

**ОСНОВЫ
МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ**

**МЕРЫ
ПРОФИЛАКТИКИ
ИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

ПОНЯТИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЯХ

- Сущность инфекционного заболевания составляет инфекционный процесс — результат противоборства организма больного и внедрившихся микроорганизмов.
- В ходе развития инфекционного процесса происходят нарушения строения и функции пораженных органов и систем организма, что приводит к расстройствам нормальной жизнедеятельности человека.

Характер развития инфекционного процесса, особенности течения заболевания и исходы болезни определяют следующие факторы:

1. Болезнетворные свойства (патогенность) возбудителя:

- а) его вирулентность (способность проникать через защитные барьеры организма человека);**
- б) его репродуктивность (способность интенсивно размножаться в тканях инфицированного организма);**
- в) его токсигенность (способность выделять бактериальные яды или токсины).**

2. Защитный потенциал организма человека или его восприимчивость к инфекционному началу, который зависит от:

- а) резистентности или невосприимчивости к инфекции в результате врожденного или приобретенного иммунитета;**
- б) реактивности, состояния системы защитных сил организма.**

- ***3. Условия среды обитания, определяющие возможность взаимодействия макро- и микроорганизма.***

- Возбудители, которые могут вызвать инфекционный процесс, называются **патогенными**, а это **свойство — патогенностью.**

- Степень патогенности конкретного возбудителя оценивается как вирулентность, поэтому говорят о высокой или слабой вирулентности патогенных микробов.
- Возбудителями инфекционных заболеваний являются бактерии, вирусы, риккетсии (сыпной тиф), микроскопические грибы, простейшие.

- Для обозначения **состояния зараженности** организма простейшими используется термин **«ИНВАЗИЯ»** (от лат. Invasion — вторжение, нашествие).
- Место проникновения инфекционного начала в организм человека называется **ВХОДНЫМИ** **воротами**. **Ими могут являться:**
 - кожа,
 - слизистые оболочки,
 - миндалины.
- **Чтобы человек заболел**, то есть, чтобы возник инфекционный процесс, необходима соответствующая **инфекционная доза**, **разная у разных возбудителей и разная для каждого человека.**

- В процессе **динамического развития** практически любого инфекционного заболевания можно выделить **характерные периоды:**

1. *Инкубационный или латентный (скрытый) период* болезни, который продолжается **от момента заражения до появления первых признаков заболевания** (грипп — от нескольких часов до 3 дней, СПИД — годы).

- **2. Продромальный период болезни (предвестники).** В этот период преобладают общие для всех болезней симптомы: общее недомогание, повышение температуры, головная боль, общая слабость, состояние дискомфорта. **В конце продромального периода** при некоторых инфекционных заболеваниях **появляются специфические симптомы** (сыпь при кори или скарлатине).

3. Клинический период болезни (разгар болезни), когда симптоматика болезни развернута наиболее полно, и специфические признаки болезни проявляются наиболее ярко; апогей инфекционного процесса.

4. Исход инфекционного заболевания:

- а) выздоровление,
- б) летальный исход,
- в) хроническая форма,
- г) выздоровление с остаточными явлениями перенесенного заболевания или с его осложнениями,
- д) бактерионосительство.

По остроте течения инфекционные болезни подразделяются на:

- 1) **острые**: грипп, корь, скарлатина, ветряная оспа и др.;
- 2) **хронические**: малярия, туберкулез и др.
- 3) Различают также **латентное (скрытое) течение**, когда возбудитель, размножаясь, находится длительное время в организме и не вызывает клинических симптомов болезни. Иногда эту форму болезни называют **бессимптомной инфекцией**.

- **Бактерионосительство** — особая форма взаимоотношения между микроорганизмом и человеком. Чаще наблюдается в период после выздоровления от инфекции. Характерно, что микроб в организме имеется, а признаков болезни нет. **Здоровое бактерионосительство** — это когда вообще никаких признаков болезни не развивается, несмотря на внедрение болезнетворного микроорганизма.

- **Смешанная инфекция** — это заражение несколькими болезнетворными возбудителями (корь и скарлатина, дизентерия и брюшной тиф).
- **Вторичная инфекция** — это когда, например, после вирусной инфекции (грипп) развивается воспаление легких, вызванное бактериальной флорой.
- **Очаговая инфекция**, например, фурункул, язва сифилитическая, туберкулез **могут быть локализованы**. Если инфекция распространяется по всему организму, говорят о генерализации процесса (например, от фурункула возникает сепсис).

- **Суперинфекция** — повторное заражение тем же возбудителем, **когда еще не закончилось заболевание**. Например, не выздоровев от гриппа, больной может получить дополнительно «порцию» вирусов от другого источника инфекции. Течение болезни утяжеляется.
- **Реинфекция** — повторное заражение тем же видом микроба, **но уже после полного выздоровления** от предыдущего заражения. Течение болезни легче, так как имеется иммунитет.

