**Детские инфекционные заболевания**

**Корь**

Заражение корью происходит от больного человека, который представляет опасность с момента заболевания и первые 4 дня после появления сыпи. Возбудитель кори — фильтрующийся вирус; он заселяет слизистые оболочки дыхательных путей больного и отсюда при кашле, чиханье, крике и разговоре распространяется воздушно-капельным путем. Капельки, содержащие вирус, токами воздуха легко разносятся по помещению, где находится больной; они могут проникнуть в соседние комнаты, в квартиры, соединенные общим коридором. Иногда вирус кори может переноситься с воздухом через дверные и стенные щели, вентиляционные ходы и т. д.

 С момента заражения до появления первых признаков заболевания проходит 9—10 дней (инкубационный период). Болезнь начинается подъемом температуры и так называемыми катаральными явлениями (насморк, кашель, охриплость голоса, покраснение конъюнктивы глаз, слезотечение). Через 3—4 дня вместе с. новым подъемом температуры на лице и шее, а затем на туловище и конечностям появляется красная пятнистая сыпь. Период сыпи продолжается 4—5 дней. Затем сыпь гаснет, оставляя буроватую пятнистость кожи, температура падает и начинается выздоровление.

 При первых же признаках заболевания ребенка нужно вызвать врача, который еще до высыпания устанавливает диагноз кори, назначает правильный режим и лечение. Водить заболевшего ребенка в поликлинику не следует, так как он может заразить других детей. Больной ребенок, конечно, не должен посещать детские учреждения.

 Что нужно сделать для того, чтобы препятствовать распространению коревой инфекции? При первых признаках заболевания ребенка следует изолировать от других детей. Дети, находившиеся в контакте с больным, не должны посещать детские учреждения в течение 17 дней.

 Высокоэффективной мерой в отношении детей, общавшихся с больным, служит применение гамма-глобулина. Он вводится внутримышечно.

Прививки производят путем однократной подкожной инъекции вакцины. Вакцинации подлежат дети в 10—12-месячном возрасте.

В настоящее время имеются основания ожидать, что начавшееся в нашей стране в связи с повсеместной вакцинацией значительное снижение заболеваемости корью будет прогрессировать. Создаются реальные возможности ликвидации этой инфекции.

**Краснуха**

Возбудитель краснухи — фильтрующийся вирус; свойства его в настоящее время хорошо изучены. Заражение происходит от больного человека, который выделяет вирус в течение нескольких дней после начала заболевания и утрачивает заразительность через 5 дней после высыпания краснушной сыпи.

 Распространение инфекции происходит воздушно-капельным путем примерно с той же интенсивностью, что и при кори. Беременные женщины при возникновении у них краснухи даже в бессимптомной форме могут явиться источниками внутриутробного заражения плода.

 Скрытый период краснухи продолжается в среднем 18 дней (от 15 до 21 дня).

 Начало заболевания проявляется небольшим подъемом температуры, обычно до 38°, и сыпью; нередко в течение всей болезни температура остается нормальной. Общее состояние больного обычно не нарушается. У части больных наблюдаются слабо выраженные насморк и кашель.

 Сыпь в виде бледно-красных пятнышек появляется на лице, шее и в течение нескольких часов распространяется по всему телу.

 Типичным признаком краснухи является припухание заднешейных, затылочных и других лимфатических узлов. Припухшие лимфатические узлы увеличены до размеров крупной горошины, плотноваты и слегка болезненны на ощупь. Увеличение заднешейных и затылочных узлов иногда определяется на глаз.

Ребенок, больной краснухой, подлежит изоляции до 5-го дня с момента высыпания. За рубежом и в СССР успешно разрабатываются прививки против краснухи. Вопрос о вакцинации против краснухи широко обсуждался на специальной международной конференции медиков в 1969 г.

 **Скарлатина**

Скарлатина вызывается микробом, называемым стрептококком. Под микроскопом он выглядит в виде расположенных цепью мелких шариков (кокков). Скарлатинозный стрептококк обладает способностью выделять сильный бактерийный яд.

