

КОКЛЮШ

Коклюш (Pertussis) – бактериальная инфекция с аэрозольным механизмом передачи, преимущественным поражением дыхательных путей, характеризующаяся постоянным циклическим развитием болезни, отсутствием первичного токсикоза с температурной реакцией и появлением спазматического кашля с репризами, а при тяжелых формах – с задержками и остановками (апноэ) дыхания, высоким лейкоцитозом и лимфоцитозом, при нормальной скорости оседания эритроцитов.

Этиология

Возбудитель коклюша – коклюшный микроб (*Bordetella Pertussis*), впервые был выделен и описан в 1906 году. Bordet и Cendou.

Имеет форму овоида, неподвижный, спор не образует.

Не устойчив во внешней среде.

Палочка Борде – Жанго.

Эпидемиология

Аэрогенный механизм передачи.

Источники инфекции – больной с манифестными стертыми и бессимптомными формами коклюша.

Больные контагиозны на протяжении первых 4-5 недель болезни.

Наиболее опасны больные в катаральном периоде заболевания.

Болеют преимущественно дети раннего возраста. Особенно тяжело коклюш протекает у детей первых месяцев жизни.

Взрослые лица, не болевшие коклюшем и не вакцинированные, восприимчивы к заболеванию также, как и дети.

После перенесенного коклюша создается стойкий иммунитет.

От матери к ребенку не передается невосприимчивость к коклюшу, поэтому дети могут болеть им в период новорожденности.

Сезонность: осенне - зимняя.

Каждые 3 - 4 года отмечаются подъемы заболеваемости.

Клиника

В течении заболевания выделяют 4 периода:

- 1) Инкубационный
- 2) Катаральный
- 3) Спазматического кашля или
спазматический
- 4) Разрешение

Клиника

Инкубация при коклюше составляет 5 - 8 дней.

Удлиняясь в некоторых случаях до 15 дней.

Клинически этот период не проявляется.

Катаральный период

Продолжается около 2-х недель и проявляется упорным, прогрессирующим покашливанием.

Кашель в начале сухой и долго не становится продуктивным.

Не редко сопровождается рвотой.

Часто кашель перед сном, ночью.

Кашель не поддается терапии симптоматическими средствами.

Постепенно усиливается.

Становится навязчивым.

Самочувствие ребенка не страдает.

У части детей в начале болезни отмечается заложенность

Катаральный период

При осмотре слизистой полости рта умеренная гиперемия дужек мягкого неба.

Аускультативно и перкуторно изменение в легких не выявляются.

В общем анализе крови лейкоцитоз с выраженным лимфоцитозом.

Клиника

Период спазматического кашля:

- ❖ Длится 2-4 недели
- ❖ Начинается с появления серии коротких кашлевых толчков в фазу выдоха, в след за которым идет вздох со свистом (спастические движения голосовой щели)
- ❖ Сначала такие пароксизмы единичные, затем они повторяются многократно с короткими интервалами
- ❖ Лицо больного краснеет, глаза слезятся, шейные вены набухают
- ❖ Во время приступа кашля высовывается язык
- ❖ В результате трения уздечки языка о зубы (у детей первых месяцев жизни – о десны), и механического ее перерастяжения у части детей происходит надрыв и образование язвочки – патогноманичный для коклюша синдром
- ❖ Репризы – свистящие судорожные вдохи, слышны на расстоянии за счет возникающего при кашле ларингоспазма
- ❖ Приступу может предшествовать аура (чувство страха, беспокойства, заканчивается приступ отделением вязкой мокроты и рвотой)

Клиника

Возможно концентрация приступов кашля на небольшом отрезке времени.

То есть возникновение пароксизмов.

Приступ кашля заканчивается отделением вязкой мокроты и рвотой.

При нетяжелом течении коклюша в межприступном периоде дети чувствуют себя удовлетворительно.

При стертом течении заболевания (часто у привитых детей) спазматический кашель с репризами отсутствует.

Кашель в этих случаях характеризуется упорством и навязчивостью.

Выражены изменения со стороны легких.

Перкуторный звук с тимпаническим оттенком.

Укорочение легочного звука в межлопаточном пространстве.

При аускультации выслушивается незначительное количество влажный крупно - и средне пузырчатых хрипов, количество которых уменьшается после кашля.

Клиника

Период разрешения.

Продолжается 2-3 недели.

Кашель теряет свой типичный характер,

Приступы возникают реже и становятся легче.

Исчезает рвота.

Период поздней реконвалесценции длится от 2 до 6 недель.

Возможен длительный постинфекционный кашель , плохо поддающийся терапии.

Классификация

1) Клиническая форма:

- Типичная
- Атипичная:

*стертая, без спазматического кашля,
безсимптомная*

2) Форма тяжести: тяжелая, средней тяжести, легкая.

3) Течение: С осложнениями, без осложнений.

При легкой форме коклюша

- Состояние удовлетворительное
- Самочувствие не нарушено
- Приступы кашля нечастые
- Серии дыхательных толчков непродолжительные
- Не сопровождаются цианозом, рвота в конце приступа бывает редко.

