
Коклюш
Паракоклюш

Кусимова Ж К
4008 гр

□ КОКЛЮШ

- Коклюш (А37) — острое инфекционное заболевание с воздушно-капельным механизмом передачи, своеобразным судорожным приступообразным кашлем и циклическим затяжным течением. По МКБ-10 различают:
- А37.0 — коклюш, вызванный *Bordetella pertussis*
- А37.1 — коклюш, вызванный *Bordetella parapertussis*;
- А37.8 — коклюш, вызванный другим уточненным возбудителем вида *Bordetella*;

Эпидемиология коклюша:

Источник инфекции-больные дети типичными, атипичными формами с 1- го по 25-й день заболевания.

Механизм передачи-воздушно- капельный.

Индекс контагиозности-70-100 %

. Заболеваемость, возрастная структура – болеют дети разного возраста, максимум от 3 до 6 лет

СХЕМА ПАТОГЕНЕЗА КОКЛЮША

Носитель *B. pertussis*



Клиническая картина.

Инкубационный период составляет от 3 до 15 дней, в среднем 5—8 дней.

В течении болезни

можно выделить 3 периода: *катаральный, спазматический и период разрешения.*

Течение коклюша медленное, циклическое.

Катаральный период.

Заболевание начинается постепенно.

Появляются *сухой кашель*, иногда незначительное *повышение температуры тела* и *небольшой насморк*.

Общее состояние ребенка обычно не нарушается, он нередко продолжает посещать детское учреждение. При осмотре объективных изменений не обнаруживается. В течение 1 —2 нед кашель постепенно усиливается, становится навязчивым и затем приступообразным.

Продолжительность катарального периода около 2 нед. В тяжелых слу^ашьях, особенно у грудных детей, он укорачивается до 5—7 дней.

В начале спазматического периода приступы кашля бывают редким и, затем они учащаются и усршиваются, достигая максимума на 2—3-й нед откачала этого периода болезни. В зависимости от тяжести коклюша число приступов кашля с репризами в течение суток составляет от единичных до 40—50 и более в сутки. Приступы кашля могут повгоряться через очень короткие промежутки времени. Во время спазматического кашля лицо больного краснеет, синеет, вены шеи набухают, глаза слезятся, как бы наливаются кровью, голова выггягивается вперед, язык высовывается до предела, при этом уздечка языка травмируется о нижние резцы, вследствие чего у детей, имеющих зубы, может возникать язвочка на уздечке языка. В тяжелых случаях во время приступа бывают носовые кровотечения, кровоизлияния в склеру, апноэ, непроизвольное мочеиспучкание и дефекация

-
- Классификация. Различают типичный и атипичный коклюш. К типичному относят случаи заболевания со спазматическим кашлем.
 - Атипичным коклюшем считают его *стертую и субклинически* формы.
 - При *стертых* формах кашель обычный, без репризов, а при *субклинической* болезнь проявляется лишь серологическими и реже гематологическими изменениями.

-
- Типичные формы могут быть легкими, среднетяжелыми и тяжелыми.
 - При легкой форме частота приступов — до 10—15 в сутки, а репризов не более 3—5, Общее состояние не нарушено, рвота бывает редко.
 - При среднетяжелой форме число приступов кашля достигает 15—25, а число репризов — 10. Приступ спазматического кашля сопровождается небольшим цианозом, иногда заканчивается рвотой.
 - При тяжелой форме количество приступов более 25 в сутки, иногда 40—50 и больше, репризов более 10. Самочувствие ребенка резко нарушается: он раздражителен, плохо спит, теряет аппетит.

□ Дифференциальная диагностика. В катаральном периоде коклюш нужно дифференцировать с ОРВИ (грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, респираторно-синцитиальная инфекция и др.) Коклюш отличается от ОРВИ слабо выраженными катаральными явлениями на слизистой оболочке носа и ротоглотки, часто нормальной температурой тела, отсутствием интоксикации, постепенно прогрессирующим несмотря на проводимое лечение кашлем, высоким лейкоцитозом и лимфоцитозом.