 Заражение скарлатиной происходит от больного человека, который с носовой и глоточной слизью выделяет возбудителя в окружающую среду. Даже и при современном активном лечении больной заразителен в течение некоторого времени и после полного исчезновения признаков болезни (до 21—22-го дня с момента ее начала). Наибольшую опасность для окружающих он представляет в первые 10 дней. При наличии у выздоравливающего частых осложнений (например, гнойного воспаления ушей) или воспалительного состояния зева и носоглотки заразительность его может быть особенно длительной. Распространенное и до сего времени среди населения представление о шелушении кожи, часто наблюдаемом у выздоравливающих после скарлатины детей, как о показателе заразительности ничем не обосновано.

 Источником заражения могут быть не только больные с выраженными признаками скарлатины, но также и те, у которых она протекает в очень легкой, стертой форме. Такие больные часто не обращаются за врачебной помощью или же скарлатина у них не распознается правильно. Поэтому они, не будучи изолированными, представляют серьезную опасность для окружающих. Наконец, заражение может произойти и от здоровых носителей скарлатинозного стрептококка.

 Передача инфекции восприимчивым людям происходит главным образом воздушно-капельным путем на относительно близком расстоянии от больного (несколько метров). Значительно реже заражение может произойти через различные предметы, которыми пользовался или которые находились вблизи от больного (белье, одежда, посуда, игрушки, книги, мебель и др.).

 Скрытый период скарлатины продолжается 2—7 дней; иногда он может несколько затягиваться.

 Заболевание начинается остро: быстро поднимается температура, появляется общее недомогание, боль в горле при глотании. Один из частых начальных симптомов болезни — рвота, иногда неоднократная. При осмотре зева больного обнаруживаются яркая краснота и иногда белые или грязно-желтые налеты на миндалинах (ангина), припухшие подчелюстные лимфатические узлы. Уже на первый, реже на второй день болезни на всей коже появляется красная или ярко-розовая сыпь — мелкие, величиной с маковое зернышко, густо расположенные пятнышки. Нередко отмечается кожный зуд.

 Все признаки болезни держатся 3—5 дней, а затем постепенно исчезают. К концу первой или в начале второй недели появляется шелушение кожи, особенно выраженное на ладонях и подошвах.

 чаще наблюдается скарлатина с легким течением без выраженной интоксикации. В некоторых случаях отдельные признаки болезни (сыпь, повышение температуры и т. д.) выражены очень слабо или же совсем отсутствуют (стертая форма). При отсутствии такого важного признака, как сыпь, скарлатина может быть принята за обычную ангину.

Каждый больной должен быть изолирован в больнице или в домашних условиях. При домашней изоляции больного, по возможности, следует поместить в отдельную комнату, освободив ее от лишней обстановки и предметов. Уход за больным обеспечивается одним-двумя членами семьи с соблюдением соответствующих правил профилактики. Изоляция как в больнице, так и на дому продолжается не менее 10 дней; при необходимости по заключению врача этот срок удлиняется. Посещение детьми, выздоровевшими после скарлатины, яслей, детских садов, первых двух классов школы допускается после дополнительного 12-дневного срока, т. е. не ранее чем через 22 дня после начала болезни.

 **Дифтерия**

Дифтерия вызывается микробом, имеющим под микроскопом вид тонкой палочки; по имени открывшего ее ученого она называется палочкой Леффлера.

 Сущность болезни можно кратко изложить так. Возбудитель дифтерии поселяется на слизистых оболочках зева, носоглотки и верхних дыхательных путей (гортани, трахеи) заразившегося ребенка. Реже он может заселять конъюнктиву глаз, слизистую оболочку наружных половых органов и поврежденную кожу. Поселившись на слизистой оболочке, дифтерийная палочка быстро размножается и выделяет токсин. Под действием последнего образуются белые или серовато-белые пленки, относительно плотно сидящие на слизистой оболочке. Это — одно из основных проявлений дифтерийного заболевания. Дифтерийный токсин со слизистых оболочек всасывается в кровь и отравляет весь организм, поражая ряд жизненно важных органов.

 После заражения начинается скрытый период дифтерии, продолжающийся от 2 до 10 дней.

 В зависимости от места проникновения и локализации дифтерийных микробов наблюдаются различные формы болезни: дифтерия зева, носа, гортани, глаз, наружных половых органов и кожи.

