо чаще) гепатит приобретает хроническую форму (у 10–15 %). На фоне постоянной слабости, утомляемости, нарушений сна развиваются симптомы нарушений пищеварения, вызванных недостаточной продукцией желчи: отсутствие аппетита, ухудшение переносимости жирной пищи, тошнота и дискомфорт в правом подреберье после еды. Печень постоянно увеличена. У 30–40 % больных хроническим гепатитом развивается цирроз печени — разрастание в печени соединительной ткани, нарастание печеночной недостаточности, нарушения свертываемости крови, отеки, варикозные изменения вен, кровотечения.

Другое тяжелое осложнение хронического гепатита — рак печени.



В соответствии с Национальным календарем профилактических прививок РФ в поликлиниках по месту жительства за счет государственного финансирования можно привиться против гепатита В всем детям любого возраста и взрослым до 55 лет. Стоит привиться против гепатита В женщинам, планирующим беременность.

Профилактика:

- контроль донорской крови и стерильности инструментов при медицинских манипуляциях
- пропаганда безопасного секса с использованием презерватива
- профилактика наркомании
- вакцинация против гепатита В

Вакцинация проводится детям в роддоме, вторую прививку проводят в месяц, третью — в 6 месяцев. Эти прививки обеспечивают достаточный иммунитет примерно до 22 лет, после чего вакцинацию можно повторить.

Хронический гепатит В не служит противопоказанием к беременности. Хотя при беременности и родах у таких женщин риск развития осложнений выше. Роды у рожениц с острым вирусным гепатитом В проводят в специализированных инфекционных стационарах. Беременные с хроническим гепатитом В и носительницы HBsAg должны рожать в специализированных отделениях роддомов со строгим соблюдением противоэпидемиологических мероприятий.



ДИЕТА ПРИ ОСТРЫХ ГЕПАТИТАХ

Пища принимается 5 раз в день в теплом виде.

Хлеб и мучные изделия

Рекомендуют подсушенный или вчерашней выпечки пшеничный хлеб, несдобное печенье.

Исключают свежий и ржаной хлеб, изделия из слоеного и сдобного теста.

Мясо и птица

Рекомендуют нежильстую и нежирную говядину, индейку, курицу без кожи, кролика — в виде котлетной массы. Разрешено готовить на пару или варить.

Исключают жирные сорта утки, гуся, мозги, печень, почки, копчености, колбасы, консервы, обжаренное и тушеное мясо куском.

Рыба

Рекомендуют вареную, нежирную паровую рыбу, изделия в виде котлетной массы (пюре, суфле) из вареного продукта, заливную рыбу на отваре из овощей.

Исключают жирные виды рыб, копченые, тушеные, жареные, соленые, икру и консервы.

Яйца

Рекомендуют белковый паровой омлет, $\frac{1}{2}$ –1 желток в день в других блюдах.

Исключают все остальные виды приготовления.

Молочные продукты

Рекомендуют молоко (если есть переносимость), кисломолочные напитки, нежирный и нежирный творог (блюда из него, но протертые и паровые), сметану (небольшое количество в основных блюдах), неострый и тертый сыр.

Исключают жирный и кислый творог, острый сыр, сливки и натуральное молоко при энтероколите.

Жиры

Рекомендуют сливочное и растительное рафинированное масло (ограниченное количество).

Исключают все другие жиры.

Крупы, макароны и бобовые

Рекомендуют молочные каши (1:1 с водой) из манки, протертых овсяных хлопьев, гречи, разваренного риса. Манное, рисовое и гречневое суфле, вареную вермишель.

Исключают перловку, пшено, ячневую крупу, рассыпчатые каши, бобовые и макароны.

Овощи

Рекомендуют приготовленные на пару либо сырые и протертые, пюре и суфле. Кабачки и тыквы должны быть вареные или тушеные кусками.

Исключают редьку, репу, редис, капусту, шпинат, щавель, лук, чеснок, грибы, а также соленые, квашеные и маринованные овощи.

Супы

Рекомендуют молочные супы (1:1 с водой), вегетарианские супы с крупами (овощи должны быть протертые), супы-пюре. Заправлять можно сметаной или сливочным маслом.

Исключают рыбные, мясные, грибные бульоны, а также супы с непротертыми крупами и овощами.

Фрукты, ягоды и сладости

Рекомендуют сладкие и спелые ягоды и фрукты (сырые и непротертые, печеные и вареные), кисель, зефир, желе, мусс, пастилу, мед, варенье, сахар.

Исключают твердые и кислые фрукты, ягоды с жесткими зернами, халву, шоколад, сладости с кремом и мороженое.

Соусы и пряности

Рекомендуют соусы на отваре из овощей или слизи из круп, фруктово-ягодные и молочные.

Исключают любые пряности.

Напитки

Рекомендуют чай с молоком и лимоном, заменитель кофе с молоком, отвар из шиповника, томатный сок, сладкие ягодные и фруктовые соки.

Исключают натуральный кофе, какао, газированные напитки и напитки в холодном виде.

НАРОДНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ГЕПАТИТАХ

Чай из корней одуванчика

1 ч. ложку мелко нарезанного корня заварить 1 стаканом кипятка, настаивать 20 минут, охладить, процедить. Принимать по $\frac{1}{4}$ стакана 3–4 раза в день.

Отвар из рылец кукурузы обыкновенной

Взять 10 г кукурузных рылец и залить 1,5 стаканами воды, кипятить 30 минут. Принимать по 1–3 ст. ложки через 3–4 ч.

Настой из рылец кукурузы обыкновенной

Взять 10 г кукурузных рылец и залить 1 стаканом кипятка. Охладить. Принимать по 1–3 ст. ложки через 3–4 ч.

Отвар из корня лопуха большого

1 дес. ложку измельченного корня лопуха большого залить 300 мл воды и кипятить 15 мин. Настаивать 30 мин, процедить. Принимать по 1 ст. ложке 3–4 раза в день после еды.

Отвар из плодов рябины обыкновенной

1 дес. ложку измельченных плодов рябины обыкновенной залить 1 стаканом кипятка и кипятить 20 мин. Настаивать 3–4 ч. Принимать по 1 ст. ложке 3–4 раза в день после еды.

Отвар из травы почечного чая

3 ст. ложки сырья залить 1 стаканом горячей воды, кипятить 15 мин, охладить 45 мин, процедить, довести объем до исходного. Принимать по $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{3}$ стакана 2–3 раза в день за 30–40 мин до еды.

Настой из корзинок ромашки аптечной

1 ст. ложку сырья залить 1 стаканом горячей воды, настаивать 15–20 мин и процедить. Принимать по $\frac{1}{2}$ стакана 2 раза в день.

Чай из расторопши пятнистой

Чай можно приготовить как из травы, так и порошка расторопши: 1 ч. ложку сырья залить стаканом кипятка и настаивать 10–20 мин, процедить. Чай пить горячим, небольшими глотками, по 1 чашке утром натощак, за 30 мин до обеда и вечером перед сном.

Чай из зверобоя и тысячелистника

Смешать в равных частях траву зверобоя и тысячелистника. На 1 стакан кипятка взять 1 ст. ложку смеси. Настаивать 30 мин. Принимать по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день за 30 мин до еды.

Отвар семян фенхеля

1 ч. ложку семян заварить 1 неполным стаканом кипятка, настоять 10 мин и пить по 1 ст. ложке 4–5 раз в день до еды или через 1 ч после нее.





КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ

Вирусное заболевание, передающееся через укусы клещей.

Возбудитель — РНК-содержащий вирус, который за время своего жизненного цикла меняет нескольких хозяев. Вирус хорошо сохраняется при низких температурах и в высушенном состоянии, но погибает при комнатной температуре, на солнечном свете, при кипячении и обработке дезинфицирующими растворами. Широко распространен в природе, у грызунов, хищников, птиц. От них заражаются кусающие их клещи, которые, кусая человека, передают возбудителя ему. Также возможна передача через домашних животных.

Попав в организм человека, вирус размножается в лимфатической системе, а затем поражает нервную систему.

Вирус клещевого энцефалита впервые был выделен в 1937 году Л. Зильбером и его сотрудниками из мозга умерших, крови и ликвора больных, а также из иксодовых клещей и диких позвоночных животных Дальнего Востока.

Симптомы. Инкубационный период продолжается 3–21 день. Примерно в 10 % случаев развиваются симптомы продромального периода. Кроме обычных слабости, утомляемости и головной боли, тошноты и рвоты могут быть слабые боли в спине по ходу межреберных нервов, боли в глазах, повышение чувствительности, светобоязнь.

Энцефалит может протекать как обычная лихорадка — в легких случаях 3–5 дней, с выздоровлением в течение 3–5 недель, в тяжелых — до 12 дней с выздоровлением в течение 1,5–2 месяцев.

Температура, как правило, высокая, около 40 °С, сопровождается ознобами, мучительной головной болью, ломотой в суставах. Больные заторможены, безучастны, иногда бредят. Постепенно развиваются симптомы поражения центральной нервной системы: нарушения чувствительности, особенно на кистях и стопах (симптом «перчаток» и «носков»), двоение в глазах, парезы и параличи, судороги. Лицо краснеет, набухают сосуды в склерах и на конъюнктиве.

Позже, когда вирусное воспаление охватывает весь головной мозг, отмечаются упорные головные боли, рвота, потеря сознания, вплоть до коматозного состояния, или, наоборот, развивается психомоторное возбуждение с утратой ориентации во времени и пространстве.

Тоны сердца приглушены, давление снижено, может развиваться дистрофия сердечной мышцы и сердечная недостаточность.

Заразиться клещевым энцефалитом можно выпив некипяченое молоко больных коров или коз. В этом случае наблюдаются две волны лихорадки продолжительностью от 2 до 15 дней и интервалом от 1 до 2 недель, поэтому такую форму энцефалита называют двухволновой лихорадкой. Во время первой волны преобладают симптомы интоксикации, во время второй — симптомы поражения нервной системы. Заболевание быстро проходит без остаточных явлений. Для того чтобы избежать его, достаточно кипятить молоко перед употреблением.

Лечение. Терапевтическим средством является человеческий иммуноглобулин, который содержит антитела к вирусу клещевого энцефалита.

Также назначают противовирусные препараты. В качестве симптоматической терапии применяют дезинтоксикационные и противосудорожные средства, сердечные стимуляторы, борются с отеком мозга, с сердечной и дыхательной недостаточностью.

В периоде выздоровления необходимы общеукрепляющие средства, массаж, ЛФК и физиотерапия для устранения последствий параличей.

Осложнения. Тяжелым осложнением, приводящим к смерти, является сердечная недостаточность. Парезы могут привести к атрофии мышц.

Профилактика. Пик заболеваемости энцефалитом приходится на весну, второй невысокий подъем — на конец лета, но в целом заразиться можно в любой момент на протяжении теплого времени года.

- В периоды интенсивного размножения клещей не рекомендуется ходить в лес. Если это необходимо, нужно применять меры защиты. Идеальна специальная одежда с накомарником, но если ее нет, стоит выбрать одежду светлых тонов, заправлять верхнюю одежду в штаны, а штаны — в носки. Голову прикрывать капюшоном или головным убором.
- Можно обрабатывать одежду специальным средством, отпугивающим клещей. Существуют также средства для обработки садового участка. Они не подходят для обработки в доме, поэтому, если есть опасность того, что клещи попали в дом, нужно убрать ковры и провести уборку с использованием пылесоса.
- Во время походов по лесу, следует регулярно осматривать свою одежду и спутников. Придя домой, снять одежду, осмотреть ее и тело, принять душ.
- Если обнаружили присосавшегося клеща, необходимо снять его как можно раньше. Для извлечения можно использовать пинцет, прокрутив тело клеща против часовой стрелки вокруг оси, или обвязать хоботок ниткой и, расшатывая

клеща, аккуратно тянуть нить за оба конца. Важно, чтобы в коже не остались голова клеща и хоботок. Если при извлечении клеща в ранке осталась головка (небольшая черная точка), для начала следует обработать ранку спиртом, а затем извлечь головку прокаленной на огне иголкой.

- После извлечения клеща рану необходимо обработать йодом или спиртом. Клеща сохранить и отдать в лабораторию (их адреса публикуются на стендах поликлиник). Если с момента укуса прошло не более 3 суток, можно в течение 3 дней вводить иммуноглобулин. Затем, если в теле клеща выявлены возбудители энцефалита или других инфекций, необходимо в течение 3 недель наблюдать за состоянием, регулярно измерять температуру.

Существуют вакцины против клещевого энцефалита — живая и инактивированная, которые (одну на выбор) необходимо вводить ежегодно в конце зимы — начале весны. Вакцины можно применять у детей старше года.



На Дальнем Востоке и в Японии существует заболевание, вызванное вирусом энцефалита, но передающееся при укусе комаров.

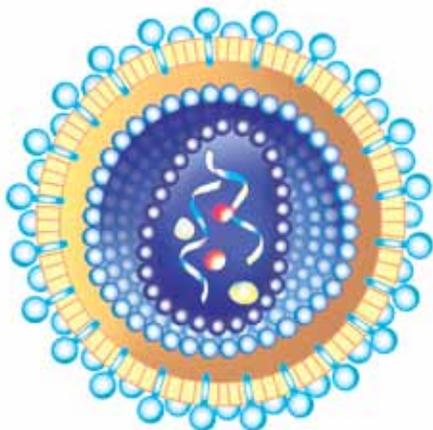
Еще одними из заболеваний, передающихся с укусами клещей, являются геморрагические лихорадки, которые вызываются различными видами вирусов. В России таким способом передаются лихорадка Крым-Конго, а также омская лихорадка, названные так по месту их первого описания. Для них характерно двухфазное течение. Первая фаза: лихорадка и симптомы интоксикации, вторая — появление сыпи в виде кровоизлияний. Возможно развитие менингита и энцефалита. Течение заболеваний тяжелое, лечение проводится в стационарах. Применяются противовирусные препараты. Существуют вакцины, применяющиеся по эпидемиологическим показаниям в природных очагах инфекции.



СПИД

Это одна из важнейших и трагических проблем, возникших перед всем человечеством в конце XX века. Синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД) представляет собой заболевание вирусной этиологии, протекающее с поражением иммунной и нервной систем и проявляющееся развитием тяжелых инфекционных поражений и злокачественных новообразований.

ВИРУС ИММУНОДЕФИЦИТА



Возбудитель. ВИЧ — вирус иммунодефицита человека — относится к семейству РНК-содержащих ретровирусов. Способен поражать Т-лимфоциты человека, которые отвечают за клеточный иммунитет. Легко мутирует, вырабатывая нечувствительность к противовирусным препаратам. Во внешней среде не стоек, быстро погибает при нагревании, обработке перекисью водорода и хлорными дезинфицирующими средствами, однако устойчив к ультрафиолетовому облучению.

Максимальные концентрации вируса наблюдаются в крови, сперме, влагалищном секрете, грудном молоке, меньше — в слюне, слезах и поте.

Человек заражается при незащищенном половом контакте (риск около 30 %), при пользовании одной иглой с вирусоносителем, при переливании зараженной крови (вирус может сохраняться в консервированной крови несколько месяцев), а также при пользовании

одной бритвой или маникюрным набором, нанесении татуировок нестерильными инструментами, при пирсинге и так далее. Может передаваться трансплacentарно, а также при грудном вскармливании (риск около 20 %).

Попадая в организм, вирус внедряется в лимфоциты и может долгое время сохраняться в них, не вызывая заболевания. Как любые чужеродные тела, он вызывает иммунную реакцию, но благодаря быстрой изменчивости вирусу удается ускользнуть от иммунного ответа. Когда вирусы начинают разрушать иммунные клетки, организм остается беззащитным и погибает от вторичных инфекций, с которыми легко справляется здоровый человек.