- **Рецидив** — это возврат болезни, обострение при хроническом ее течении.
- **Ремиссия** — период относительного благополучия при хроническом течении заболевания между рецидивами.
- **Человека, перенесшего инфекционное заболевание**, в период выздоровления называют **реконвалесцентом**.

Эпидемиологический процесс

- **Эпидемиологический процесс** — это **процесс передачи заразного начала** от источника инфекции к восприимчивому организму (распространение инфекции от больного к здоровому). **Он включает 3 звена:**
 1. **Источник инфекции**, выделяющий возбудителя во внешнюю среду (человек, животные).
 2. **Факторы передачи возбудителя.**
 3. **Восприимчивый организм**, то есть человек, который не имеет иммунитета против данной инфекции.

Источники инфекции:

- 1. Человек.** Инфекционные болезни, которые поражают только людей, **называются антропонозами** (от греч. anthropos — человек, nosos — болезнь). Например, брюшным тифом, корью, коклюшем, дизентерией, холерой болеют только люди.
- 2. Животные.** *Большую группу инфекционных и инвазионных болезней человека **составляют зоонозы** (от греч. zoos — животные), при которых источником инфекции служат различные виды домашних и диких животных и птиц. К зоонозам относятся бруцеллез, сибирская язва, сальмонеллез, ящур и др.*
- 3.** Существует также **группа зооантропонозных инфекций**, при которых источником заражения могут служить и животные, и люди (чума, туберкулез, сальмонеллез).

Болезнетворные микроорганизмы передаются здоровым людям одним или несколькими из путей:

- 1. Воздух** — грипп, корь передаются только через воздух, для других инфекций воздух является главным фактором (дифтерия, скарлатина), а для третьих — возможным фактором передачи возбудителя (чума, туляремия).
- 2. Вода** — брюшной тиф, дизентерия, холера, туляремия, бруцеллез, сибирская язва и др.
- 3. Почва** — анаэробы (столбняк, ботулизм, газовая гангрена), сибирская язва, кишечные инфекции, глисты и др.
- 4. Пищевые продукты** — все кишечные инфекции. С пищей также могут передаваться возбудители дифтерии, скарлатины, туляремии, чумы и др.

- 5. Предметы труда и обихода**, зараженные больным животным или человеком, могут служить фактором передачи заразного начала здоровым людям.
- 6. Членистоногие** — часто бывают переносчиками возбудителей инфекционных болезней. **Клещи** передают вирусы, бактерии и риккетсии; **вши** - сыпной и возвратный тифы; **блохи** — чуму и крысиный сыпной тиф; **мухи** — кишечные инфекции и глисты; **комары** — малярию; **клещи** — энцефалиты; **мошки** — туляремию; **москиты** — лейшманиоз и т. д.
- 7. Биологические жидкости (кровь, носоглоточные выделения, кал, моча, сперма, околоплодная жидкость)** — СПИД, сифилис, гепатит, кишечные инфекции и др.

Варианты развития эпидемического процесса:

- 1. Спорадия (спорадическая заболеваемость).** Возникают единичные, не связанные между собой случаи **инфекционных заболеваний**, не принимающие заметного распространения среди населения. **Свойство инфекционной болезни к распространению в окружении заболевшего** выражено минимальным образом (например, болезнь Боткина).
- 2. Эндемия — групповая вспышка.** Возникает, как правило, в организованном коллективе, в условиях постоянного и тесного общения людей. **Заболевание развивается из одного, общего источника** инфицирования и за короткое время охватывает до 10 и более человек (вспышка эпидемического паротита в

- 3. Эпидемическая вспышка. Массовое распространение** инфекционного заболевания, которое происходит из ряда групповых вспышек и охватывает целиком одно или несколько организованных коллективов с общим числом заболевших 100 и более человек (кишечные инфекции и пищевые токсикоинфекции).
- 4. Эпидемия. Массовая заболеваемость населения, за короткое время распространяющаяся на обширной территории**, охватывающей город, район, область и ряд регионов государства. Эпидемия развивается из множества эпидемических вспышек. Число заболевших исчисляется десятками и сотнями тысяч человек (эпидемии гриппа, холеры, чумы).
- 5. Пандемия. Глобальное распространение** эпидемической заболеваемости среди людей. Эпидемией охвачены обширные территории различных государств многих континентов земного шара (пандемии гриппа, ВИЧ-инфекции).

Инфекционные болезни
ВОЗДУШНО-
КАПЕЛЬНЫЕ
ИНФЕКЦИИ

Корь

- **острая вирусная инфекция.**
Возбудителем этого заболевания является вирус rubeola. **Чаще болеют дети в возрасте от 2 до 8 лет.**
Распространяется инфекция воздушно-капельным путем при контакте с выделениями из носоглотки больного.