Дифтерия зева. Болезнь начинается недомоганием и обычно умеренным повышением температуры (до 38—38,5°). Больной испытывает боли в горле, появляется припухание подчелюстных лимфатических узлов. При осмотре зева больного обнаруживаются покраснение слизистой оболочки и белые или серовато-белые пленчатые налеты на миндалинах и реже на мягком небе. Чем распространеннее налеты, тем сильнее отравление организма дифтерийным ядом и тяжелее течение болезни.

 В самых легких случаях налеты выглядят в виде небольших островков на поверхности миндалин. При тяжелых формах дифтерии пленки выстилают всю слизистую оболочку зева и глотки. Появляется неприятный гнилостный запах изо рта; подчелюстные лимфатические узлы значительно увеличиваются, в окружении их появляется большой отек. Это так называемая токсическая форма, при которой наблюдается сильнейшее отравление организма токсином, что создает серьезную угрозу для жизни ребенка.

Дифтерия носа проявляется упорно протекающим насморком. Из носовых отверстий вытекают слизисто-гнойные, кровянистые выделения; носовое дыхание затрудняется или становится невозможным. Общее состояние (особенно при заболевании старших детей) может быть совсем не нарушено, а температура— незначительно повышенной или нормальной. Именно поэтому при заболевании ребенка дифтерией носа родители особенно не тревожатся и в большинстве случаев поздно обращаются за врачебной помощью.

Дифтерия гортани, или круп, вначале характеризуется повышением температуры, охриплостью голоса и грубым лающим кашлем. Все явления болезни быстро нарастают; охриплость усиливается вплоть до полной потери голоса, а в конце первых или на вторые сутки болезни развивается расстройство дыхания. Оно становится звучным, слышным даже на расстоянии. Затруднение дыхания нарастает. Если больному при этом не оказать срочную медицинскую помощь, восстанавливающую проходимость дыхательных путей, наступает конечная стадия болезни — удушье: ребенок синеет, мечется в кровати, быстро слабеет; сердечная деятельность у него падает. Наступает смерть от удушья. К счастью, в наше время подобный исход — явление исключительно редкое.

 При всем разнообразии проявлений дифтерии ее характерные особенности позволяют врачу правильно распознать болезнь. Большую помощь в диагностике оказывает бактериологическое исследование слизи из зева и носа на присутствие дифтерийных палочек. Больные, у которых в начале болезни трудно установить диагноз дифтерии, помещаются в изолятор, где производятся все необходимые исследования.

 Дифтерийный токсин оказывает сильное действие на ряд жизненно важных органов и обусловливает развитие тяжелых осложнений: поражения мышцы сердца (миокардит), нервов с развитием параличей (полиневрит), почек. При дифтерийном крупе нередко возникает воспаление легких.

 Источником заражения дифтерией является больной человек. Он опасен в течение всей болезни и обычно некоторое время после полного исчезновения всех ее проявлений. После перенесенной дифтерии нередко наблюдается бактерионосительство, длительность которого исчисляется днями, неделями и в редких случаях даже месяцами. Бактерионосительство встречается не только у переболевших дифтерией, но и у здоровых людей (детей и взрослых). Оно особенно часто развивается в непосредственном окружении больного, например у членов его семьи.

 Возбудитель дифтерии, находящийся на слизистых оболочках глотки и носа больного или бактерионосителя, передается здоровым людям воздушно-капельным путем.

 Дифтерийная палочка, попадая на различные объекты внешней среды, может длительно сохранять свою жизнеспособность. Белье, одежда, посуда, игрушки, книги, бывшие в пользовании больного, обстановка и помещение, где он находился, — все это может сохранить инфекцию и послужить средством ее передачи здоровому человеку.

 Профилактические прививки, обеспечивая невосприимчивость детей к дифтерии, являются мощным, высокоэффективным средством борьбы с этой инфекцией.

Дезинфекция квартиры, где находился больной, проводится тотчас же после его госпитализации. Для этой цели пользуются растворами дезинфицирующих средств (хлорной извести, хлорамина, лизола и пр.).

 **Инфекционный (вирусный) паротит.**

У этого заболевания есть и другое, более знакомое название - свинка. Заражение происходит воздушно - капельным путем, главным образом в тех случаях, когда здоровый человек оказывается в одном помещении с больным. Попадая в организм через слизистую оболочку носа, рта, глотки, вирус паротитной инфекции поражает преимущественно центральную нервную систему и железистые органы - слюнные железы, поджелудочную железу, у мальчиков - яички.