Изучение эволюционных связей между организмами методами молекулярной биологии показало, что ВИЧ образовался в Западно-Центральной Африке в конце XIX или в начале XX века. СПИД был впервые описан Центрами по контролю и профилактике заболеваний США в 1981 году, а его возбудитель, ВИЧ, был описан в начале 1980-х.

Симптомы. Инкубационный период составляет от 2 недель до 6 месяцев. Больные в этот момент ВИЧ-положительны (в их крови можно выявить ВИЧ) и могут заражать других людей, но клинические проявления СПИДа у них еще не развиваются.

Первыми проявлениями ВИЧ-инфекции могут быть субфебрильная температура, слабо выраженные симптомы интоксикации, кашель и насморк, увеличение периферических лимфоузлов. Характерно, что после исчезновения симптомов ОРЗ лимфоузлы не уменьшаются, а сохраняются увеличенными до 3 месяцев. В крови можно обнаружить специфические изменения. Потом обычно заболевание переходит в бессимптомную фазу, во время которой человек считает себя здоровым.

Через 8–10 лет начинают развиваться вторичные инфекции, а также раковые заболевания. При этом отмечается лихорадка до 38 °С и/или понос в течение как минимум месяца, не купируемые обычными лекарственными средствами. Вес тела снижается, периферические лимфоузлы увеличены, может наблюдаться прогрессирующее слабоумие.

Ретровирусы отличаются интересным механизмом размножения. На основе своей цепочки РНК они синтезируют двойную спираль ДНК, которая встраивается в геном человека, также построенный из ДНК. С этой ДНК считывают информацию человеческие клетки и сами синтезируют РНК и белки капсулы, собирая новые ретровирусы.

Лечение. В диагностике помогает нахождение в крови антител к ВИЧ. Как и любой анализ, это исследование может проводиться только с согласия больного или, в случае недееспособности, его опекунов. По желанию человек может сдать кровь на исследование анонимно. Если при скрининговом обследовании выявлен положительный результат, его необходимо многократно проверить другими методами диагностики.



Лечение нужно начинать как можно раньше, тогда появляется возможность затормозить развитие СПИДа и его осложнений, максимально растянув бессимптомный период. Используются комплекс противовирусных препаратов.

Большое значение имеет регулярность приема, благодаря которой достигается постоянная концентрация препаратов в крови и вирус не успевает мутировать и выработать устойчивость.

Кроме того, применяются иммуностимуляторы, противоопухолевые препараты, противотуберкулезные препараты и другие.

Осложнения СПИДа многообразны. Это тяжело протекающие кандидозные инфекции (не только кожи, но и внутренних органов), герпес, вызывающий глубокие язвы, не проходящие в течение месяца, бронхит, пневмонию, туберкулез, сальмонеллезный сепсис, токсоплазмоз головного мозга; колиты, вызванные хламидиями; гепатиты, вызванные бактериями, простейшими или грибами; воспаления глаз, вызванные цитомегаловирусами, и так далее.

У больных СПИДом также развиваются раковые заболевания, характерные только для лиц пожилого возраста, такие как лимфома головного мозга, печени, пищеварительного тракта или саркома Капоши (разрастание венных капилляров в виде багрово-синюшного пятна или уплотнения).

Также могут отмечаться поражения кожи, сосудов, сердца, щитовидной железы и половых желез аутоиммунного генеза.

Профилактика. Благодаря переходу на одноразовые шприцы и системы для переливания, а также тестированию на ВИЧ-инфицирование донорской крови удалось значительно снизить количество заражений в лечебных учреждениях.

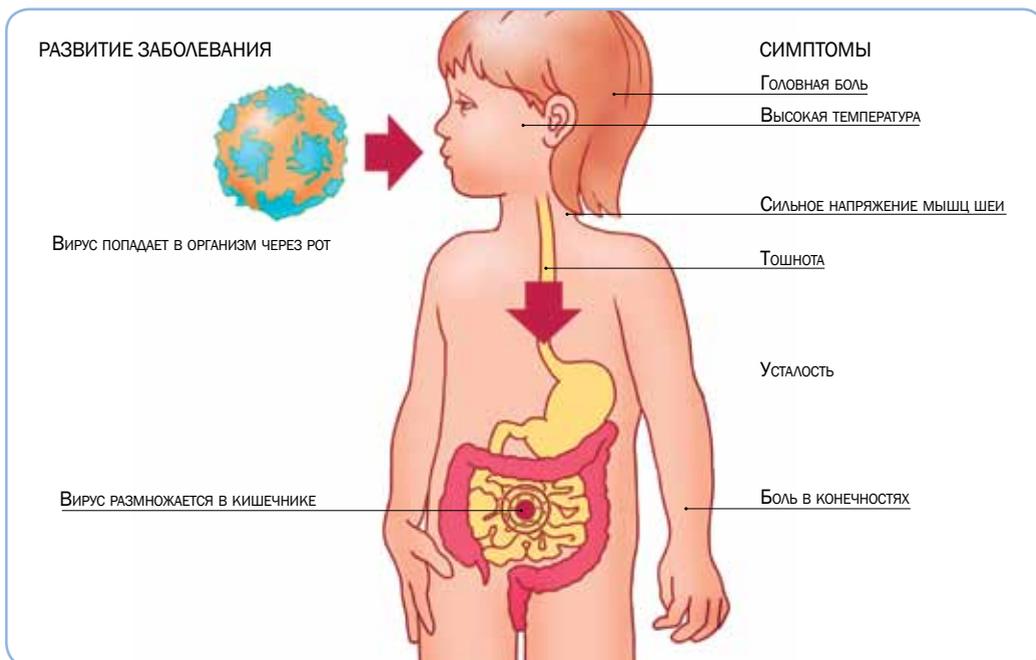
К другим мерам относится профилактика наркомании, пропаганда безопасного секса, доступность анонимного тестирования на ВИЧ.

При возникновении ситуаций, рискованных по заражению ВИЧ (например, если хирург глубоко порезал палец, оперируя ВИЧ-положительного больного), проводится экстренная химиопрофилактика. Такая же профилактика проводится детям, заразившимся трансплацентарно.

Вакцина против ВИЧ находится в разработке.



ВИЧ нельзя заразиться при бытовых контактах: при рукопожатии, пользовании одной посудой или одним унитазом, при поцелуях и так далее. Для того чтобы обезопасить маленьких детей, необходимо научить их не поднимать случайно найденные на улице шприцы и иглы.



ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ

Поносы, вызванные вирусами, — одна из самых легких и самых частых кишечных инфекций.

Возбудители — различные группы вирусов: ротавирусы, первовирусы, пикорнавирусы, энтеровирусы. Передаются через грязные руки, через загрязнение воды и пищи с помощью так называемого фекально-орального механизма. Иногда могут передаваться воздушно-капельным путем. Многие вирусы довольно устойчивы во внешней среде, уничтожаются кипячением и сильными дезинфицирующими средствами.



Симптомы. Инкубационный период короткий — от нескольких часов до 3–5 суток. Как правило, заболевание начинается с развития симптомов гастроэнтерита: рвоты, затем поноса. Стул частый, обильный, может быть зеленоватым, зловонным. К ним присоединяются симптомы интоксикации: подъем температуры, слабость, боли в мышцах, головокружение.

Позже возникают симптомы обезвоживания: сухость во рту, падение давления, могут развиваться нарушения сердечного ритма из-за снижения содержания электролитов (калия, кальция, магния).

Особой настороженности требуют боли в животе. Хотя незначительные тянущие боли по ходу кишечника могут появляться и при вирусных диареях, все же важно, чтобы больного осмотрел врач и исключил признаки «острого живота», требующие немедленного хирургического вмешательства.

При некоторых инфекциях (например, ротавирусных или энтеровирусных) могут возникать симптомы поражения верхних дыхательных путей: насморк, кашель и другие.

Лечение

- Щадящая диета с исключением острых, жирных, копченых блюд, молочных продуктов, газированных напитков, сырых

фруктов и овощей. В тяжелых случаях в первые дни кормить больного следует рисовым отваром, по мере улучшения медленно расширяя диету.

- Для борьбы с интоксикацией и поносом применяются адсорбенты, активированный уголь, глюконат кальция.
- Для восстановления в организме уровня жидкости и электролитов применяются такие растворы, как оралит и регидрон (готовятся из порошков).

Если их нет под рукой, можно приготовить смесь из отвара изюма или любых сухофруктов, сахара (около 1 ст. ложки на 1 л воды) и соли (около 1 ч. ложки на 1 л воды).

Или

Взять 8 ч. ложек сахара, 1 ч. ложку поваренной соли, сок 2 апельсинов или грейпфрутов и кипяченую воду до 1 л.

Принимать по стакану каждый час.

Борьба с обезвоживанием особенно важна при лечении маленьких детей, для них потеря жидкости опасна и может привести к смерти. В тяжелых случаях прибегают к внутривенному капельному введению жидкости и дезинтоксикационных растворов.

- Для восстановления работы пищеварительных желез кишечника назначают ферменты, помогающие переваривать пищу.

Осложнения. Тяжелым осложнением энтеровирусной инфекции является полиомиелит (развитие параличей). Большая часть энтеровирусных инфекций проходит как банальные диареи, но если иммунитет ослаблен, вирус может проникнуть через гематоэнцефалический барьер, вызвать менингит, энцефалит и временные или постоянные вялые параличи. Характерный признак: сохранение чувствительности при отсутствии подвижности.

Для лечения применяют препараты, улучшающие кровообращение и проведение электрических импульсов в нервной ткани, массаж, физиотерапию.

Профилактика. Основная мера профилактики — соблюдение правил личной гигиены.



Для предупреждения энтеровирусных инфекций и полиомиелита применяется вакцина, существующая в 2 разновидностях: инактивированная вакцина Сэбина и Солка, вводится внутримышечно, а также живая вакцина Смородничева, содержащая ослабленные вирусы, вводится через рот. Преимущества живой вакцины в том, что она повторяет естественный путь вируса и создает иммунитет не только в крови, но и в стенке кишечника, обезвреживая вирус на месте и не позволяя ему проникнуть в кровь.

Тяжелым осложнением применения живой вакцины является вакциноассоциированный полиомиелит (ВАП) (в среднем частота развития 1 на 2,5 миллиона доз). Это заболевание может развиваться при первом, реже при втором и крайне редко при третьем введении живой вакцины в тех случаях, когда ее привили ребенку с врожденным иммунодефицитом или СПИД-больному в стадии иммунодефицита или с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта.

Инактивированная полиомиелитная вакцина вызывает появления антител только в крови. Однако при ее использовании никогда не бывает вакциноассоциированного полиомиелита, и ее можно вводить детям с иммунодефицитом. Обе вакцины могут давать аллергические реакции, как любые белковые препараты.

Вакцинация от полиомиелита проводится в возрасте 3, 4, 5 и 6 месяцев; ревакцинация — в возрасте 18 и 20 месяцев, а затем в 14 лет.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ БАКТЕРИЯМИ

Бактериальные заболевания являются одними из самых частых заболеваний человека. Бактерия — это одноклеточный микроорганизм, который имеет клеточную стенку, в отличие от вирусов.

Одна или две бактерии практически не способны заразить человека, неспецифические и специфические защитные системы организма человека легко справятся со столь незначительной угрозой. Ослабленные штаммы бактерий также не представляют опасности для человека, они лишь способны сообщить иммунной системе о своих свойствах, чтобы в будущем иммунитет смог адекватно распознавать врага.



ДИФТЕРИЯ

Одно из самых тяжелых заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем и напоминающих симптомами простуду.

Возбудитель — коринебактерии, обладающие способностью вырабатывать токсины. (Нетоксигенные штаммы существуют, но не являются возбудителями заболевания.) Они устойчивы при низких температурах, длительно сохраняются на поверхности предметов, поэтому возможно заражение через игрушки, белье и так далее. В присутствии влаги, солнечного света, при обработке дезинфицирующим раствором быстро погибают.

Заразен больной с момента окончания инкубационного периода и часто остается заразным даже после выздоровления. Человек мо-

жет, не боля сам, являться носителем бактерий и таким образом распространять инфекцию.

Дифтерийный токсин получили Э. Ру и А. Иерсен в 1884–1888 годах. Анатоксин обнаружил Рамон Гастон в 1923 году и предложил использовать его для активной иммунизации.

Симптомы. Инкубационный период длится 2–10 дней. Болезнь начинается с общего недомогания, далее развиваются симптомы интоксикации и изменения в глотке и на миндалинах (лимфоузлах глоточного кольца, защищающих вход в дыхательную систему). Интоксикация, как правило, сильно выражена: температура поднимается до 39–40 °С, развивается головная боль, ломота в теле, тошнота, может быть увеличение периферических лимфоузлов. Боли в горле выражены незначительно, но не из-за того, что инфекционный процесс слабый, а потому, что токсин, вырабатываемый коринебактерией дифтерии, обладает анальгезирующим действием. При типичной форме дифтерии на миндалинах появляются пленки грязно-серого цвета, плотные, с трудом снимающиеся и оставляющие кровоточащую поверхность, на которой быстро нарастает новая пленка. Миндалины под пленками покрасневшие, отечные. Пленки могут располагаться на стенках глотки, небных дужек. Очень тяжело протекает дифтерия гортани: осиплость голоса, затруднение дыхания, позже — удушье, которое может привести к смерти. Удушье развивается из-за того, что пленки закупоривают трахею. Пленки могут также вырастать в полости носа, на слизистой глаз или половых органах, в ранах.

У привитых людей дифтерия часто протекает атипично, налеты не пленочные, а в виде плотно сидящих островков бе-

лого или грязно-серого цвета, симптомы интоксикации выражены неярко. Дифтерия может протекать и вовсе без налетов, сопровождаться только воспалением зева. Такая форма называется катаральной (катар — воспаление слизистой оболочки).



После болезни иммунитет непродолжителен, возможны повторные заболевания.

Лечение проводится в инфекционном стационаре. Больным вводится антитоксическая противодифтерийная сыворотка, после начала специфического лечения наступает быстрое улучшение. Одновременно для лечения и профилактики развития вторичных инфекций проводится антибиотикотерапия, при токсических формах — дезинтоксикационная терапия, введение средств, улучшающих циркуляцию крови, поддерживающих сердце.

Больным необходимо соблюдать строгий постельный режим в течение 3–4 недель, при развитии осложнений — 5–7 недель. Для срочной помощи при дифтерии гортани применяется теплое щелочное питье (молоко с содой), паровые ингаляции. Необходимо срочно вызвать врача, который сможет оказать эффективную помощь.

При упорном носительстве применяют иммуностимуляторы, повторные курсы антибиотиков.

Осложнения. Реакцией на дифтерийный токсин может быть токсическое поражение сердца и воспаление сердечной мышцы (миокардит), нарушения аккомодации (нарушение ближнего зрения, как при дальнозоркости, неспособность к чтению) глаз, паралич мягкого нёба, проявляющийся гнусавостью голоса, а также расстройством глотания в виде попадания жидкой пищи в нос. Может развиваться опущение века и неподвижность мышц половины лица. При поражении мышц туловища больной не в состоянии сидеть, поднимать голову, при поражении мышц глотки нарушается глотание. Эти осложнения без специальной помощи приводят к летальному исходу.