При средне-тяжелой форме

Состояние и самочувствие ухудшается

Вялость, бледность кожи

Постозность лица и век

Приступы кашля: 15-30 раз в сутки (более длительные)

Появление цианоза носогубного треугольника во время приступа

Появление рвоты в конце приступа

При тяжелой форме

- ✓ Нарушение самочувствия
- ✓ Вялость
- ✓ Нарушение сна
- ✓ Анорексия
- ✓ Раздражительность
- ✓ Приступы кашля тяжелые
- ✓ Развитие общего цианоза, рвота
- ✓ Нарушение ритма, задержка и остановка дыхания от 15 до 20 секунд до нескольких минут
- ✓ Частота приступов 50 - 60 раз и более за

Осложнения

- Эмфизема легких
- Ателектазы
- Коклюшная пневмония
- Нарушение ритма дыхания (задержка и остановка - апноэ)
- Нарушение мозгового кровообращения (коклюшная энцефалопатия)
- Кровотечение (из носа, заднеглоточного пространства, бронхов, наружного слухового прохода, кровоизлияния (периорбитальные, подкожные, в слизистой оболочке, склеру и сетчатку глаза). Головной мозг (субарохноидальные и внутрижелудочковые),
- Грыжи (пупочная и паховая).
- Выпадение слизистой прямой кишки,
- Надрыв или язвочка в уздечке языка
- Разрывы диафрагмы
- После перенесенного заболевания развиваются хронические бронхолегочные заболевания (хронический бронхит, бронхоэктатическая болезнь, задержка психомоторного и речевого развития, разнообразные речевые расстройства, слепота и глухота).

Лабораторная диагностика коклюша

Применяют бактериологический, серологический и молекулярно-генетический методы исследования.

Выбор метода определяется сроком заболевания.

Бактериологический метод используют на ранних сроках заболевания в первые 2-3 недели независимо от приема антибиотиков.

Серологический метод (ИФА) – необходимо применять с третьей недели болезни.

Молекулярно-генетический метод: используется на любых сроках от начала заболевания.

Госпитализации подлежат

По клиническим показаниям:

Дети первых шести месяцев жизни

Дети старше 6 месяцев

С выраженной тяжестью течения болезни

Измененным преморбидным состоянием

С сопутствующими заболеваниями

Одновременным протеканием коклюша и острых респираторных вирусных, а также других инфекций, осложнениями коклюшной инфекции

2) По эпидемическим показаниям

Дети из образовательных организаций с круглосуточным пребыванием детей, проживающие в общежитиях

Лечение

1) Режим щадящий (с уменьшением отрицательных психоэмоциональных нагрузок)

Прогулки на свежем воздухе. Диета без ограничений, пища, богатая витаминами.

2) Антибактериальная терапия. Как можно раньше. Антибиотики наиболее эффективны в катаральном периоде и в первые дни спастического периода.

Возбудитель коклюша чувствителен к макролидам.

- Рокситромицин, азитромицин, кларитрамицин
- Применяют при легких и среднетяжелых формах коклюша.

При средне тяжелых и тяжелых формах назначают ампициллин, цефалоспорины третьего поколения.

Цефтриаксон, цефоперазон, цефотаксин в возрастной дозировке.

Курс лечения: 7-10 дней.

3) Психотропные препараты.

Транквилизаторы: Диазепам. Седуксен. Реланиум. Сибазон.

Лечение

5) Ингаляционная терапия.

Беродуал: 4 раза в сутки в сочетании с пульмикортом 2 раза в сутки.

6) В период спазматического кашля назначают аминазин.

7) При тяжелом течении гормональная терапия:

Преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон.

8) Оксигенотерапия.

9) Препараты, улучшающие мозговое кровообращение: кавинтон, трентал.

Профилактика

- 1) Все больные коклюшем (дети и взрослые), выявленные в организованных и закрытых коллективах, подлежат изоляции сроком на 14 дней от начала заболевания.
- 2) Все дети в возрасте до 14 лет, не болевшие коклюшем, независимо от прививочного анамнеза, общавшиеся с больным коклюшем по месту жительства, при наличии кашля, подлежат отстранению от посещения организованного детского коллектива. Их допускают в детский коллектив после получения двух отрицательных результатов бактериологического обследования.
- 3) При лечении больного на дому за контактными детьми устанавливают медицинское наблюдение в течении 7 дней. И проводят двукратное бактериологическое исследование.
- 4) Профилактические прививки проводят детям в возрасте 3-х месяцев. Затем дважды с интервалом в 45 дней и ревакцинация в возрасте 18 месяцев.

Профилактика

Используют вакцины АКДС (цельноклеточная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина (Россия)). Инфанрикс. АаКДС – дифтерийно-столбнячная трехкомпонентная бесклеточная коклюшная вакцина (Англия).

Пентаксим (АаКДС) + ИПВ + ХИБ дифтерийно-столбнячно-бесклеточная коклюшно-полимелитная и ХИБ вакцина. Франция.

Бубо-кок - коклюшно-дифтерийно-столбнячно-гепатитная вакцина.

Россия.

5) Контактным детям, особенно в возрасте до 1 года, показано введение иммуноглобулина.

Диспансерное наблюдение

Реконвалесценты тяжелых и осложненных форм коклюша, дети первого года жизни с неблагоприятным преморбидным фоном, подлежат наблюдению у педиатра через два, шесть и двенадцать месяцев после выписки.

У пульманолога через 2 и 6 месяцев.

У невролога через 2, 6, 12 месяцев после выписки.



Спасибо за внимание!