Инкубационный период - от 11 до 21 дня и лишь редко - до 26 дней. Поэтому в детских учреждениях при выявлении случаев паротитной инфекции устанавливается карантин на 21 день.

Заболевание обычно начинается остро, с повышения температуры до 38-39 градусов, головной боли. Если в процесс вовлечены околоушные слюнные железы, а это бывает чаще всего, ребенок жалуется на то, что ему больно жевать и глотать. Впереди уха, вдоль восходящей ветви нижней челюсти, под мочкой и позади ушной раковины появляется опухоль, обычно сначала с одной, а через 1-2 дня и с другой стороны.

Типично для паротитной инфекции и воспалении поджелудочной железы, которое дает о себе знать схваткообразной, иногда опоясывающей болью в животе, тошнотой, рвотой, резким снижением аппетита.

И наконец, нередки при этом заболевании серозные менингиты. Это осложнение проявляется новым скачком температуры на 3-6 день болезни, головной болью, рвотой. Ребенок становится вялым, сонливым, иногда у него возникают галлюцинации, судорожные подергивания, может быть потеря сознания.

Детей, больных паротитной инфекцией, как правило лечат дома.

Для профилактики паротитной инфекции до недавнего времени существовало только одно средство - избегать контакта с больным. Сейчас проводятся профилактическая вакцинация. Прививку делают в 14 месяцев. Особенно важна она для мальчика, ибо орхит, как уже говорилось, может иметь весьма тяжелые последствия.

**Ветряная оспа**

Самый характерный признак этого заболевания- появление на коже и слизистых оболочках пузырьков с прозрачным, чуть желтоватым содержимым.

Заражение происходит воздушно капельным путем при контакте с больным ветряной оспой уже в последние дни инкубационного периода и в течении всего периода высыпания. Заразится можно и от больного опоясывающим лишаем, так как возбудители этих инфекций схожи. Восприимчивость к ветряной оспе высокая, не болеют только дети первых месяцев жизни.

Инкубационный период - от 11 до 21 дня, в среднем - 14 дней. Обычно заболевание начинается остро: повышается температура, и почти сразу же появляются первые пузырьки. Для ветряной оспы характерно их появление не постепенно, а этапами с промежутками в 1-2 дня, поэтому одновременно на коже можно видеть не только пузырьки, но и пятнышки, и папулки, и подсыхающие корочки. Больной у которого высыпания закончились, уже не заразен.

Как правило заболевание протекает не тяжело, медикаментозное лечение не требуется, но ребенку необходим тщательный, гигиенический уход, который не только облегчает его состояние, уменьшает зуд, но и способствует предупреждению гнойных осложнений.

Нужно следить чтобы ребенок не расчесывал кожу, так как расчесы могут приоткрыть ворота для проникновения вторичной инфекции.

Пузырьки смазывают 1%-ным раствором бриллиантового зеленого. Кроме того, не только можно, но и нужно делать общие ванны со слабым раствором перманганата калия, обязательно полоскание рта после еды.

**Коклюш**

Коклюш — распространенная заразная болезнь, поражающая преимущественно детей младшего возраста. Возбудитель коклюша — микроб, имеющий форму короткой палочки.. Источником заражения коклюшем является больной человек (с 1-го и до 28— 30-го дня болезни). Таким образом, уже в самом начале коклюша, когда диагноз его обычно не устанавливается, больные представляют большую опасность как источники заражения. Важную роль в распространении инфекции играют также больные со стертой формой коклюша.

 Возбудитель коклюша (палочка Борде—Жангу) выделяется из организма больного с капельками слизи и мокроты, выбрасываемой в окружающий воздух во время кашля, и передается восприимчивым детям, находящимся в непосредственной близости от больного, воздушно-капельным путем.

 Инкубационный период коклюша продолжается от 3 до 15 дней (в среднем от 5 до 8 дней). Болезнь начинается постепенно, с повышения температуры тела. Это повышение бывает обычно умеренным или даже незначительным; в ряде случаев оно совсем не замечается. С первых же дней болезни появляется кашель, который с каждым днем постепенно усиливается и становится основным признаком болезни. При этом самочувствие, аппетит и сон больного обычно не нарушаются или же нарушаются мало.