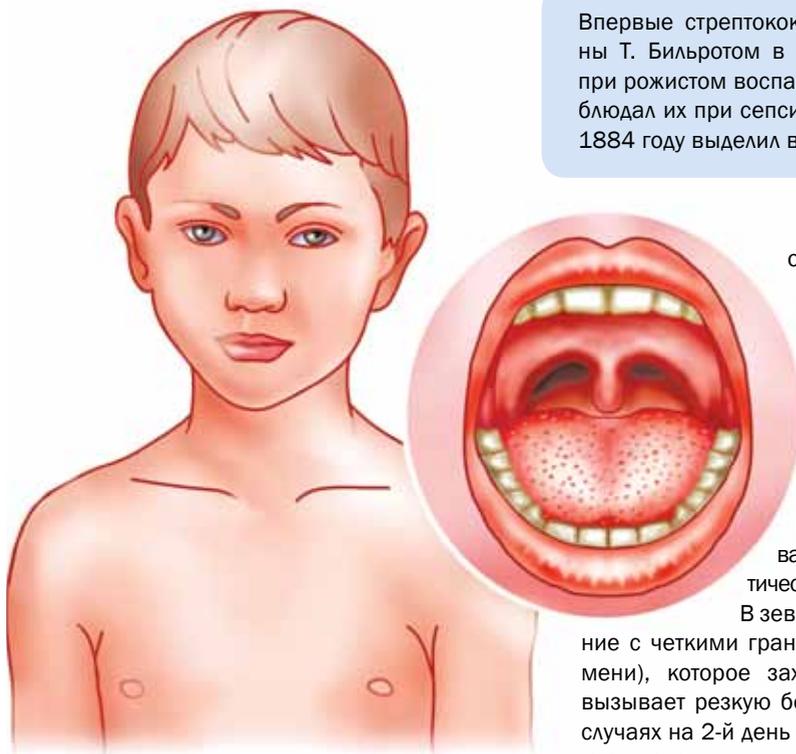
Прививка против дифтерии нужна в первую очередь людям, работа которых связана с большим кругом общения: учителям, преподавателям, медикам, студентам, людям, проживающим в общежитиях.

Профилактика. Резкий спад заболеваемости дифтерией наступил в России в 1958–1959 годах в результате массовой вакцинации. В 1980-е годы без массовой иммунизации взрослого и детского населения инфекция вернулась. В настоящее время врачи настоятельно рекомендуют регулярно прививаться от дифтерии как взрослым, так и детям.

Вакцинация против дифтерии проводится совместно с вакцинацией против коклюша и столбняка вакциной АКДС в детском возрасте.

Взрослых прививают вакциной АДС-М в любом возрасте до 56 лет. Повторяют прививку через каждые 10 лет.





СКАРЛАТИНА

Ее название происходит от итальянского слова *scarlattina* — «багровый, пурпурный», которое описывает цвет горла при этом заболевании.

Возбудитель — β -гемолитический стрептококк группы А. Стрептококк — шаровидная бактерия, многие штаммы которой обитают в дыхательных и пищеварительных путях, особенно в полости рта, носа, в толстом кишечнике. Как и в случае с дифтерией, возбудитель заболевания способен вырабатывать токсины. От вида этих токсинов зависит характер заболевания.

Стрептококки погибают при кипячении и обработке дезинфицирующими растворами, они чувствительны к пенициллину, тетрациклинам, аминогликозидам и другим препаратам.

Заболевание передается воздушно-капельным путем от человека к человеку. Источником заражения может служить как больной, так и носитель. Может передаваться также через одежду, белье, игрушки, мебель.

Впервые стрептококки были обнаружены Т. Бильротом в 1874 году в тканях при рожистом воспалении. Л. Пастер наблюдал их при сепсисе, а Ф. Розенбах в 1884 году выделил в чистой культуре.

Симптомы. Инкубационный период продолжается 1–11 дней. Заболевание, как правило, начинается резко, с подъема температуры до 39–40 °С, которое нередко сопровождается рвотой. Больной беспокоен, у него частый пульс. Развивается припухлость лимфатических узлов.

В зеве появляется покраснение с четкими границами (как языки пламени), которое захватывает миндалины, вызывает резкую боль в горле. В тяжелых случаях на 2-й день на миндалинах появляются налеты.

В 1–2-й день болезни на коже выступает мелкоточечная сыпь. Она появляется на фоне покрасневшей кожи, больше на сгибах локтей, запястий, коленей, на боковой поверхности шеи и груди, на животе, внутренней и задней поверхностях бедер, где кожа нежнее. На лице белым остается носогубный треугольник. Щеки ярко-красные, губы алые, припухшие, язык, в первые дни покрытый белым налетом, позже становится малиновым. При надавливании на кожу сыпь исчезает. Сыпь проходит на 4–5-й день, при этом кожа шелушится.

У взрослых скарлатина протекает легче, чем у детей.

Лечение. Назначается постельный режим на 6–7 дней, рекомендуется легкая пища, обильное питье, обогащенное витаминами, при налетах — полоскание горла раствором антисептиков. Основное лечение: курс антибиотиков, к которым чувствителен стрептококк. Курс нужно пропить полностью, даже если состояние

нормализовалось достаточно быстро. Госпитализация рекомендуется при тяжелых формах и осложнениях, когда показано лечение нефрологов, кардиологов, отоларингологов, неврологов.

Больной считается выздоровевшим, если после исчезновения симптомов получены мазки из зева, в которых не выявлено стрептококка, и прошло еще 12 дней. В течение этого периода человек не должен контактировать с маленькими детьми, ослабленными людьми, беременными женщинами, так как может оказаться носителем стрептококка и источником заражения. При упорном и длительном носительстве назначают повторные курсы антибиотиков.

Осложнения связаны в основном с тремя причинами:

- Воздействие токсинов стрептококка. Развитие сердечно-сосудистой недостаточности и токсико-инфекционного шока: падение давления, увеличение частоты пульса и дыхания, одышка, уменьшение мочеотделения, кожа холодная, влажная, синюшная на пальцах рук и ног, а также на губах и крыльях носа; нарушения со стороны центральной нервной системы: подавленность, чувство тревоги или возбуждение и беспокойство, переходящие по мере развития шока в апатию, затем в кому. Требуется лечения в палате интенсивной терапии.



- Вторичные инфекции из-за ослабления иммунитета. Могут развиваться отиты, гаймориты и другие воспаления пазух, гнойные воспаления лимфатических узлов, заглоточные абсцессы и абсцессы головного мозга, менингиты и сепсис.
- Аллергические и аутоиммунные осложнения, связанные с тем, что стрептококк изменяет структуру стенки клеток так, что иммунная система человека начинает принимать их за чужаков и набрасываться на них. Аутоиммунные заболевания могут быть очень тяжелыми и угрожающими жизни: аутоиммунное воспаление почек, миокардиты и эндокардиты, васкулиты.

Профилактика. Заболевают примерно 40 человек из каждых 100 контактных. Разумеется, эти цифры очень условные, ведь то, заболеет человек или нет, зависит не только от заразительности бактерии, но и от состояния иммунной системы человека.

На группу, в которой выявлен больной, накладывается карантин на 7 дней.



Специфической профилактики (вакцины) не существует.



КОКЛЮШ

Эта острая инфекционная болезнь характеризуется преимущественным поражением нервной системы, дыхательных путей и своеобразными приступами кашля.

Возбудитель — бактерия Борде–Жангу, названная так в честь ее первооткрывателей Жюль Борде и Октава Жангу — бельгийских бактериологов. Похожа на короткую палочку с закругленными краями. Очень чувствительна к солнечному свету, средствам дезинфекции и к повышению температуры. Температурный оптимум 35–37 °С. Поскольку возбудитель не устойчив во внешней среде, больной рассеивает его вокруг себя всего лишь на 2–2,5 метра.

Передается воздушно-капельным путем от человека к человеку. Больной заразен на всем протяжении болезни. Возможно носительство. Иммунитет кратковременный, поэтому эпидемии коклюша повторяются один раз в 3–4 года.

Симптомы. Инкубационный период составляет 3–14 дней. В течение болезни выделяют четыре периода.

В катаральном периоде различить коклюш и другие ОРЗ очень сложно. Симптомы неспецифические: повышается температура до 37–37,5 °С, очень редко до 38–39 °С. Могут быть слабо выраженные симптомы интоксикации, появляются насморк, боли в горле, сухой кашель, усиливающийся вечером или ночью, не снимаемый противокашлевыми препаратами. Период продолжается 5–14 дней.

В спазматическом периоде кашель усиливается, начинает протекать приступообразно, с задержкой дыхания, больной краснеет, вены на шее набухают, из глаз текут слезы, язык высовывается изо рта, его кончик загибается вверх. Наконец больной вдыхает воздух с долгим свистящим звуком (репризом). Этот цикл может повторяться несколько раз и завершается отделением большого количества вязкой мокроты, часто с рвотой. Продолжается от 2 до 8 недель.

В период разрешения (2–6 недель) приступы становятся реже и переносятся легче.

В период выздоровления сохраняются раздражительность, слабость, повышенная возбудимость. Любое воспаление в носоглотке может привести к возобновлению приступов кашля.



Жюль Борде стал лауреатом Нобелевской премии по физиологии и медицине в 1919 году. Октав Жангу разработал одну из первых вакцин против коклюша.

Лечение. Антибактериальная терапия эффективна только в катаральном периоде и в первые дни спазматического периода, а в это время диагноз устанавливается редко. Поэтому главный способ лечения — усилить естественные защитные силы организма. Необходимо максимально устранить все внешние раздражители, которые могут спровоцировать приступ. Например, играть с ребенком в спокойные игры, для взрослых предложить спокойные занятия, которые отвлекут от болезни.

Питание должно быть калорийное и легкое. Еду следует запивать водой, морсом, соками, водой «Ессентуки № 17», чтобы сухие куски не раздражали горло.





Комнату нужно регулярно проветривать, воздух увлажнять. Больному необходимо гулять вблизи воды, не приближаясь к другим людям. Иногда назначают успокаивающие препараты.

Осложнения. Пневмония, отит, бронхит, плеврит могут развиваться в результате присоединения вторичной инфекции. У младенцев могут возникать нарушения мозгового кровообращения с параличами, приступы по типу эпилептических, энцефалит. У них также часто развивается бронхоэктатическая болезнь: расширение бронхов и постоянное развитие нагноения в них, приводящее к истощению, дыхательной недостаточности и легочным кровотечениям.

Профилактика. Заболевают примерно 70 человек из 100 контактных. Особенно опасно заражение для новорожденных, так как они не получают иммунитет от коклюша от матери.

Больного коклюшем изолируют минимум на 25 дней и возвращают в коллектив только после 2 отрицательных результатов бактериологического исследования. На группу, в которой выявлен больной или носитель, накладывается карантин на 14 дней.

Прививка от коклюша в России осуществляется вакциной АКДС или вакциной Тетракокк (Франция). Вакцина полностью не предохраняет от заболевания, но коклюш у привитых протекает гораздо легче, нет характерных приступов кашля, поэтому подозрительными считаются любые приступы кашля во время ОРЗ, заканчивающиеся рвотой и отделением вязкой мокроты.



Коклюшный анатоксин ответствен за большую часть аллергических реакций на вакцину АКДС. Поэтому детям, склонным к аллергии, или детям старше 3 лет, для которых заболевание коклюшем не так опасно, как для малышей, рекомендуют прививаться вакциной без коклюшного компонента.

ТУБЕРКУЛЕЗ

Эта бактериальная инфекция известна с глубокой древности и называлась чахоткой, так как заболевшие чахли на глазах, увядали. Она настолько многолика, что ее лечение поручили отдельному разделу медицинской науки — фтизиатрии.

Возбудитель — микобактерия туберкулеза, называемая также палочкой Коха в честь немецкого ученого, микробиолога Роберта Коха, открывшего ее в 1882 году. Туберкулезом болеют не только люди, но и животные, которые могут быть источником инфекции.



Туберкулез передается воздушно-капельным путем при разговоре, кашле и чихании больного. Микобактерия туберкулеза не устойчива к солнечному свету и дезинфекции, но во влажных местах без доступа солнца возбудитель туберкулеза живет месяцами. Заразиться можно не только при непосредственном контакте (хотя этот путь является основным), но и вдохнув микобактерии с пылью, проглотив их с пищей (молоком или мясом), водой (если водоемы заражены стоками из туберкулезных больниц или

ферм, где есть больной скот) или внутриутробно (от матери к плоду). Иногда люди, занимающиеся вскрытием трупов или разделяющие мясные туши, заражаются туберкулезом через раны на коже.

Группа риска. Заразиться туберкулезом довольно легко, к 18 годам это случается примерно с 70 % населения. Однако для того, чтобы болезнь развивалась, требуется ослабление иммунитета. В группу риска по развитию туберкулеза входят:

- маленькие дети, особенно не привитые
- подростки
- беременные
- больные сахарным диабетом
- больные язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки; больные с оперированным желудком
- лица после длительного лечения кортикостероидными препаратами
- ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом
- лица, имеющие контакт с больными активными формами туберкулеза
- лица, живущие в антисанитарных условиях, не получающие полноценного питания, не имеющие постоянного места жительства; отбывающие наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы, беженцы и мигранты; алкоголики и наркоманы



! **Роберт Кох за исследования туберкулеза получил Нобелевскую премию по физиологии и медицине в 1905 году.**



Симптомы. Первыми признаками туберкулеза являются, как правило, симптомы туберкулезной интоксикации: повышенная утомляемость, раздражительность, плаксивость, потеря веса, повышенная температура тела, ночная потливость, снижение аппетита, ухудшение памяти и внимания. Если процесс не остановить на этой стадии, развиваются поражения легких, которые проявляются кашлем с выделением мокроты, продолжающимся дольше 3 недель. В тяжелых случаях, при распространении туберкулеза на большую часть поверхности легких, температура поднимается до 38–39 °С и больной ощущает боли под грудной и сзади в области плеч; появляется жесткий сухой кашель.

Поскольку трудно отличить симптомы туберкулезной интоксикации от изменения поведения, возникающего от других причин (например, невроза), всем дошкольникам и школьникам регулярно проводят пробу Манту препаратом, содержащим белковые антигены возбудителей туберкулеза. Реакция на пробу показывает наличие в организме иммунитета на туберкулез.

У взрослых проведение такой пробы бессмысленно, так как большинство инфицировано туберкулезом. Для выявления туберкулеза у взрослых большую роль играет регулярное флюорографическое обследование легких. Оно позволяет выявить туберкулез на ранней стадии.

Лечение. Прием противотуберкулезных препаратов в течение нескольких месяцев, иногда нескольких лет. Непрерывность приема химиопрепаратов на протяжении основного курса лечения необходима для подавления способности микобактерий к размножению.

Большое значение имеет укрепление иммунитета: качественное питание, свежий воздух (рекомендуются морские и горные курорты и курорты в хвойных лесах, так как фитонциды, содержащиеся в хвое, убивают микобактерии туберкулеза).

Не рекомендуется загорать, так как ультрафиолетовое облучение может подстегивать туберкулезный процесс.

Осложнения. К осложнениям туберкулеза относятся туберкулезный менингит, кровотечение из легких, пневмоторакс (состояние, характеризующееся скоплением воздуха или газа в полости плевры), спадение легких и так далее.

Профилактика. Вакцинация противотуберкулезной вакциной проводится в роддоме, в дальнейшем по мере угасания иммунитета применяется повторная ревакцинация.



Право на внеочередное получение жилья имеют граждане, страдающие заболеваниями, указанными в утвержденном Постановлении правительства от 16 июня 2006 года № 378 «Перечне тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире». Первым пунктом значатся активные формы туберкулеза с выделением микобактерий туберкулеза.

БОРРЕЛИОЗ, ИЛИ БОЛЕЗНЬ ЛАЙМА

Болезнь Лайма — самая распространенная болезнь, передаваемая клещами, в Северном полушарии.



Возбудитель — спиралевидная бактерия боррелия, внутриклеточный паразит. Хорошо выдерживает низкие температуры, погибает от солнечных лучей и дезинфицирующих средств.

Боррелии размножаются в организмах грызунов, копытных, а также птиц, собак, коров, овец. Человеку инфекция передается через укус клеща. Доказана возможность трансплацентарной передачи от матери к плоду. Попав в организм, боррелии распространяются по кровеносной и лимфатической системам (иногда по нервной системе) во все органы и ткани. Там они могут длительное время паразитировать. Тогда болезнь протекает в хронической форме и обострения развиваются при снижении иммунитета.