в спазматическом периоде коклюш приходится дифференцировать с ОРВИ, протекающими с обструктивным синдромом;

с туберкулезным бронхоаденитом, инородным телом, спазмофилией с явлениями ларингоспазма, редко с бронхиальной астмой, опухолями средостения и др.

Труднее дифференцировать коклюш и паракоклюш, при котором кашель также может стать спазматическим. Однако паракоклюш протекает значительно легче коклюша. Коклюшеподобный кашель продолжается от нескольких дней до 2 нед. Гемограмма обычно без изменений.

Решающее значение в диагностике имеют бактериологические и в меньшей степени серологические исследования.

-
- *При коклюше могут также развиваться:*
 - ларингит;
 - бронхиолит;
 - апноэ (остановка дыхания);
 - носовое кровотечение;
 - ложный круп;
 - пупочная или паховая грыжа.

▣ **Лечение.**

- ▣ Госпитализации подлежат дети раннего возраста, а также все больные с тяжелой формой коклюша и осложнениями. Лечение больных коклюшем в основном *патогенетическое и симптоматическое*. Антибиотики эффективны только в самом начале болезни (в катаральном периоде) и в первые дни спазматического кашля. Рекомендуются эритромицин, азитромицин (сумамед) в возрастных дозах. Курс лечения ~ от 5 до 7 дней. В спазматическом периоде антибиотики неэффективны.
- ▣ Для уменьшения частоты и тяжести приступов спазматического кашля назначают *нейро-лептические средства* (аминазин, пропазин) (2,5% раствор аминазина вводят парентерально из расчета 1—3 мг/кг в сутки с добавлением 3—5мл 0,25% раствора новокаина).
- ▣ С этой же целью, а также для борьбы с гипоксией и гипоксемией назначают *оксигенотерапию*,. Во время апноэ необходимо отсасывать слизь из носа и ротоглотки и проводить искусственную вентиляцию легких. Поскольку в патогенезе коклюша большую роль играет аллергический компонент, для лечения широко используют *антигистаминные* препараты (димедрол, дипразин, супрастин и др.) в обычных дозах. В качестве патогенетической терапии применяют *противовоспалительный* препарат Эреспап (сироп) ?

Паракоклюш:

острое инфекционное заболевание, вызываемое паракоклюшной палочкой, передающееся воздушно-капельным путём, с ведущим симптомом – коклюшеподобным кашлем

Эпидемиология паракоклюша: Источник инфекции: больной, реже – носитель паракоклюшной палочки. Механизм передачи: капельный. Путь передачи: воздушно-капельный. Индекс контагиозности: 40 %.

▣ ***Классификация паракклюша:***

- ▣ По типу: 1. Типичные. 2. Атипичные: стертая, бессимптомная, транзиторное бактерионосительство.
- ▣ По тяжести: легкая, среднетяжелая. По течению: гладкое, негладкое (с наслоением вторичной инфекции, с обострением хронических заболеваний).

-
- Периоды паракоклюша: Инкубационный период: от 3 до 14 дней. Предсудорожный период: 3-14 дней. Сухой кашель!, общее состояние ребенка удовлетворительное, температура тела в норме. Период приступообразного судорожного кашля: до 2-3 недель. Кашель приступообразный, иногда с репризами. Осложнений нет, изменений в крови нет. Период реконвалесценции: благоприятно протекает.

-
- Диагностика паракклюша:
Бактериологический метод (посев слизи из задней стенки глотки). Серологический метод (РА, РСК – нарастание титр со 2-й недели заболевания, с максимумом на 3-4-й неделе).

-
- Лечение паракоклюша: Симптоматическое (тусин плюс, бронхолитин и другие). Антибактериальная терапия детям старше 1 года при неосложненных формах паракоклюша не проводится.

-
- Профилактика паракклюша: Детей в возрасте до 1 года, заболевших паракклюшем, изолируют на 25 дней от начала заболевания. Дети до 1 года, контактные с больным, изолируют на 14 дней с момента последнего контакта с больным