 Этот начальный (катаральный) период болезни продолжается около недели. В конце катарального периода кашель начинает принимать судорожный характер. Развиваются типичные кашлевые приступы, которые с каждым днем усиливаются и учащаются, достигая через 1—2 недели наибольшей своей выраженности. Приступ проявляется серией коротких, отрывистых кашлевых толчков, следующих непосредственно друг за другом без передышки Затем происходит вдох, который вследствие судорожного сужения гортани затруднен, протяжен и сопровождается высоким звуком, напоминающим пение молодого петушка. Затем вновь следуют кашлевые толчки. В течение приступа может быть несколько таких затрудненных вдохов («затягиваний») и тем больше, чем тяжелее заболевание.

 Во время приступа лицо больного краснеет, глаза наливаются кровью и слезятся, шейные вены набухают. Приступ заканчивается откашливанием вязкой мокроты и нередко рвотой. Общая продолжительность приступа в зависимости от его тяжести колеблется от 1/2 до 5 минут. Картина приступа судорожного кашля очень типична и позволяет без труда установить правильный диагноз.

 Кашлевые приступы в зависимости от тяжести болезни повторяются от 5 до 30 и более раз в сутки. Вследствие частого судорожного кашля лицо больного становится одутловатым, веки припухают, на коже и соединительной оболочке глаз могут появиться кровоизлияния.

 Частые приступы кашля утомляют ребенка. Рвота, с которой выбрасывается принятая пища, нарушает его питание. Однако самочувствие и в судорожном периоде у большинства больных страдает относительно мало; температура чаще бывает нормальной, аппетит — удовлетворительным.

 Период судорожного кашля продолжается от 2 до 8 недель. Постепенно частота приступов уменьшается, сила их ослабевает и кашель теряет судорожный характер; заболевание переходит в период так называемого разрешения, который продолжается 2—4 недели.

**Острые кишечные инфекции**

Острые кишечные инфекции — общие заразные заболевания, при которых поражается преимущественно желудочно-кишечный тракт. В связи с этим основными проявлениями этих инфекционных болезней служат расстройства функции кишечника: понос, нередко рвота и общая интоксикация. Эти инфекции особенно часто поражают растущий детский организм. Среди инфекционных болезней у детей они стоят по частоте на одном из первых мест.

**Дизентерия.**

 **Возбудителем этой** инфекции служат дизентерийные микробы, имеющие форму мелких палочек. Они имеют несколько различных видов, различающихся не только по своим биологическим свойствам, но и по своей патогенности.

 Источником заражения служат больные этой инфекцией, как дети, так и взрослые. Немалую опасность, как и при других инфекциях, представляют больные легчайшими формами дизентерии, которые переносят ее «на ногах». Известную роль играют и носители возбудителя — здоровые люди (независимо от возраста), у которых инфекция не проявляется никакими признаками. Способ передачи возбудителя от больных и носителей здоровым людям при всех кишечных инфекциях примерно одинаков.

 Сущность болезни состоит в поражении толстых кишок, где и поселяются дизентерийные бактерии. Ядовитые продукты их распада и нарушенного обмена веществ вызывают общее отравление организма, которое в основном определяет тяжесть болезни.

 Инкубационный период болезни длится от 2 до 7 дней. Болезнь начинается недомоганием, повышением температуры, нередко рвотой; наиболее выраженным и постоянным признаком служит понос — частый жидкий стул. В испражнениях отмечается примесь слизи, а иногда и крови в виде прожилок или небольших вкраплений в слизистых массах. Частота стула зависит от тяжести болезни, достигая иногда 20—30 и более раз в сутки. Больного беспокоят схваткообразные боли в животе, на которые маленькие дети реагируют криком. Опорожнение кишечника обычно сопровождается болезненным натуживанием.