Название «болезнь Лайма» происходит от одноименного города в штате Коннектикут, где впервые были зафиксированы вспышки этой болезни.

Симптомы. Инкубационный период длится от 3 до 32 дней. Первым симптомом является развитие в месте укуса так называемой мигрирующей или кольцевой эритемы: локального покраснения и уплотнения кожи, которое постепенно разрастается, захватывая новые участки кожи, а в центре бледнеет. Появление пятна может сопровождаться болью и зудом, а оно само — следствие местной иммунной реакции на внедрение боррелий. Если иммунитет достаточно силен или если своевременно начата антибактериальная терапия, то болезнь может закончиться на этой стадии.

Эритема развивается у 70 % больных и без лечения сохраняется около 2 недель. В этот период больных могут беспокоить лихорадка и слабо выраженные симптомы интоксикации: слабость, головная боль, нарушение сна. Возможно появление «дочерних» эритем поблизости от «материнской». Наблюдается местное увеличение лимфатических узлов.

На 4–5 неделе заболевания, когда завершается рассеивание боррелий по организму, у больных снова развиваются лихорадка, головная боль, тошнота, рвота, появляются симптомы менингита и энцефалита: гиперчувствительность, напряжение затылочных мышц, нарушения сознания. Возможны боли по ходу межреберных нервов, слабость в отдельных группах мышц.

На поздней стадии заболевания выявляются симптомы поражения сердца: урежение пульса, приглушенность сердечных тонов, аритмии.

Несмотря на длительность и тяжесть заболевания, прогноз благоприятный. Однако оно может переходить в хроническую форму с периодически повторяющимися обострениями и оставляет после себя осложнения, которые могут привести к инвалидизации.

Лечение. Назначается антибиотикотерапия, в качестве симптоматической терапии — противовоспалительные, дезинтоксикационные, мочегонные средства.

Осложнения. Симптомы поражения нервной системы могут сохраняться долгое время. Чаще всего больных беспокоит постоянная слабость. Могут развиваться раздражительность, психические нарушения, снижение памяти, внимания, нарушения зрения, слуха, глотания.

К поздним кожным поражениям при боррелиозе относят так называемый доброкачественный лимфоаденоматоз: опухолеподобное заболевание, проявляющееся в виде множественных (или единичных) узелков величиной с горошину, окраска кожи над которыми варьирует от синюшно-красной до буровато-коричневой. Без лечения они самостоятельно проходят через нескольких месяцев, при антибиотикотерапии исчезают значительно быстрее.

Другой вид поражения кожи — атрофия, начинающаяся с появления красных пятен на разгибательных поверхностях конечностей (колени, локти, тыл кистей, стопы), иногда с развитием воспалительных инфильтратов, отечностью кожи, увеличением местных лимфоузлов. Через много лет кожа в местах поражения атрофируется, приобретает вид папиросной бумаги, сквозь которую просвечивают сухожилия и вены.

Третий вид поражений — ограниченная склеродермия. Она начинается с появления фиолетово-красного пятна на коже туловища или конечностей. Оно уплотняется, его центральная часть желтовато-белая с восковидным блеском и сглаженным кожным рисунком приобретает «деревянистую» консистенцию. По периферии со-

храняется узкое кольцо фиолетового цвета, которое постепенно бледнеет.

Также для хронических форм боррелиоза характерны тяжелые воспаления коленных, локтевых, нижнечелюстных и межфаланговых суставов (артриты), с разрушением хрящевой костной ткани.

Профилактика. Принимать меры по защите от укуса клещей. В первые 5 дней после укуса, если исследование клеща подтверждает наличие в нем боррелий, предупредить развитие заболевания может прием антибиотиков.

СИБИРСКАЯ ЯЗВА

Сибирская язва — общее острое инфекционное заболевание домашних животных и людей.



Возбудитель. Бацилла сибирской язвы — палочковидная бактерия, способная образовывать капсулу и в этом состоянии чрезвычайно устойчивая во внешней среде, где образует споры. Они сохраняют свою жизнеспособность в течение длительного времени (в почве и воде — на многие месяцы и даже годы).

Сибирская язва не передается от человека к человеку. Человек заражается при контакте со шкурой зараженных пушных зверей, лошадей, ослов, оленей, собак и кошек. Можно заразиться также при ношении одежды из инфицированной кожи или шерсти, использовании инфицированных кисточек для бритья.

Может также передаваться воздушно-капельным или пищевым путем — при вдыхании или проглатывании спор сибирской язвы. Тогда заболевание протекает особенно тяжело.

В 1876 году Р. Кох выделил возбудителя в чистой культуре.

Симптомы. Инкубационный период составляет от 2 до 14 дней. При кожной форме, когда заражение происходит при контакте со шкуркой, заболевание начинается с появления красного болезненного пятна в месте контакта. Пятно уплотняется, затем превращается в пузырь с кровянистым содержимым. Пузырь быстро вскрывается, и образуется язва с дном черного цвета и припухшими краями. Вокруг язвы распространяется отек, который захватывает всю ногу или руку, появляются пузырьки, которые тоже превращаются в язвы. Такой комплекс называется сибиреязвенным карбункулом.

На 2-й неделе над карбункулом образуется черный безболезненный струп. Когда бактерия проникает в лимфатическую систему, начинаются воспаления лимфоузлов и лимфатических сосудов, которые сохраняются долгое время после того, как заживает язва (средний период существования язвы — 2–3 недели). При ослабленном иммунитете образуются множественные карбункулы.

Одновременно с развитием сибиреязвенного карбункула повышается температура. У некоторых больных уже на 2-й день болезни она достигает 40–41 °С. Общее состояние организма тяжелое. У больного недомогание, разбитость, головные боли, бессонница, тоскливое настроение. При благоприятном исходе после 6-го дня болезни температура снижается до нормы, отек спадает, карбункул постепенно рассасывается, корочки отпадают, язва рубцуется.

При легочной форме инкубационный период сокращается до 2–3 дней. Развивается высокая лихорадка, появляются кашель с кровянистой мокротой, напоминающей по цвету вишневое желе, затруднение дыхания. Возможно развитие симптомов менингита.

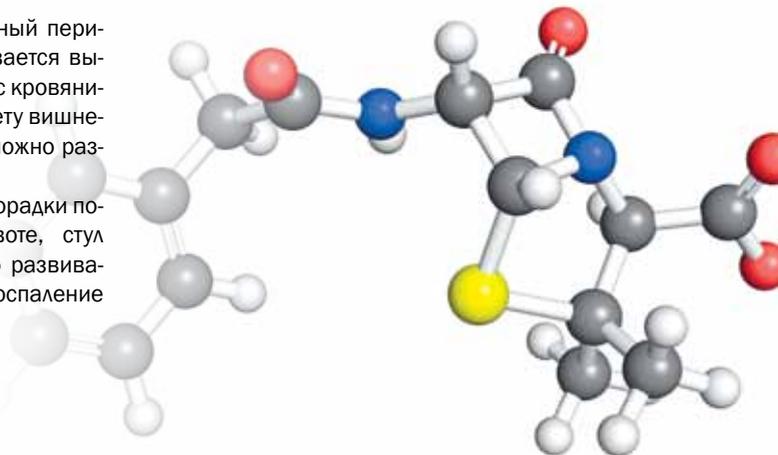
При кишечной форме на фоне лихорадки появляются тошнота, рвота, боли в животе, стул жидкий с прожилками крови, быстро развиваются парез кишечника и перитонит (воспаление брюшины).

В 2001–2002 годах по вине неизвестных злоумышленников 22 человека в Америке были инфицированы бактериями сибирской язвы, рассылаемыми в конвертах в виде белого порошка. Из них умерли пятеро, у всех была диагностирована легочная форма инфекции.



Лечение проводится только в условиях инфекционного отделения. Больным выделяют отдельную палату, в которой ежедневно проводят дезинфекцию.

Применяются антибиотик пенициллин, используют противовоспалительные препараты и дезинтоксикационную терапию, а также специфический противосибиреязвенный иммуноглобулин, который получают от доноров, привитых вакциной против сибирской язвы.





В период до применения антибиотиков смертность при кожной форме достигала 20 %, при современном рано начатом лечении антибиотиками она не превышает 1 %.

Осложнения. Тяжелыми осложнениями, приводящими к смерти больного, являются сепсис (заражение крови), менигоэнцефалит (воспаление головного мозга и его оболочек), инфекционно-токсический шок и кишечные кровотечения.

Профилактика. В группе риска по заболеванию сибирской язвой находятся люди, постоянно занимающиеся обработкой шкур: фермеры, работники мясокомбинатов, ветеринары, кожевники. Они проходят специальную вакцинацию. Также вакцинируются и животные.

Сибирская язва включена в список подлежащих регистрации опасных инфекционных заболеваний МЭБ (Всемирная организация охраны здоровья животных, прежнее название — Международное эпизоотическое бюро) в качестве болезни множественных видов, и страны-участницы обязаны известить МЭБ в течение суток о подтверждении присутствия сибирской язвы. В большинстве случаев она встречается в тропической Африке, на Ближнем Востоке и соседних странах бывшего Советского Союза, в некоторых частях Центральной и Южной Америки и Азии.

Есть ее очаги и на территории России — в скотомогильниках в Ставропольском крае, Белгородской, Воронежской, Курской, Самарской, Кировской, Ростовской, Курганской и Орловской областях, республиках Северной Осетии, Чувашии, Бурятии, Чечне, Татарстане.



ЧУМА

Чума — это тяжелое инфекционное заболевание, относящееся к карантинным заболеваниям. Возбудитель чумы был открыт в 1894 году независимо французским ученым А. Йерсеном и японским ученым С. Китасато.

Возбудитель — бактерия, не образующая спор, имеющая капсулу, вырабатывающая токсины как при жизни, так и после разрушения. Устойчива при низких температурах, в норах



грызунов может сохраняться несколько месяцев, в блохах и клещах — более года. Кипячение и дезинфицирующие средства легко убивают ее.

Микробиологи считают, что возбудитель чумы появился примерно 1500–2000 лет назад в результате мутации псевдотуберкулеза.

Заражение человека происходит несколькими путями:

- при укусах инфицированных блох, развившихся от крыс
- при контакте со шкурой больных крыс
- пищевым путем при загрязнении продуктов питания
- воздушно-капельным путем при контакте с большими легочной формой чумы

Симптомы. Инкубационный период длится от 3 до 6 дней. Заболевание начинается с резкого повышения температуры до 39–40 °С и развития симптомов интоксикации: головной боли, тошноты, рвоты (может быть с кровью), мышечных болей.

Дальнейшие события могут развиваться по нескольким сценариям:

- Первично септическая форма развивается при ослабленном иммунитете и характеризуется нарастанием симптомов интоксикации и гибелью больного от инфекционно-токсического шока.
- Наиболее часто встречается кожно-бубонная форма, при которой на коже появляется язва,

напоминающая сибиреязвенную, а подмышечные, шейные, околушные или паховые лимфоузлы превращаются в гнойники, называемые бубонами.

- Легочная форма — наиболее тяжелая и чаще всего приводящая к смерти. Нарастание сердцебиения, одышки, появление болей в груди, кашля, мокроты, которая постепенно становится кровавой. Смерть наступает из-за отека легких.

Лечение. Возбудитель чумы чувствителен к широко распространенным антибиотикам, прием которых нужно начинать как можно раньше. По показаниям проводят дезинтоксикационную терапию, лечение сердечной и дыхательной недостаточности, общеукрепляющую терапию.

Осложнения. Любая из форм чумы может перейти в септическую или легочную. Могут развиваться менингит, отек мозга, отек легких или массивные кровотечения, которые служат причиной смерти.

Профилактика. Больной с подозрением на чуму немедленно госпитализируется в специализированное инфекционное отделение. Контактные подвергаются карантину на 6 дней. Им проводится профилактическая терапия антибиотиками.

Общепринято считать, что первая из 3 великих пандемий чумы (моровой язвы) началась в 15-й год правления римского императора Юстиниана I (она так и называлась «Чума Юстиниана»). Она властвовала примерно 100 лет — с 531 до 650 года.





Вторая эпидемия, с чем также согласно большинство ученых, известна под названием «черной смерти». Она началась в 1348 году и длилась свыше 300 лет, то есть до 1666 года и Великого лондонского пожара. Однако некоторые историки считают, что стадия пандемии длилась только 4 года. Третья пандемия началась в Китае в 1892 году и, согласно оценке некоторых историков, закончилась 15 лет спустя. По мнению других, она продолжалась до 1959 года. А некоторые считают, что она и сегодня еще не истреблена: бактерии чумы и ее носители проявляют все возрастающую сопротивляемость к антибиотикам и пестицидам.

СЫПНОЙ ТИФ

Вызывается особым видом микроорганизмов — риккетсиями, — занимающим промежуточное положение между бактерией и вирусом.



Возбудитель — риккетсии Провачека. Они так названы в честь чешского ученого Провачека, который изучал причину вшивого тифа и погиб от него в 1915 году. Риккетсии похожи на бактерии тем, что имеют многослойную, сложно устроенную клеточную стенку (а не белковую капсулу, как вирусы), сразу 2 вида нуклеиновых кислот ДНК и РНК, выполняющих различные функции, но способны паразитировать в цитоплазме других клеток, что сближает их с вирусами.

Во время своего жизненного цикла риккетсии меняют 2 хозяев: платяную (реже головную) вошь и человека. Риккетсии попадают в кровь не при непосредственном укусе, а при втирании в место укуса раздавленных вшей и их экскрементов. Попав в организм, риккетсии выделя-



ют токсин, который поражает нервную систему и мелкие сосуды, нарушает циркуляцию крови и снабжение тканей и органов кислородом.

Симптомы. Инкубационный период составляет от 5 до 25 дней. Продромальный период может продолжаться от 6 часов до 2 дней и проявляться слабыми симптомами интоксикации. Но заболевание может начинаться и с подъема температуры до 39–40 °С, такая температура держится около 2 недель, может периодически снижаться и снова повышаться.

На 2–3 день во рту часто появляется покраснение в виде вишнево-красных точечных кровоизлияний, на 3–4 день кровоизлияния наблюдаются на конъюнктиве глаз. На 4–5 день на коже обнаруживается сыпь в виде красных пятен, исчезающих при надавливании. В центре некоторых элементов сыпи появляются кровоизлияния, это патогномичный признак сыпного



тифа. Тоны сердца приглушены, пульс учащен. В период разгара болезни наблюдаются симптомы поражения нервной системы: больные беспокойны, возбуждены, у них могут развиваться галлюцинации, иногда кажутся словно оглушенными, дезориентированными. Появляется тремор, увеличивается печень. Период разгара длится около 2 недель, после чего при благоприятном развитии все симптомы постепенно сходят на нет.

Лечение. Госпитализация обязательна. Риккетсии чувствительны к антибиотикам, поэтому основой лечения сыпного тифа является антибактериальная терапия. Больной заразен начиная с последних дней инкубационного периода, во всю продолжительность периода лихорадки и примерно неделю после ее прекращения, поэтому его выписывают не раньше, чем на 12 день после нормализации температуры.

Осложнения. Тяжелыми осложнениями являются сосудистый коллапс с падением давления и тромбоз сосудов. Возможно развитие вторичных бактериальных инфекций: паротитов, отитов, бронхопневмоний или миокардита.

При этой болезни могут наблюдаться отдаленные рецидивы — повторы заболевания с ослабленными симптомами, получившие название «болезнь Бриля». С момента первого заболевания может пройти несколько десятилетий.

Профилактика. В больнице проводится санитарная обработка, дезинфекция одежды больного. Санитарную обработку и дезинфекцию одежды проходят также лица, контактировавшие с больным. На них накладывается карантин 25 дней.