 Нарушение общего состояния ребенка связано с общей интоксикацией различной степени. Оно особенно выражено при токсической форме дизентерии и выражается в угнетении нервной системы и признаках обезвоживания организма. Больной подавлен, вял; лицо у него осунувшееся, глаза запавшие, взгляд тусклый; кожа сухая, дряблая, язык и слизистая оболочка рта сухие. Характерна частая упорная рвота, Сознание больного обычно помрачено. Развивается сердечно-сосудистая слабость; конечности становятся холодными, синюшными. Дизентерия, сопровождающаяся тяжелой интоксикацией, при отсутствии неотложной врачебной помощи может закончиться смертью.

 Наряду с такой тягчайшей формой дизентерии очень часто наблюдаются легкие, стертые формы, проявляющиеся небольшим расстройством кишечника, без выраженных нарушений общего состояния ребенка.

 При отсутствии лечения или при неправильном, поздно начатом или незаконченном лечении болезнь может принять затяжное, хроническое течение. Затяжному течению дизентерии способствует также наличие сопутствующих заболеваний (рахит, хронические заболевания органов дыхания, истощение и др.). Хроническая дизентерия может привести к выраженному истощению ребенка.

 В стадии выздоровления организм ребенка ослаблен и особенно чувствителен к воздействию различных вредных факторов и, в частности, к нарушениям пищевого режима. После перенесенной дизентерии некоторые дети относительно длительное время продолжают выделять возбудитель. В связи с наличием различных видов дизентерийных бактерий и нестойкостью иммунитета после перенесенной инфекции ребенок может болеть дизентерией несколько раз.

**Эпидемический гепатит —**

широко распространенное острое заразное заболевание. Оно называется также болезнью Боткина по имени крупнейшего представителя русской клинической медицины второй половины XIX столетия, который впервые выделил гепатит как самостоятельную инфекционную болезнь. Одним из наиболее ярких и частых признаков гепатита является желтуха. Поэтому в прежнее время он именовался катаральной желтухой, инфекционной желтухой.

 Болезнь заключается в поражении печени — этого важнейшего органа, в котором осуществляются жизненно важные процессы. Печень называют главной лабораторией человеческого организма, так как она играет первостепенную роль в сложных процессах обмена веществ. Здесь синтезируются различные необходимые для организма вещества: белки, холестерин, гликоген, многие ферменты и др., здесь происходит расщепление и обезвреживание отработанных ядовитых продуктов обмена. Печень выделяет желчь, принимает участие в акте пищеварения.

 Таким образом, эпидемический гепатит — общее заболевание с глубоким расстройством различных функций организма. Среди этих расстройств нарушение выделения желчи с развитием желтухи не является главным и обязательным. Нередко эпидемический гепатит даже с тяжелым течением не сопровождается желтухой (безжелтушная форма).

 После заражения гепатитом проходит инкубационный период, продолжающийся обычно от 15 до 50 дней. В ряде случаев, о которых будет сказано особо, скрытый период затягивается до 3—6 месяцев.

Болезнь начинается постепенно. Появляются недомогание, состояние слабости, разбитости и небольшое повышение температуры. Заболевший ребенок становится капризным, раздражительным. У него снижается аппетит, нарушается сон, появляются тошнота, боли в животе. Нередко наблюдаются рвота и понос, а у некоторых больных — насморк и кашель. У части больных отмечаются суставные боли. Нередко болезнь вначале ошибочно принимается то за грипп, то за острое желудочно-кишечное расстройство, то за ревматическое заболевание.

 У значительной части больных уже в начальном периоде болезни моча принимает темно-желтую окраску, напоминающую по цвету темное пиво. Капли такой мочи оставляют на белье желтые пятна. Испражнения, наоборот, могут обесцвечиваться и приобретать вид серой глины. Уже в этом начальном периоде гепатита отмечается увеличение и болезненность печени. Боли в области печени беспокоят больных и в некоторых случаях являются их первой жалобой.

 Через несколько дней появляется желтуха. Вначале отмечается пожелтение белочной оболочки глаз, а затем и кожных покровов. Моча становится еще более темной. В ряде случаев при недостаточном внимании к ребенку все начальные признаки гепатита просматриваются, и лишь появление желтухи вызывает у родителей беспокойство и мысль о серьезном заболевании.