Группами риска по сыпному тифу являются бомжи, мигранты, беженцы, то есть люди, не могущие соблюдать санитарные нормы и страдающие вследствие этого завшивленностью. Очень важна организация для этих людей санитарных пунктов, где они могут вымыться, постирать одежду, пройти медицинский осмотр. Регулярным осмотрам подвергаются также дети в детских садах и школах.



Используется и комбинированная вакцинация (сначала убитая вакцина, затем живая), но в целом проведение прививок рекомендуется только при возникновении неблагоприятной эпидемической ситуации.



ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

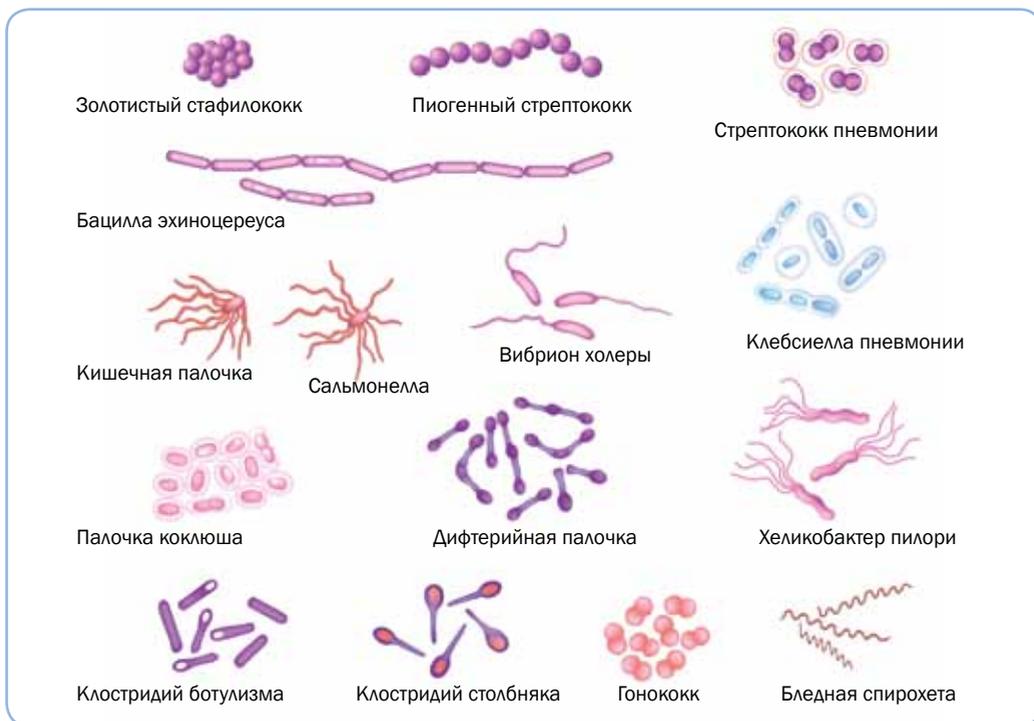
Пищевая токсикоинфекция (ПТИ) — это заболевание, причиной которого является заражение не собственно бактериями, а токсинами, которые образуются в результате жизнедеятельности бактерий вне организма человека, в основном в продуктах питания.

Возбудители — условнопатогенные микроорганизмы: различные виды клостридий, протеев, клебсиелл, золотистый стафилококк, размножающиеся на пищевых продуктах и выделяющие токсины. Заражение происходит при недостаточной тепловой обработке пищи. Источником заражения может быть человек, не соблюдающий правил гигиены, или человек с гнойным воспалением на руках (панариций, пиодермия), или с острым респираторным заболеванием (ангина, ринофарингит), готовящий пищу и вносящий в нее возбудителя. Опасен также молочный скот: больные маститом коровы, овцы, козы.

Заразиться можно, съев недоброкачественную колбасу, студень, яйца, мясные и рыбные консервы, супы, молочные продукты, соки, компоты, сладкие газированные напитки. Особен-

но опасны блюда, не подвергающиеся тепловой обработке, но хранящиеся перед употреблением несколько часов — за это время возбудители в них размножаются (салаты, кондитерские кремы). Коварство возбудителя состоит в том, что какое-то время вид и вкус продуктов не меняются, а они уже могут вызвать заражение. Возбудители уничтожаются кипячением.

Клостридии — род бактерий, размножающийся в атмосфере без кислорода, образующий споры. Встречается в почве, в сточных водах, а также в пищеварительном тракте здоровых людей и различных диких и домашних животных. Неоднократно выделялись из сырого мяса домашних животных и птицы. Заражает мясные продукты, консервы.



Протей — палочковидная, неспороносная, подвижная (жгутики расположены по периферии всей клетки) бактерия. Размеры молодой клетки $0,5 \times 1,3$ микрометра, позднее появляются нити длиной до 20 микрометров. Клетки протей отлично меняют облик. Принадлежат к нормальной кишечной флоре, широко распространены в почве и воде; поражают мясные продукты.

Клебсиелла — анаэробная энтеробактерия, один из видов которой может вызывать пневмонию, другой — пищевые токсикоинфекции. Бактерия может существовать в почве, воде, пище, пыли, попадает в желудочно-кишечный тракт с плохо вымытых рук, овощей и фруктов, с водой, с почвой. Способна образовывать капсулу, поэтому устойчива к действию факторов окружающей среды и высоким температурам.

Золотистый стафилококк — шаровидная бактерия, вызывающая широкий диапазон заболеваний, начиная с легких кожных инфекций (угри, импетиго, фурункул, флегмона, карбункул) и заканчивая пневмонией, менингитом, остеомиелитом, эндокардитом, инфекционно-токсическим шоком и сепсисом. Широко распространено носительство (примерно 20 % населения). Живет на коже и на поверхности слизистых (носа, глотки и влагалища). Размножается на молочных продуктах.

Симптомы. Инкубационный период очень короткий — от 30 минут до 24 часов, чаще всего составляет 2–6 часов. Заболевание, как правило, начинается с тошноты и многократной рвоты, одновременно или немного погодя развивается понос, стул водянистый, светло-коричневый, зловонный. Могут развиваться несильные схваткообразные боли в животе, температура, симптомы интоксикации. Обычно заболевание продолжается 1–3 дня.

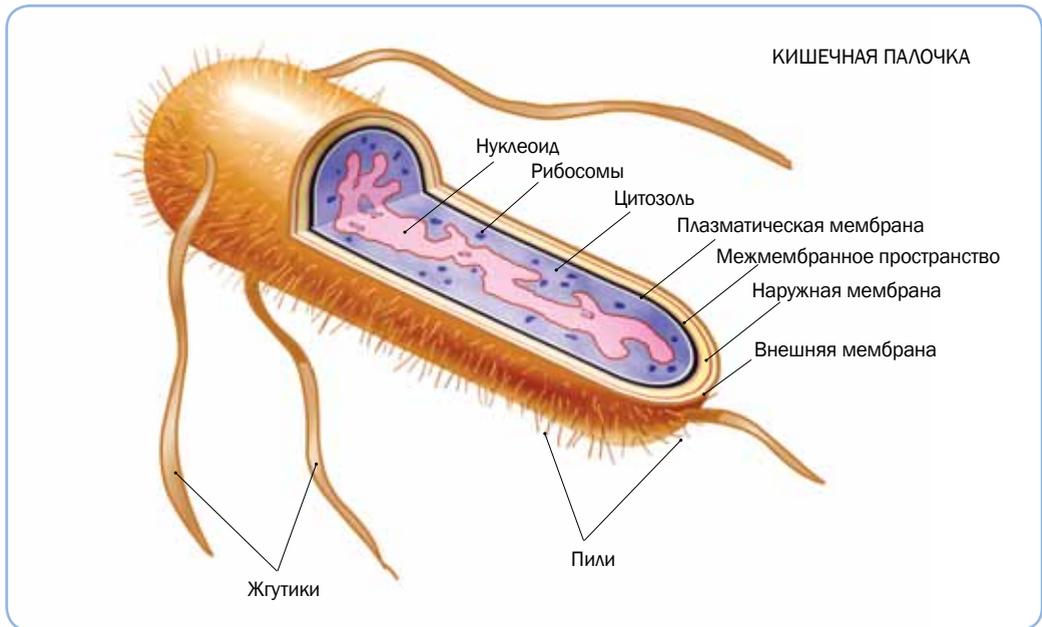
Лечение. В первые часы рекомендуется промывание желудка. Необходимо выпить 4–5 стаканов теплой воды, после чего, раздражая пальцем корень языка, вызвать рвоту. Ребенку дают выпить воду в соответствии с объемом разового кормления по возрасту с последующим раздражением корня языка путем надавливания на него. Эта процедура повторяется до тех пор, пока вода, вытекающая из желудка, не станет чистой. С рвотными

массами из организма удаляются болезнетворные бактерии и токсины.

Профилактика. Соблюдение правил приготовления и сроков реализации продуктов:

- Не употреблять в пищу продукты, в свежести и доброкачественности которых не уверены, или продукты с истекшим сроком годности.
- Покупать продукты только у сертифицированных продавцов, чей товар прошел санитарные проверки. Особенно это касается мяса, рыбы, копченостей и молочных продуктов.
- Соблюдать температурный режим и время при приготовлении сырых продуктов. Кипячение полностью уничтожает большинство болезнетворных микроорганизмов.
- Мыть яйца, перед тем как их разбить.
- Использовать разные доски для приготовления продуктов: одну для хлеба, сыра и колбасы, одну для сырого мяса, одну для сырой рыбы, одну для сырых овощей, одну для отваренных. Располагать их на столе так, чтобы продукты не касались друг друга. Например, сырое и отварное мясо не должны находиться в контакте.
- Мыть руки и кухонные приборы при переходе приготовления с одного вида продуктов на другой.
- Если нет уверенности в качестве питьевой воды, обязательно кипятить ее, а посуду и сырые продукты промывать холодной кипяченой водой.
- Кипятить супы и блюда из мяса по крайней мере раз в день.
- Стараться готовить салаты непосредственно перед подачей на стол, хранить в холодильнике и безжалостно избавляться от остатков.





КОЛИ-ИНФЕКЦИЯ

Коли-инфекция — заболевание преимущественно детей раннего возраста, вызываемое патогенными штаммами кишечной палочки.

Возбудитель. Вызывается энтеропатогенными штаммами кишечных палочек и протекает с выраженными явлениями гастроэнтерита или гастроэнтероколита. Палочковидная бактерия широко встречается в нижней части кишечника теплокровных организмов. Большинство штаммов являются безвредными, 5 серотипов могут вызывать инфекционные заболевания желудка и кишечника.

Часть из них является возбудителями так называемой диареи путешественников — расстройством стула у людей, выезжающих за пределы своей страны или в другую климатогеографическую зону. Риск развития кишечной инфекции значительно повышается при поездках в тропические страны в период сезонных дождей и в летнее время.

Механизм передачи фекально-оральный. Основными факторами передачи инфекции являются пищевые продукты, вода и лед, а также напитки. Наибольшую опасность представляют салаты, овощи, фрукты с поврежденной кожей,

холодные закуски, мясные продукты, недостаточно термически обработанные или сырые, сырая или плохо прожаренная рыба, морепродукты, непастеризованное молоко, мороженое, молочные продукты, а также любая покупка еды или воды у уличных торговцев.

Возбудитель заболевания был открыт и описан в 1885 году австрийским ученым Т. Эшерихом и впоследствии назван эшерихией. Его различные антигенные варианты в совокупности образуют группу, которая именуется группой кишечной палочки.

Симптомы зависят от серотипа, вызвавшего инфекцию. Инкубационный период составляет от нескольких часов до 3 суток. Заболевание может начаться с симптомов интоксикации: озноб, разбитость, слабость, головная боль, мышечные боли, потеря аппетита. Температура тела нормальная или субфебрильная (примерно у четверти заболевших температура 38–39 °С, а у 10 % — выше 39 °С). Стул вначале водянистый, затем становится кашицеобразным или жидким, присоединяется патологическая примесь, слизь, иногда кровь. Могут появляться боли в животе схваткообразного характера в нижней части живота, ложные позывы на дефекацию (тенезмы). При более тяжелом течении стул в виде «рек-

тального плевка» — состоит только из слизи и крови. Несмотря на угрожающие симптомы, заболевание обычно короткое. Стул нормализуется за 1–2 дня, лихорадка сохраняется 1–2 дня, реже 3–4 дня.

Иногда заболевание протекает по типу холеры: на фоне нормальной или субфебрильной температуры развивается слабость, головокружение, тошнота, рвота, боли в животе схваткообразного характера, частый стул (до 10–15 раз в сутки), жидкий, обильный, водянистый, напоминающий рисовый отвар. Может быстро прогрессировать обезвоживание, на фоне которого отмечают нарушения сердечно-сосудистой деятельности. Длительность болезни 5–10 дней.

Иногда состояние больных ухудшается на 2–4-й день болезни: стул учащается, присоединяются тенезмы, в кале появляется кровь. Если одновременно поражаются почки и резко снижается количество мочи, то смерть наступает в 3–7 %. Этот синдром чаще характерен для детей до 5 лет.

Выздоровление наступает в течение первой недели заболевания у 90 %, в течение месяца — у 98 % пациентов.

Лечение. Щадящая диета, лечение и профилактика обезвоживания. Препараты, тормозящие динамику кишечника, можно принимать только после осмотра врача, который исключит острую хирургическую патологию.

Если лихорадка затягивается, сохраняются кровь и слизь в стуле, назначается антибактериальная терапия.

Осложнения. Тяжелыми и опасными для жизни осложнениями является обезвоживание и поражение почек.

У 3–10 % больных в период после выздоровления развивается так называемый синдром раздраженного кишечника: периодические боли в животе, дискомфорт, неустойчивый стул (чередование поносов и запоров), вздутие, метеоризм, боли во время акта дефекации. Правильно поставить диагноз и назначить лечение может только врач гастроэнтеролог. Для лечения применяются: рациональное и сбалансированное питание, медикаментозные средства для нормализации моторной деятельности кишечника, физиотерапия, повышение физической активности, иногда требуется психотерапия. Прогноз благоприятный.

Профилактика. Главной мерой профилактики является соблюдение правил личной гигиены и пищевого режима:

- Не покупать пищу у уличных торговцев — наиболее опасны салаты и холодные закуски.
- Не употреблять недостаточно термически обработанного мяса, морепродуктов, непастеризованных молочных продуктов.
- Не пользоваться водопроводной водой, льдом, приготовленным из нее, не стоит ею умываться и чистить зубы, а также есть овощи и фрукты, вымытые такой водой.
- Лучше использовать очищенные фрукты — снижается риск попадания возбудителей заболевания, которые могут находиться на кожуре.
- При выезде в регионы с низким санитарным уровнем и отсутствием квалифицированной помощи иногда с профилактической целью назначают антибиотики.



Риск возникновения диареи при поездках в Латинскую Америку, Африку, Азию составляет от 20 до 75 %. При путешествии в Китай, Южную Африку, Израиль, Южную Европу, Россию риск развития диареи составляет от 8 до 20 %. Низкий риск развития диареи (< 5 %) зарегистрирован при поездках в США, Австралию, Японию, Канаду, страны Северной и Западной Европы, Новой Зеландии.



САЛЬМОНЕЛЕЗ

Это полиэтиологическая инфекционная болезнь характеризуется разнообразными клиническими проявлениями — от бессимптомного носительства до тяжелых септических форм.

Возбудитель — бактерии рода сальмонелла. Они выглядят как палочки со жгутиками, подвижны, при разрушении выделяют эндотоксин, который вызывает симптомы интоксикации. Делятся на 2200 серотипов, из них около 700 живут в организме человека. От свойств серотипа зависят особенности течения вызванного им заболевания. Сальмонеллы очень устойчивы во внешней среде. На предметах они могут сохраняться до 90 дней, в воде — до 60 дней, в высохших фекалиях 3–4 года. В молочных и мясных продуктах могут сохраняться до 4 месяцев, причем вид и вкус продуктов не меняются. Их не убивает соление и копчение — только кипячение продолжительностью не менее 2,5 часа.