 В течение нескольких дней желтуха может стать очень интенсивной. Нередко ее развитие, особенно у старших детей и взрослых, сопровождается зудом. Следует отметить, что степень желтухи далеко не всегда соответствует тяжести болезни. Иногда, как уже указывалось выше, желтуха вовсе отсутствует даже при неблагоприятно протекающих формах гепатита. В этих случаях остальные проявления болезни (увеличение печени, расстройство обмена, общая интоксикация, расстройство пищеварения и т. д.) могут быть выражены более или менее сильно.

 Желтуха держится несколько недель (чаще одну—две), а затем постепенно исчезает. Одновременно пропадают и другие симптомы, улучшается общее состояние больного, восстанавливаются (иногда очень медленно) нарушенные функции организма. При рано начатом рациональном лечении болезнь, как правило, заканчивается выздоровлением.

 В некоторых случаях гепатит принимает затяжное хроническое течение и может перейти в тяжелую хроническую болезнь с прогрессирующим течением — так называемый цирроз печени.

 Выписанный из больницы выздоравливающий ребенок в течение 6 месяцев должен соблюдать некоторые диетические ограничения. Запрещается потребление жирного мяса (свинина, баранина, гусь, утка, ветчина), сала, копченой и жирных сортов вареной колбасы, соленой и копченой рыбы, консервов, шоколада, какао. Рекомендуются: молочные продукты, овощные блюда, говядина, телятина, куры, свежая рыба в вареном виде, каши, макароны, вермишель, печень, фрукты, варенье, мед, мармелад, фруктовые конфеты, пастила.

 Питание ребенка должно проводиться регулярно в определенные часы дня. В течение 6 месяцев после перенесенного гепатита не следует производить профилактические прививки и противоглистное лечение.

Как происходит заражение гепатитом? Возбудитель гепатита — фильтрующийся вирус. Он в огромных количествах выделяется с испражнениями больного как в разгар болезни, так и в начальной стадии выздоровления. Нередко наблюдаются случаи чрезвычайно легкого течения болезни или носительства вируса практически здоровыми людьми. Такие люди представляют большую опасность для окружающих. Обычно они сами не знают этого и поэтому не предпринимают никаких мер предосторожности.

 Заражение здорового человека происходит при поступлении возбудителя через рот в пищеварительные пути. Механизм заражения таков же, что и при кишечных инфекциях.

 Основы профилактики эпидемического гепатита — широкие мероприятия по оздоровлению населенных мест, борьба с загрязнением почвы и воды, с мухами, соблюдение гигиены жилищ и личной гигиены. В осуществлении этой широкой программы предупредительных мероприятий большая роль принадлежит самому населению и санитарной общественности.

 Как и при кишечных инфекциях, важнейшее место в профилактике гепатита занимает соблюдение правил личной гигиены и, в частности, чистоты рук.

 **Чесотка**

Заражение чесоткой почти всегда происходит при продолжительном прямом контакте кожа-кожа. Преобладает половой путь передачи. Дети нередко заражаются, когда спят в одной постели с больными родителями. В скученных коллективах реализуются и другие прямые кожные контакты (контактный спорт, возня детей, частые и крепкие рукопожатия и т. п.). Хотя ряд руководств, продолжает воспроизводить устаревшие сведения о передаче чесотки через бытовые предметы (предметы обихода, постельные принадлежности и т. п.), специалисты сходятся на мнении, что такой путь заражения крайне маловероятен. Исключением являются случаи норвежской чесотки, когда на теле больного обитает до нескольких миллионов клещей (в типичных случаях это 10-20 клещей).

Такие особенности передачи паразитоза объясняются следующими данными о его биологии:

— чесоточный клещ неактивен днём. Самки выбираются на поверхность только в поздневечернее и ночное время суток;

 — клещу необходимо около 30 мин для проникновения в кожу хозяина;

 — во внешней среде клещ быстро погибает (при 21С и влажности 40-80 % паразит гибнет через 24-36 часов), чем теплее и суше, тем быстрее; активность клещ утрачивает еще раньше.

Возбудителем чесотки является чесоточный клещ — облигатный паразит человека. Для паразита характерен половой диморфизм: самки вдвое крупнее самцов, достигают 0,3-0,5 мм. Ротовые органы несколько выступают вперед, по бокам имеется 2 пары передних ножек с присосками, 2 задние пары ножек располагаются на брюшной поверхности, у самок снабжены длинными щетинками, у самцов на 4 паре ножек вместо щетинок присоски. Яйца клеща имеют овальную форму, личинка вышедшая из яйца имеет овоидную форму и 3 пары ножек (4 пара отсутствует), размер ее не превышает 0,15 на 0,1 мм.