Механизм передачи фекально-оральный, путь заражения — пищевой. Человек может заразиться как от больного человека, так и от животных, в частности от домашней птицы. Особенно высок процент обсеменения сальмонеллой утиных и гусиных яиц, поэтому их не рекомендуется употреблять в сыром виде. Куринные яйца из магазина проходят предварительную дезинфицирующую обработку, но все равно их лучше мыть, перед тем как разбивать, тщательно смывая следы помета, а после этого мыть руки.

Заразиться сальмонеллезом можно, поедая недостаточно термически обработанное мясо рыб, раков, крабов, а также лягушек и черепах.

Этот род бактерий назван в честь американского ветеринара Д. Э. Салмона, выделившего возбудителя в 1885 году.

Симптомы. Инкубационный период составляет от 6 до 24 часов. Заболевание начинается остро. Тошнота, рвота и симптомы интоксикации появляются практически одновременно. Температура может подниматься до 39–40 °С, нарастает головная боль. Рвота сначала съеденной пищей, затем желчью. Очень редко симптомы ограничиваются только рвотой.

Стул многократный, жидкий, обильный, зловонный, пенистый, часто темно-зеленого цвета. Больные отмечают урчание в животе.

От рвоты и поноса быстро развивается обезвоживание. Больные бледные, сухие, кожа с синюшным оттенком, голос слабый, давление низкое, могут быть головокружения, обмороки, судороги конечностей, иногда развивается бред, галлюцинации. Уменьшается, а в особо тяжелых случаях прекращается выделение мочи. Может развиваться сальмонеллезный сепсис (заражение крови) со скачками лихорадки и приступами озноба и пота, развитием гнойных очагов в различных органах. Такая форма характерна для людей с ослабленным иммунитетом.

В легких случаях заболевание продолжается 2–4 дня, в тяжелых может затягиваться на несколько недель.

Наиболее восприимчивы к сальмонеллезу дети до 1 года, и именно у них болезнь протекает особенно тяжело, быстро развивается обезвоживание, угрожающее жизни.

Лечение:

- Промывание желудка.
- Остановка поноса абсорбирующими препаратами или препаратами кальция (до 5 граммов в сутки за один прием — у взрослых).
- Борьба с обезвоживанием. При легких формах показано обильное питье, солевые растворы перорально. При тяжелых формах — внутривенное капельное введение жидкости в условиях стационара. При сосудистом коллапсе и нарастающей интоксикации — интенсивная терапия.

- Антибактериальная терапия может применяться по назначению врача, но обычно малоэффективна. Иногда используется антисальмонеллезный бактериофаг: специально выведенный штамм вирусов, поражающий клетки сальмонеллы.
- Общеукрепляющая терапия, диетическое питание в течение 1–3 месяцев (механически и химически щадящая пища, исключение молока, алкоголя и продуктов, богатых грубой клетчаткой, консервов и копченостей, острых, пряных и жирных блюд), витамины, физиотерапия (хвойные ванны, электрофорез), лечебная физкультура.



Осложнения. Тяжелое обезвоживание может привести к сосудистому коллапсу и гибели от сердечной недостаточности.

При септической форме развиваются артриты, остеомиелиты, эндокардиты, а также менингиты, аппендициты, абсцессы мозга, селезенки, печени и почек.

В качестве вторичных инфекция могут развиться пневмония и инфекции мочевыводящих путей.

Профилактика начинается на предприятиях, производящих мясо и колбасы. Санитарно-эпидемиологическая служба совместно с ветеринарной обязаны следить за соблюдением правил при убое скота и обработке туш; норм хранения и обработки мяса, проводить обследование

работников при поступлении на пищевые предприятия и в детские учреждения, расследовать все случаи вспышек пищевых инфекций, связанных с недоброкачественными продуктами, выявлять и устранять их причины.

Населению не рекомендуется покупать мясо и рыбу, яйца и копчености с рук, употреблять их в пищу без достаточной термической обработки. Необходимо регулярно обрабатывать мыльным раствором игрушки и предметы ухода за детьми, кипятить соски и бутылочки при любом контакте с почвой или полом, как можно раньше приучать детей регулярно мыть руки и следить за тем, чтобы они это делали тщательно и правильно.



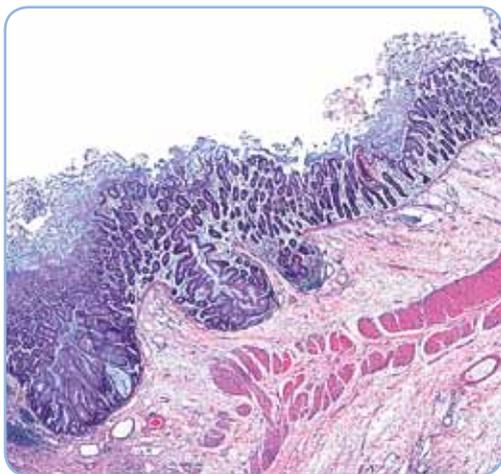
Мытье рук — наиболее простой и один из самых действенных способов профилактики сальмонеллеза.

Поскольку после клинического выздоровления больной способен выделять бактерии еще до 3 месяцев, то нуждается в регулярных обследованиях, а помещение, где он живет (особенно места общего пользования), в санитарной обработке. Особого внимания требуют работники пищевых предприятий, так как могут заразить большое число населения. Поэтому им рекомендуется ежемесячно проводить исследование кала, а вопрос о допуске к работе с пищевыми продуктами решают совместно инфекционист и эпидемиолог.

ДИЗЕНТЕРИЯ

Дизентерия — инфекционное кишечное заболевание, которое встречается по всему миру у людей всех возрастов, но особенное распространение получает в жаркий сезон.

Возбудитель — неподвижная палочкообразная бактерия шигелла, не образующая спор и капсул. Выделяют более 50 серотипов шигелл, свойства которых влияют на клиническую картину и пути распространения болезни.



Самая опасная из них — шигелла Григорьева-Шига, названная в честь описавших ее японского врача К. Шига и русского военного врача А. В. Григорьева, которые ее изучали.

Эта бактерия выделяет сильный токсин, но слабо устойчива во внешней среде. Она передается преимущественно контактным путем, через грязные руки.

Более устойчивая шигелла Флекснера, передающаяся через воду, шигелла Зонне — через пищу (молоко), причем даже может размножиться на ней.

Все серотипы шигелл мгновенно убивает кипячение.

Восприимчивость к болезни наиболее высока у детей младше 6 лет.

Симптомы. Инкубационный период обычно составляет 2–3 дня. Заболевание начинается остро, с жара, озноба и подъема температуры до 38–40 °С. Лихорадке сопутствуют слабость, разбитость, головная боль.

Практически одновременно появляются схваткообразные боли в нижней части живота, преимущественно слева, и позывы на дефекацию. Стул может учащаться до 20–30 раз в сутки, сопровождаться болями. Стул жидкий, коричневый или светло-коричневый, со слизью, постепенно в нем могут появляться примеси крови и гноя, последние выделения незначительны и состоят только из слизи, крови и гноя. В дальней-

шем выделение кала прекращается, но сохраняются тенезмы. Впоследствии испражнения восстанавливаются, но, если изучить кал под микроскопом (копрограмма), в нем еще долго будет повышенное содержание слизи, крови и гноя.

Длительность поноса обычно составляет от 1–2 до 8–9 дней. В тяжелых случаях развиваются симптомы обезвоживания.

Длительность лихорадки 2–5 дней. Дизентерия может протекать и с субфебрильной температурой, а иногда даже при нормальной температуре: все зависит от серотипа возбудителя и его характеристик.

Полное выздоровление и восстановление функций кишечника может занять 2–3 недели. При слабой иммунной системе оно может затягиваться до 1,5–3 месяцев.

Однако заболевание может носить и стертый характер. Понос продолжается 1–2 дня, сопровождается незначительным повышением температуры или вообще протекать без нее.

Лечение:

- В первые дни заболевания назначается максимально щадящая диета с нормальным содержанием белков, но ограничением жиров и углеводов до нижней границы нормы. Больной питается 5–6 раз в день, отваренными или приготовленными на пару и протертыми блюдами.

Исключаются продукты и блюда, усиливающие процессы брожения и гниения в кишечнике, в частности молоко, сладости, бобовые, грубая клетчатка (свежие овощи, зелень, фрукты и ягоды), все блюда, стимулирующие желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы (соусы, пряности, закуски).

Рекомендуются черствый белый хлеб, супы на обезжиренном слабом мясном, рыбном бульонах с добавлением слизистых отваров круп (перловая, манная, рис), вареного и протертого мяса или яичных хлопьев, нежирные и нежильстые сорта говядины, телятины, индейки и нежирные сорта рыбы в виде сваренных на воде котлет, кнелей, фрикаделек; суфле из от-



варного мяса, свежеприготовленный кальцинированный творог или пресный протертый творог, яйца всмятку или в виде парового омлета (1–2 яйца в день), протертые каши на воде (рисовая, овсяная, гречневая), из фруктов тертые сырые яблоки. Напитки: чай, особенно зеленый, черный кофе и какао на воде; разведенные фруктовые соки из ягод и фруктов (кроме винограда, слив, абрикосов), кисели из черники, айвы, груш, отвары из шиповника, сушеной черники, черной смородины.

После нормализации стула, диета расширяется за счет жиров и углеводов. В супы можно добавлять мелко нашинкованные и хорошо разваренные овощи. Разрешается запеченная рыба и мясо птицы, рассыпчатые каши, зразы, клецки, оладьи, отварная вермишель, мелкие макаронные изделия, молочная лапша в виде гарниров, запеканок, пудингов, протертые овощи, до 200 граммов свежих фруктов в день.



После выздоровления рекомендуется придерживаться диеты с ограничением грубой клетчатки, молока в свободном виде, острых блюд, закусок и пряностей.



- Антибактериальная терапия по назначению врача.
- При необходимости — дезинтоксикационная терапия, борьба с обезвоживанием.
- В период восстановления назначаются ферментные препараты и препараты, восстанавливающие микрофлору кишечника.

Осложнения. В 5–15 % случаев дизентерия принимает хроническое течение с периодическими обострениями. У ослабленных больных могут развиваться вторичные инфекции.

Профилактика. Главная мера — соблюдение правил личной гигиены как больным, так и людьми, ухаживающими за ним.



Тяжелым осложнением дизентерии, возникающей при заражении некоторыми серотипами шигеллы, является прободение язв в кишечнике с развитием симптомов «острого живота».

В очаге дизентерии (на квартире заболевшего, в детском саду, школе) проводится обязательная дезинфекция, чтобы избежать заражения других лиц.

Поскольку после дизентерии возможно носительство, выздоровевших больных несколько раз обследуют.

Санитарно-эпидемиологическая служба осуществляет контроль за водоснабжением и за пищевыми предприятиями.

БРЮШНОЙ ТИФ

Грозное заболевание, унесшее много жизней в XIX – начале XX века и снова вернувшееся к нам в начале XXI.

Возбудитель — сальмонелла, ее особый серотип. Она содержит токсин, поражающий нервную систему, который попадает в кровь при разрушении бактерий. Тифозные сальмонеллы, как и все сальмонеллы, устойчивы во внешней среде и могут сохраняться в воде и почве несколько месяцев. Они размножаются на молочных продуктах, мясном фарше и студне. Погибают при кипячении и обработке дезинфицирующими растворами.

Механизм передачи фекально-оральный. Животные брюшным тифом не болеют, заразиться можно только от больного человека или бактерионосителя через воду, продукты и грязные руки.

Заражение воды в колодце или другом водном источнике, а также заражение пищи на общей кухне или пищевом предприятии может вызвать локальную эпидемию.

Попав через рот и желудок в кишечник, сальмонеллы тифа внедряются в местную лимфатическую систему, где размножаются в периферических лимфоузлах и выходят в кровяное русло. Здесь с ними начинает бороться иммунная система. Часть бактерий погибает, и в кровь попадает токсин, что обуславливает симптомы интоксикации и нарушения сознания.

Выжившие сальмонеллы поражают внутренние органы (образуются так называемые брюшнотифозные гранулемы) и кожу, вызывая сыпь. Затем они начинают выделяться вместе с жел-

чью, мочой, потом, слюной. Часть из них, снова оказываясь в кишечнике, внедряется в лимфатическую систему, окончательно разрушая лимфатические бляшки, что приводит к образованию язв в кишечнике.

Симптомы. Инкубационный период составляет 7–25 дней.

Первая неделя — продромальный период. Начинается с того момента, как возбудитель попадает в кровь. Появляются и быстро нарастают симптомы интоксикации и поражения нервной системы. Температура поднимается до 39–40 °С, развивается слабость, головная боль, пропадает аппетит, нарушается сон, больные становятся вялыми, заторможенными, могут не сразу отвечать на вопросы. Может развиваться воспаление бронхов. Давление снижается, тоны сердца становятся глухими.

Вторая–третья недели — период разгара болезни. Внедрение сальмонелл во внутренние органы и обратное их поступление в кишечник. Лихорадка может сохраняться или приходиться волнами. Головная боль и нарушения сна становятся мучительными. Может развиться бред или полная заторможенность, вплоть до комы. На 8–10 день болезни на коже появляется скудная сыпь в виде розовых пятнышек, их количество обычно не превышает десятка. На этом фоне может развиваться пневмония. Печень и селезенка увеличены, живот вздут, урчит. Может уменьшиться количество мочи.

Четвертая неделя — период разрешения болезни. Состояние больного постепенно улучшается.

Пятая неделя — период выздоровления. Симптомы болезни сходят на нет, но остается сильная слабость.



Лечение:

- постельный режим, щадящая диета, как при дизентерии
- антибактериальная терапия по назначению врача
- дезинтоксикационная терапия по показаниям
- общеукрепляющая терапия в периоды разрешения болезни и выздоровления

Осложнения. На 2–4 неделе может развиваться кровотечение из язв кишечника, перфорация язв с развитием воспаления брюшины (перитонита), характеризующегося острой болью (больной может не жаловаться на нее из-за помрачения сознания), напряжением брюшной стенки.



При малейшем подозрении на «острый живот» больного должен осмотреть хирург. Не диагностированный вовремя перитонит является основной причиной гибели больных при брюшном тифе.

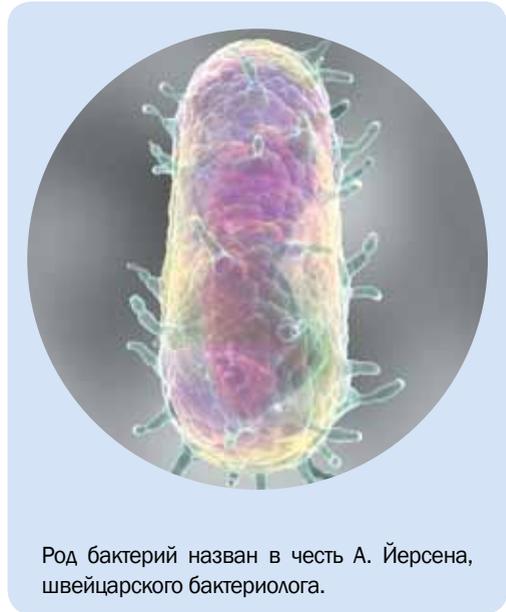
Профилактика. Больной заразен начиная с 7-го дня заболевания, выделение им сальмонелл может прекратиться спустя 3 месяца после выздоровления, но при ослабленном иммунитете может стать пожизненным. Поэтому главная мера профилактики для людей, контактирующих с заболевшим (например, ухаживающих за ним), — строгое соблюдение правил личной гигиены.

Больных изолируют в инфекционном стационаре, в очаге проводят дезинфекцию. На контактных накладывают карантин на 21 день.

ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ

Инфекционное заболевание, возбудитель которого широко распространен в природе.

Возбудитель — бактерия рода иерсиния, выделяющая токсин при разрушении. Устойчива во внешней среде. Ее уникальной особенностью является способность размножаться при низкой температуре, благодаря которой иерсиния может накапливаться в продуктах, помещенных в холодильник при температуре 4–8 °С. Наиболее опасны овощи, закладываемые в холодильники на длительное хранение и употребляемые в пищу без предварительной термической обработки.



Род бактерий назван в честь А. Йерсена, швейцарского бактериолога.

Симптомы. Инкубационный период составляет от 3 до 18 дней. Болезнь начинается с подъема температуры до 39–40 °С, развития симптомов интоксикации. Далее события могут идти по нескольким сценариям:

- Преобладание симптомов поражения желудочно-кишечного тракта: боли в животе (преимущественно в правой половине), понос. В этом случае иерсинии остаются в основном в кишечном тракте, не прорываясь в лимфатическую систему, и болезнь продолжается обычно около 7 дней.
- Экзантемная или скарлатиноподобная форма: на фоне лихорадки и симптомов интоксикации развивается покраснение лица и конечностей (симптомы «капюшона», «перчаток», «носков»), а также зева, на теле появляется сыпь, похожая на скарлатинозную.
- Преобладание симптомов поражения суставов: на фоне лихорадки и симптомов интоксикации появляются сильные боли в суставах. Может наблюдаться сыпь, расстройство стула, но они выражены слабее.
- Желтушная форма: на фоне лихорадки и симптомов интоксикации развивается желтуха.
- Преобладание симптомов поражения дыхательной системы: боль в горле, насморк, кашель, бронхит.
- Смешанная форма: сочетание симптомов двух и более форм болезней.



Бактерия, вызывающая псевдотуберкулез, — ближайшая родственница возбудителя чумы.

Лечение:

- постельный режим, щадящая диета
- антибактериальная терапия по назначению врача. Она продолжается 2 недели, чтобы избежать рецидивов заболевания. Поэтому важно пропить полный курс антибиотиков, даже если состояние больного улучшилось
- дезинтоксикационная и антиаллергическая терапия по показаниям
- общеукрепляющая терапия в период выздоровления

Сложнения. При ослабленном иммунитете иерсинии «вырываются» из лимфатической системы, распространяясь по всему организму, образуя гранулемы во всех органах и приводя к их недостаточности. Такое тяжелое течение болезни носит название генерализованной или септической формы и может закончиться смертью.

К тяжелым последствиям может привести развившийся во время болезни менингит, а также аппендицит, вызванные иерсиниозным воспалением.

Профилактика. Борьба с грызунами. Санитарный надзор за источниками водоснабжения, работой пищевых предприятий.

Поскольку передача заражения от человека человеку невозможна, карантин не накладывается.

Во избежание заражения не рекомендуется употреблять в пищу перезимовавшие овощи без термической обработки.

**БОТУЛИЗМ**

Особенная пищевая токсикоинфекция, при которой поражается не только желудочно-кишечный тракт, но и нервная система, что и определяет тяжесть болезни.



Возбудитель — особый вид клостридии, выделяющей специфический токсин. Эти бактерии широко распространены в природе, живут в земле, размножаются на трупах животных, без доступа кислорода (например, в толще мышц). Способны образовывать споры и в этом состоянии очень устойчивы.

Основной путь заражения — пищевой. Человек заражается, съев инфицированный продукт, как правило, в виде консервов: грибных, овощных, мясных и рыбных, а также копченого мяса, колбас.

Попав с организмом ботулотоксин поражает гладкую мускулатуру: особый тип мышечной ткани, принимающий участие в управлении диаметром кровеносных сосудов, дыхательных путей, подвижностью желудочно-кишечного тракта, функционированием матки и мочевого пузыря, в регулировании диаметра зрачка глаза и многих других функций всех систем организма. Нарушением функционирования гладкой мышечной ткани и развитием вследствие ее кислородной недостаточности и обусловлены симптомы ботулизма.

Возбудителя ботулизма открыл в 1895 году ученик Роберта Коха бельгийский бактериолог Ван Эрменгем, который исследовал случай отравления на похоронах сразу 34 музыкантов из местного оркестра и идентифицировал его как клостридию.

Симптомы. Инкубационный период составляет 2–24 часа. Появляются боли в эпигастральной области, рвота, мучительный метеоризм, сухость во рту. Понос не характерен, чаще, вследствие паралича гладких мышц кишечника, встречается запор. Температура тела, как правило, остается нормальной, но быстро развивается сильная слабость.

Специфические для этого заболевания симптомы появляются на 3–4 часу заболевания. Наблюдается двоение в глазах, появление перед глазами «пелены» или «сетки», невозможность читать, четко различать предметы — это проявления паралича гладкой мышцы, сужающей зрачок. Нарушаются и движения глаз до полной их неподвижности (парез взора), глаза могут быть скошенными, может появиться их дрожание (так называемый нистагм), развивается опущение век.

Речь становится неразборчивой, так как артикуляция невозможна, нарушается глотание.

Позже развивается затруднение дыхания, которое может привести к смерти.



Название «ботулизм» происходит от латинского слова *botulus* — колбаса, так как в Европе именно она служила самой частой причиной отравлений. В России, где отравления чаще случались от употребления копченого балыка, болезнь называли ихтизм.

Лечение. Госпитализация при ботулизме обязательна, так как без специфического лечения погибает 25 % больных.

Главный способ лечения — нейтрализация токсина с помощью введения специфической противоботулинической сыворотки. Для борьбы с возбудителем применяют антибиотики.

Осложнения. Наиболее частым осложнением ботулизма является пневмония, вызванная застоем в легких из-за нарушения функционирования дыхательных мышц.

Профилактика. Санитарно-эпидемиологическая служба следит за соблюдением мер безопасности при приготовлении, хранении и продаже консервов.

Большое значение имеет также информирование населения о правилах безопасной консервации, хранения и проверки качества домашних консервов:

- Тщательно мыть овощи и грибы, используя щетки и сита. На продуктах, подготовленных к консервации, не должно остаться земли.

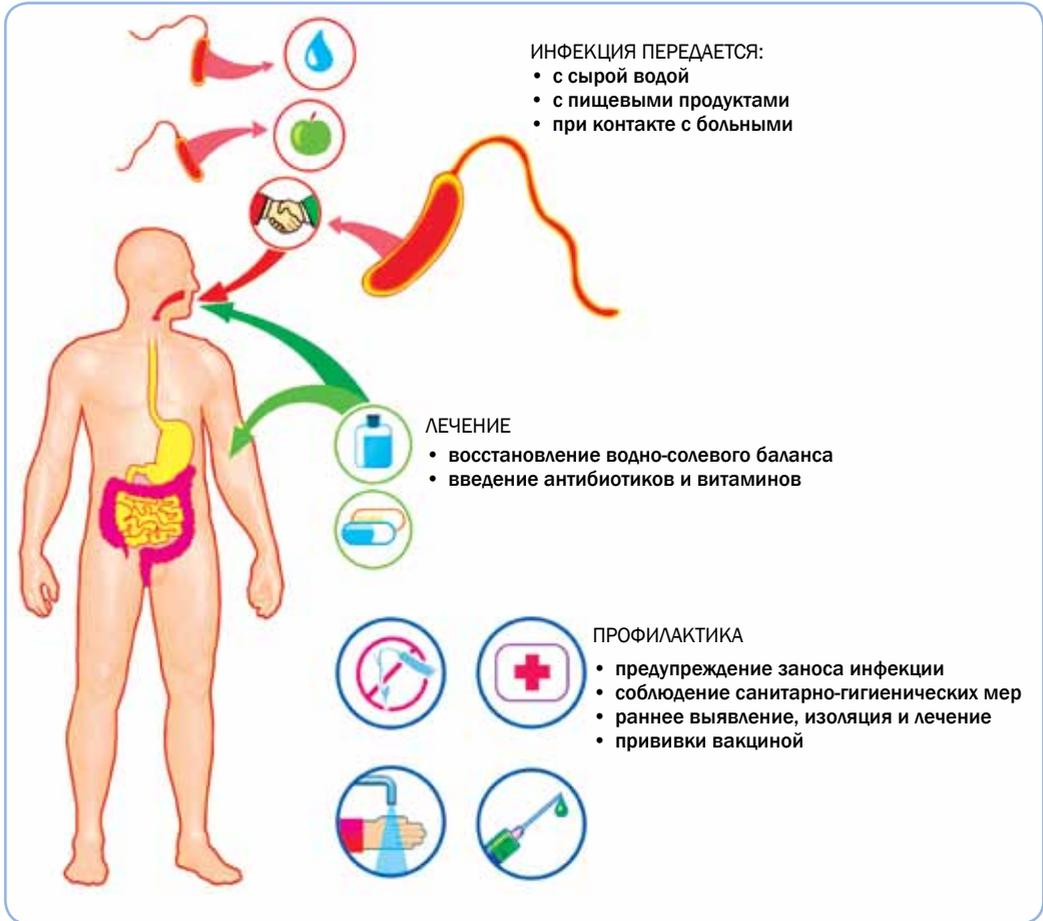
- Не консервировать залежавшиеся продукты.
- Добавлять пищевые кислоты (уксус) в продукты при консервации, так как возбудитель ботулизма не развивается в кислой среде.
- Лучше использовать консервы, которые хранятся с доступом воздуха в незакатанных банках.
- Не есть продукты из банок со вздувшимися или слетевшими крышками.
- Не покупать домашние консервы (особенно с закатанными крышками) у продавцов, в которых не уверены.
- Кипячение продуктов в течение 10–15 минут перед употреблением убивает возбудителей ботулизма. Поскольку дети особенно восприимчивы к ботулизму, обязательно кипятить домашние консервы, прежде чем дать им.
- Не рекомендуется консервировать в домашних условиях мясо, рыбу, зелень; закатывая их в банки. Хорошие способы консервации зелени: засолка и замораживание.
- Необходимо строго соблюдать правила стерилизации банок, крышек и режим тепловой обработки продуктов в домашних условиях.

ХОЛЕРА

Холера характеризуется поражением тонкого кишечника, нарушением водно-солевого обмена, различной степенью обезвоживания из-за потери жидкости с водянистыми испражнениями и рвотными массами.



Возбудитель — холерный вибрион — слегка изогнутая палочка в форме запятой («запятая»



Коха»), имеющая на конце жгутик, способный выделять токсины как при жизни, так и после гибели. Чувствителен к высушиванию и к хлорсодержащим средствам дезинфекции, к ультрафиолетовому облучению и к кипячению. Может долгое время сохраняться в водоемах и в организмах лягушек и ракообразных, особенно при низких температурах.

Заражение возможно только от человека. Источником заболевания может быть больной человек (максимум заразности на 3–5 день), выздоравливающий (может выделять вирус в течение 2–4 недель) и вирусоноситель. Механизм заражения фекально-оральный: через грязные руки и инфицированную пищу или воду: при контакте, при питье некипяченой воды, купании в зараженных водоемах, при употреблении продуктов, не подвергавшихся термической

обработке (овощи, фрукты, парное молоко, креветки, устрицы). Вибрион могут переносить бытовые насекомые (мухи, тараканы).

Низкий санитарный уровень является основным условием заражения холерой, особенно при войнах, стихийных бедствиях и катастрофах. Особенно крупные эпидемии наблюдаются при нарушении доступа населения к хлорированной и кипяченой воде или при авариях в сети в результате перепада давления и подсоса в трубы грунтовых вод.

Попав в организм вибрионы размножаются в тонкой кишке и продуцируют токсин, который перенастраивает клеточные мембраны кишечника так, что они прекращают всасывать жидкость. Она выводится из организма с поносом и рвотой, в результате чего наступает тяжелое обезвоживание и нарушения электролитного баланса.

Симптомы. Инкубационный период длится от нескольких часов до 5 суток. Не наблюдается ни лихорадки, ни продромальных синдромов. Ведущий симптом — понос. Характер стула сначала кашицеобразный, затем водянистый, похожий на рисовый отвар, иногда окрашенный желчью (что объясняет название болезни).

В легких случаях стул может быть от 3 до 10 раз в день, в тяжелых — более 20 и рвота фонтаном.

Чем тяжелее протекает заболевание, тем быстрее нарастает обезвоживание, кожа становится сухой, сморщивается, человек выглядит неожиданно состарившимся, у него появляются морщины на лице и на руках (так называемые руки прачки), западают глаза.

Тоны сердца приглушены, давление падает, прекращается выделение мочи, нарушается сознание. Особенно тяжело протекает холера, если к ней присоединяются другие кишечные инфекции: дизентерия, амебиоз (амебная дизентерия), вирусный гепатит, тифо-паратифозные сальмонеллезы.

Все упоминания о холере начинаются с Гиппократа, а он жил в V веке до нашей эры. В те далекие времена холера бушевала в долинах рек Ганг и Брахмапутра, за это она получила название «азиатской холеры».

До середины XX века люди пережили шесть эпидемий холеры. Почти все они начинались в Индии, а оттуда болезнь перебиралась в Азию, Африку и Европу, плавно перемещаясь в Америку и Россию.

Во время эпидемий холеры в Европе болезнь редко возникала у работников средневековых пивоварен. Немецкий микробиолог Роберт Кох доказал, что вибрионы холеры гибнут в пиве всего за несколько часов.

Лечение. Во время эпидемии диагноз холеры можно ставить на основании только клинических симптомов. Больных госпитализируют в специализированный инфекционный стационар, лечат в особых условиях с соблюдением всех санитарных норм. Лечение проводится антибактериальными препаратами. Важное значения имеет ре-

гидратация: в легких случаях приемом внутрь растворов электролитов, в тяжелых — парентеральным введением жидкости.

Осложнения связаны с потерей жидкости и ионов калия, кальция, магния. Потеря жидкости может приводить к атонии кишечника, падению давления, нарушениям сердечного ритма, нарушениям периферического кровообращения. Падение давления вызывает нарушение выделительной функции почек, что ведет к самоотравлению организма. Все эти патологические процессы действуют на головной мозг, вызывая нарушение кровообращения в мозговых сосудах, расстройство функций центральной нервной системы и сознания больного, сонливость, оцепенение и кому.



Без лечения смертность достигает 20–50 %. При своевременном начале лечения она составляет около 1 %.

Профилактика. В настоящее время наиболее распространена холера, вызываемая вибрионом типа Эль-Тор. Особенности ее являются возможность длительного вибриононосительства (до 50 % больных). Вероятно и носительство при классической холере (число здоровых вибриононосителей около 20 % от общего числа больных).

Поэтому больных выписывают не просто после клинического выздоровления, а только после 3 отрицательных анализов кала, взятых 3 дня подряд после отмены антибиотиков. Также проводится однократное исследование желчи, так как у небольшого числа лиц пожилого возраста, перенесших холеру, отмечается формирование состояния хронического носительства возбудителя в желчном пузыре.

За лицами, прибывающими из неблагополучных по холере регионов, осуществляется наблюдение в течение 5 дней с однократным взятием кала на анализ.

Важное значение имеет контроль за чистотой источников водоснабжения и хлорирование воды.

Имеются противохолерные вакцины, но их срок действия короткий (3–6 месяцев), поэтому они применяются только в очагах инфекции по эпидемиологическим показаниям.



ПИТАНИЕ ПРИ ОСТРЫХ ПОНОСАХ

Режим питания 5–6 раз в день небольшими порциями.

Супы

Рекомендуют на обезжиренном слабом мясном или рыбном бульоне с добавлением слизистых отваров круп: манной, риса; вареного и протертого мяса, паровых кнелей и фрикаделек, яичных хлопьев.

Исключают супы с овощами, макаронными изделиями, молочные, крепкие и жирные бульоны.

Хлеб и мучные изделия

Рекомендуют сухари из 200 г пшеничного хлеба высшего сорта, тонко нарезанные и неподжаристые.