 Спаривание клещей происходит на поверхности кожи. Сразу после спаривания самцы погибают. Оплодотворенная самка формирует в роговом слое кожи чесоточный ход, в котором откладывает по 2-4 яйца за ночь. Кератин кожи клещи растворяют с помощью специальных протеолитических ферментов, содержащихся в их слюне (образующимся лизатом они и питаются). Самцы формируют короткие боковые ответвления в чесоточном ходе самки. Продолжительность жизни самки не превышает 4-6 недель. Личинки вылупляются через 2-4 дня и сразу начинают формировать ходы в самом верхнем слое кожи. Еще через 3-4 дня личинки линяют и превращаются в протонимф, которые в свою очередь линяют через 2-5 дней в телеонимфу. Телеонимфа развивается во взрослого самца или самку через 5-6 дней. Итого формирование взрослого клеща происходит за 10-14 дней.

Клещи не активны в дневное время. Самка начинает «рыть» ход (по 2-3 мм в день) вечером; тогда же усиливается зуд у больных типичными формами чесотки. Ночью самки выходят на поверхность кожи для спаривания и перемещения на другие участки тела (на поверхности теплой кожи клещи перемещаются со скоростью 2,5 см в минуту. Тогда же возникает наиболее благоприятная ситуация для заражения.

Характерным, но не обязательным, клиническим симптомом при чесотке являются кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. На коже формируется эритематозная папуловезикулезная сыпь, при расчесывании присоединяются гнойничковые элементы и образуются корки с формированием полиморфных высыпаний. Патогномоничным признаком является наличие чесоточных ходов.

Как только самка клеща попадает на кожу человека, она незамедлительно начинает «рыть» ход в роговом слое кожи со скоростью 0,5-5 мм в сутки. В результате на поверхности кожи при внимательном рассмотрении можно обнаружить слегка возвышающиеся над поверхностью кожи линии белесовато-серого цвета, размерами от 1 мм до 1 см. Передний слепой конец хода различим по наличию в нем клеща, который виден сквозь эпидермис в виде темной точки. Чесоточные ходы становятся видимыми через несколько дней при формировании перитоннельной реакции организма хозяина. Чаще чесоточные ходы можно обнаружить в межпальцевых промежутках, на внутренней стороне запястий и на коже пениса. Иногда чесоточные ходы обнаружить не удается (чесотка без ходов).

Первичная сыпь представлена мелкими эритематозными папулами, которые могут быть рассеянными или множественными, сливными. Со временем папулы могут преобразовываться в везикулярную (пузырьки), редко буллезную (пемфигоидная) сыпь. Выраженность сыпи не коррелирует с количеством паразитов, а обусловлена аллергической реакцией на продукты их жизнедеятельности.

Сыпь распределяется чаще всего (в порядке убывания) в межпальцевых промежутках кистей, на сгибательной стороне запястий, у мужчин быстро переходит с кистей на пенис и мошонку. Затем поражаются локти, стопы, подмышки, зоны под грудью у женщин, пупочная область, линия пояса, ягодицы. В итоге задействоваться может все тело, кроме лица и волосистой части головы (хотя у детей до 3 лет поражаются и эти области).

Лица из одного очага лечатся совместно с целью профилактики повторного заражения. Все лица контактировавшие с пораженными проводят однократную профилактическую обработку кожных покровов противоклещевыми препаратами.

После лечения больного многие руководства рекомендуют обработку всех вещей и белья, с которыми контактировал больной (специальные спреи, стирка в горячей воде). В соответствии с данными по выживаемости чесоточных клещей во внешней среде, а также в связи с крайне низкой вероятностью передачи чесотки через бытовые предметы (непрямой контактный путь передачи), данные рекомендации обсуждаются в каждом конкретном случае. Новейшие руководства не рекомендуют обрабатывать матрасы, мягкую мебель и ковры; постельное и нижнее белье следует простирать в горячей воде, если с момента его использования прошло менее 48 часов.