Исключают другие хлебобулочные и мучные изделия.

Мясо и птица

Рекомендуют нежирные и не жилистые сорта говядины, телятины, кур и индеек без кожи, кроликов. Паровые или сваренные на воде котлеты, кнели, фрикадельки. Фарш с вареным рисом вместо хлеба 3–4 раза пропускают через мелкую решетку мясорубки. Суфле из отварного мяса.

Исключают жирные виды и сорта мяса, мясо куском, колбасы и другие мясные продукты.

Рыба

Рекомендуют нежирные виды свежей рыбы куском и рубленые (кнели, фрикадельки, котлеты), сваренные на пару или в воде.

Исключают жирные виды, соленую рыбу, икру, консервы.

Молочные продукты

Рекомендуют свежеприготовленный кальцинированный или пресный протертый творог, паровое суфле.

Исключают цельное молоко и другие молочные продукты.

Яйца

Рекомендуют до 1–2 в день всмятку, паровой омлет и в блюда.

Исключают яйца вкрутую, сырые, жареные.

**Крупы**

Рекомендуют протертые каши на воде или обезжиренном бульоне из риса, овсяных хлопьев, гречи, крупяной муки.

Исключают пшено, перловую, ячневую крупу, макаронные изделия, бобовые.



Овощи только в виде отваров, добавляемых в супы.

Закуски исключают.

Флоды, сладкие блюда, сладости

Рекомендуют кисели и желе из черники, кизила, черемухи, айвы, груш. Протертые сырые яблоки. Сахар ограниченно.

Исключают фрукты и ягоды в натуральном виде, сухофрукты, компоты, мед, варенье и другие сладости.



Соусы и пряности только как обезжиренный бульон и сливочное масло в блюда.

Напитки

Рекомендуют чай, особенно зеленый, черный кофе и какао на воде. Отвары из шиповника, сушеной черники, черной смородины, черемухи, айвы. При переносимости разведенные свежие соки из ягод и фруктов, кроме винограда, слив, абрикосов.

Исключают кофе и какао с молоком, газированные и холодные напитки.



Жиры только очень свежее сливочное масло по 5 г на порцию готового блюда.

РАСТИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ОТ ПОНОСА

Отвар травы зверобоя

1 ст. ложку травы залить стаканом воды, кипятить 10 мин, остудить, процедить. Принимать по $\frac{1}{2}$ стакана 3 раза в день за 30 мин до еды.

Отвар корневища горца змеиного

10 г сырья измельчить на куски размером не более 3 мм, залить 1 стаканом воды комнатной температуры, закрыть и нагревать на кипящей водяной бане, периодически помешивая в течение 30 мин. Процедить немедленно после снятия с водяной бани. Принимать по 1 ст. ложке 3–4 раза в день перед едой.



Отвар корневища и корней кровохлебки

1 ст. ложку нарезанного корня залить 1 стаканом кипящей воды, кипятить 30 мин, остудить и процедить. Принимать по 1 ст. ложке 5–6 раз в день.

Настой коры ольхи

15 г сырья залить 1 стаканом кипятка, настаивать в теплом месте 30 мин, процедить. Принимать по 1 ст. ложке 3–4 раза в день.



Отвар соплодий ольхи

10 г сырья залить 1 стаканом кипятка. Нагревать на водяной бане в течение 10 мин, процедить, отжать, довести теплой кипяченой водой до первоначального объема. Принимать по $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ стакана 2–3 раза в день.

Чай из цветков ромашки аптечной

1 ст. ложку цветков ромашки заварить 1 стаканом кипящей воды, охладить, профильтровать. Принимать по $\frac{1}{2}$ стакана 2–3 раза в день.

Отвар из цветков ромашки

1 ст. ложку цветков залить 1 стаканом горячей кипяченой воды, закрыть крышкой и нагревать на водяной бане 15 мин. Охладить, процедить, отжать. Довести объем кипяченой водой до первоначального. Принимать по 1–5 ст. ложек (в зависимости от возраста) 2–3 раза в день.

**Настой из листьев манжетки обыкновенной**

1 ст. ложку сырья залить 1 стаканом кипятка, настоять 4 ч. Принимать по $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ стакана 3–4 раза в день за 10 мин до еды.

Настой таволги вязолистной (лабазника)

1 ч. ложку травы с цветками залить 1 стаканом холодной кипяченой воды и настаивать 8 ч в закрытом сосуде. Процедить. Принимать по $\frac{1}{3}$ стакана 4 раза в день до еды.

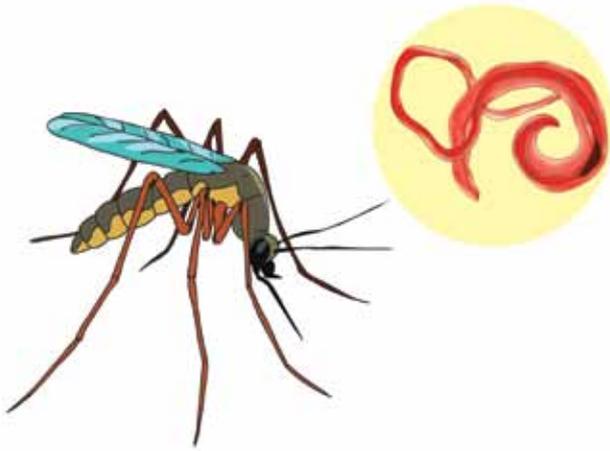


ПРОТОЗОЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Протозойные инфекции представляют собой заболевания, которые вызываются микроорганизмами из группы простейших.

МАЛЯРИЯ

Малярия, известная также под названиями «болотная лихорадка», «перемежающаяся лихорадка», «пароксизмальная малярия», — паразитарное заболевание, вызываемое несколькими видами простейших и передаваемое при укусе комара.



Возбудитель — малярийный плазмодий — простейшее, которое за время своей жизни меняет 2 хозяев: комара и человека. В желудке комара происходит стадия полового размножения плазмодиев с выделением до 10 000 «деток», которые накапливаются в слюнных железах насекомого. При укусе они попадают в кровь человека и оттуда мигрируют в печень, где проходят стадию бесполого размножения, снова увеличивая свою численность в тысячи раз, и разрушают клетки печени, снова выходя в кровь, где внедряются в эритроциты. Там они созревают, образуя мужские и женские особи, и с новым укусом комара попадают в его желудок, чтобы продолжить цикл размножения.



Кроме возбудителей малярии человека существует более 60 видов плазмодиев, например обезьян, птиц, грызунов, ящериц. Число выявленных видов с каждым годом увеличивается.

Возбудитель малярии был открыт в 1880 году в Алжире французским военным врачом Шарлем Луи Альфонсом Лавераном, позже ставшим сотрудником Института Пастера.

Симптомы. Инкубационный период при разных видах малярии колеблется от 9 до 17 дней. В северных районах (между 50° и 60° северной широты) инкубационный период малярии, вызванной так называемыми северными штаммами плазмодия, может удлиниться до 6–9 месяцев.

Для малярии характерны приступы лихорадки, при которых температура поднимается до 40 °С, развиваются симптомы интоксикации, а затем через 6–8 часов жар быстро спадает. Эти циклы повторяются раз в 3 дня при трехдневной малярии, раз в 4 дня — при четырехдневной и без устойчивых закономерностей при тропической.

Печень и селезенка увеличиваются, развивается анемия, появляется слабое желтушное окрашивание склер, затем желтеет кожа. Без лечения лихорадочный период продолжается до 2 месяцев. После 10–12 приступов состояние больного улучшается, но сохраняется анемия и увеличение печени, наблюдается уменьшение количества мочи. Примерно через 2 месяца приступы лихорадки возвращаются. Нелеченное заболевание может продолжаться несколько лет.

Лечение. Существует большое количество специальных противомалярийных средств, уничтожающих возбудителя на разных стадиях развития. Конкретный препарат, дозировку и режим приема должен установить врач.

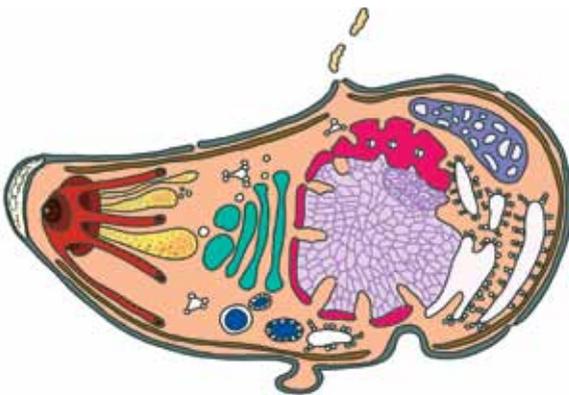
При почечной или печеночной недостаточности применяют дезинтоксикационную и интенсивную терапию.

Большое значение для выздоровления имеет рациональное питание. Назначается диета из легкоперевариваемых, не способствующих метеоризму и запорам про-

дуктов. Исключаются блюда, содержащие грубую клетчатку, жирные, соленые, трудноперевариваемые. Пищу готовят в рубленом и протертом виде, варят в воде или на пару. Режим питания 5–6 раз в день небольшими порциями. Из напитков рекомендуются кисломолочные продукты, чай с лимоном, некрепкие чай и кофе с молоком, разбавленные соки фруктов и ягод, овощей; отвар шиповника и пшеничных отрубей, морсы.

Осложнения. Тяжелыми осложнениями малярии являются почечная и печеночная недостаточность. Опасны рецидивы болезни, поэтому выздоравливающему больному рекомендуется регулярно измерять температуру, чтобы не пропустить нового приступа лихорадки.

Профилактика. За неделю до выезда в жаркие страны, где возможно заражение малярией, следует начинать регулярный прием противомалярийного препарата, который подберет инфекционист в зависимости от страны, куда планируется поездка. Прием препарата необходимо продолжать весь период пребывания в тропических странах и один месяц после возвращения на родину. Рекомендуется использовать средства защиты от укусов комаров: смазывать открытые части тела отпугивающими средствами (репеллентами), засетчивать окна и двери сеткой или марлей, обрабатывать помещения аэрозольными инсектицидами.



ТОКСОПЛАЗМОЗ

Еще одна протозойная инфекция, которой люди могут заразиться от домашних животных. Особенно опасна для беременных женщин.

Возбудитель — токсоплазма — внутриклеточный паразит, который проходит несколько стадий размножения, меняя свою форму и хозяев. Человек является для него промежуточным хозяином, в его клетках токсоплазма проходит стадию бесполого размножения делением и, разорвав клетки, выходит в кровь, поражая новые клетки. Окончательным хозяином токсоплазмы являются кошки. Разумеется, они заражаются не от человека, а поедая грызунов, которые также выступают в роли промежуточных хозяев. Человек заражается фекально-оральным путем, убирая экскременты за больными кошками.

Попав в организм человека, токсоплазмы внедряются в лимфатическую систему, оттуда в кровь и затем в органы: печень, селезенку, нервную систему, глаза, миокард, скелетные мышцы. Там они размножаются, образуя цисты, своеобразные пузыри, наполненные возбудителями, и вызывают сильные аллергические реакции.

Токсоплазмы быстро погибают при нагревании. Чувствительны к дезинфицирующим растворам.

Симптомы. Инкубационный период длится около 2 недель.

Острый токсоплазмоз (встречается редко) протекает со слабо выраженными симптомами интоксикации (слабость, утомляемость, раздражительность, плаксивость, головная боль, боли в мышцах) и заканчивается спонтанным выздоровлением.

В большей части случаев токсоплазмоз протекает в хронической форме, как заболевание с длительной субфебрильной температурой, симптомами хронической интоксикации (снижение аппетита, вялость, постоянные головные боли, снижение работоспособности и памяти), а также с поражениями сердца, печени, глаз, суставов и мышц. Характерны поражения нервной системы (неврозы, раздражительность, мнительность), поражения эндокринной системы (нарушения менструального цикла у женщин, нарушения потенции у мужчин), воспаления глаз, прогрессирующая близорукость.

Лечение. Используют антибиотики и специальные антипаразитарные препараты, антиаллергические средства, иммуностимуляторы. Их применяют как у взрослых, так и у младенцев при врожденном токсоплазмозе.

Осложнения. Наиболее тяжелым осложнением токсоплазмоза является врожденный токсо-

плазмоз. Он опасен только при свежем заражении женщины во время первой половины беременности или незадолго перед ней. Если женщина болеет хроническим токсоплазмозом, беременность для нее не противопоказана.

При врожденном токсоплазмозе у младенца отмечается лихорадка, увеличение печени и селезенки, нередко развивается желтуха, сыпь и энцефалит. При переходе из острой формы в хроническую могут развиваться водянка головного мозга (гидроцефалия), эпилепсия, поражения глаз. Следствием этих осложнений будет недоразвитие полушарий головного мозга, задержка физического и психического развития, слабоумие. В сетчатке глаза формируются гранулемы (воспаление и патологическое разрастание ткани), что приводит к слепоте. Острый период может протекать и внутриутробно, тогда младенец рождается с пороками развития. Беременность также может закончиться выкидышем на раннем сроке.

Профилактика. Соблюдение правил термической обработки мяса.

Если домашние кошки выходят на улицу, убирать их туалет необходимо в перчатках. Стоит регулярно проверять кошек на токсоплазмоз у ветеринара, постараться оградить их от контактов с бродячими животными, не кормить кошек сырым мясом, не прошедшим ветеринарный контроль. Заболевших или контактирующих с больными животными кошек изолируют и лечат, их фекалии и рвотные массы уничтожают термическим или химическим путем.

Особую осторожность следует соблюдать беременным. Если заражение все же произошло, то для сохранения беременности и рождения здорового ребенка в начале и в конце беременности проводят по 1–2 курса противотоксоплазмозной терапии.



Для людей, зараженных токсоплазмозом, характерны усиленное переживание чувства вины, неуверенность и беспокойство. Возможно, это связано с воздействием антител на клетки лимбической системы — отдела головного мозга, отвечающего за эмоциональный настрой.



СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	1
Заболелания, вызываемые вирусами	2
Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)	2
Грипп	4
Народные средства для усиления иммунитета	6
Ветряная оспа	8
Корь	9
Краснуха	11
Паротит эпидемический	12
Натуральная оспа	13
Гепатит А	14
Гепатит В	15
Диета при острых гепатитах	18
Народные средства при гепатитах	19
Клещевой энцефалит	20
СПИД	22
Острые вирусные диареи	24
Заболелания, вызываемые бактериями	26
Дифтерия	26
Скарлатина	28
Коклюш	30
Туберкулез	31
Боррелиоз, или болезнь Лайма	33
Сибирская язва	34
Чума	36
Сыпной тиф	38
Пищевые токсикоинфекции	40
Коли-инфекция	42
Сальмонеллез	44
Дизентерия	45
Брюшной тиф	48
Псевдотуберкулез	49
Ботулизм	50
Холера	51
Питание при острых поносах	54
Растительные средства от поноса	56
Протозойные инфекции	58
Малярия	58
Токсоплазмоз	59

УДК 616.9
ББК 55.1
П 26

«Семейная энциклопедия здоровья»

Первушина Елена Владимировна

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Научно-популярное издание

Научный редактор доктор медицинских наук, профессор В. Н. Федорец

Ответственный редактор *Е. Целовальникова*. Художественный редактор *Ю. Прописнова*

Технический редактор *Е. Траскевич*. Корректор *Е. Волкова*

Верстка *О. Солодовниковой*

Иллюстрации *О. Дянкиной, Е. Морозова и В. Титова*

Руководитель проекта *А. Галль*

ISBN 978-5-367-02549-1

© ЗАО «Торгово-издательский дом «Амфора», 2015

Первушина Е.

П 26 Инфекционные болезни: Меры профилактики и лечения / Елена Первушина. — СПб. : ЗАО «Торгово-издательский дом «Амфора», 2015. — 62 с. : ил.