Клиника.

- Латентный период длится от 7 до 17 дней, чаще 10-12 дней. Первые признаки заболевания: повышение температуры, явления общей интоксикации, катар верхних дыхательных путей (кашель, насморк), конъюнктивит, светобоязнь, **пятнисто-папулезная сыпь по всему телу**.
- **За 1-2 дня до высыпания на слизистой оболочке щек, губ и десен появляются мелкие белесоватые папулы.** Высыпания на коже характеризуются этапностью: вначале сыпь обнаруживается на лице, шее, верхней части груди, затем на туловище и на конечностях.
- После угасания сыпь оставляет пятнистую пигментацию и мелкое отрубевидное шелушение. Болезнь длится от 6 до 12 дней. В период реконвалесценции отмечаются явления астении, снижение сопротивляемости. Больной человек заразен для окружающих за 4 дня до появления сыпи и до ее исчезновения. Возможные осложнения: ларингит, который может сопровождаться стенозом гортани (ложным крупом), пневмония, связанная с вторичной бактериальной инфекцией, стоматит, блефарит, отит, реже коревой энцефалит. Исходы болезни: выздоровление, в редких случаях смерть от коревого энцефалита. Повторное заболевание маловероятно.

Профилактика.

- Активная иммунизация всех детей. Применяется живая вакцина. При контакте с больным корью ранее непривитым детям вводят для профилактики гамма-глобулин. Больной корью изолируется не менее чем до 5-го дня с момента высыпания. Дети, бывшие в контакте с больным и ранее не получавшие активной иммунизации, подлежат разобщению с 8-го до 17-го дня, а пассивно иммунизированные гамма-глобулином — до 21-го дня с момента предполагаемого заражения. Дезинфекция не проводится.

- **Краснуха — острая вирусная инфекция.**
Чаще болеют дети в возрасте от 2 до 15 лет.
Распространяется инфекция воздушно-капельным путем при контакте с выделениями из носоглотки больного.

- **Клиника.** Латентный период длится от 10 до 28 дней, чаще 14-21 день. Первые признаки заболевания: **припухание заднешейных, затылочных и других лимфатических узлов.** Катаральные явления верхних дыхательных путей (кашель, насморк) выражены слабо. Повышение температуры и явления общей интоксикации — незначительны. На коже всего тела появляется бледно-красная экзантема, элементы которой не имеют склонности к слиянию и не оставляют пигментации.
- Болезнь длится от 1 до 4 дней. Больной человек заразен для окружающих за 4 дня до появления сыпи и до ее исчезновения. Осложнения (при заражении после рождения) очень редки (артропатии и энцефалиты). При внутриутробном заражении эмбрион погибает или у него развивается хроническая краснушная инфекция с поражением различных органов и формированием внутриутробных пороков развития (микроцефалия, гидроцефалия, глухота, катаракта, глаукома, пороки сердца, нарушения развития скелета и т. д.). При внутриутробном заражении после окончания органогенеза развиваются фенопатии (анемия, тромбопеническая пурпура, гепатит, поражение костей и др.). Прогноз благоприятный. Повторное заболевание маловероятно.

- **Профилактика.** Изоляция больного до 5-го дня заболевания малоэффективна, так как у большинства реконвалесцентов выделение вируса может продолжаться дольше. Необходимо оберегать беременных женщин, не болевших краснухой, от общения с больными на срок не менее 3 недель. В случае контакта беременной женщины с больным краснухой с целью профилактики рекомендуется ввести гамма-глобулин. При заболевании женщины краснухой в первые 3 месяца беременности показано прерывание беременности. Дезинфекция не проводится.

- **Скарлатина** — острая воздушно-капельная инфекция. Возбудитель — бета-гемолитический токсигенный стрептококк группы А. Продуцируемый им экзотоксин вызывает симптомы общей интоксикации. Стрептококк, при определенных условиях, может вызвать септический компонент, проявляющийся гнойными осложнениями (лимфаденит, сепсис, отит). В развитии патологического процесса большую роль играют аллергические механизмы. **Чаще болеют дети в возрасте от 1 года до 9 лет.**

- **Клиника.** Инкубационный период продолжается обычно 2-7 дней. Заболевание начинается остро. Повышается температура, появляются симптомы общей интоксикации (головная боль, возбуждение, бред, затемнение сознания), боль при глотании. **Типичный и постоянный симптом — ангина, характеризуется яркой гиперемией мягкого неба, увеличением миндалин, нередко покрытых налетом.** Верхнешейные лимфоузлы увеличены и болезненны. Частый симптом — рвота, иногда неоднократная. В 1-ый, реже на 2-ой день на коже всего тела появляется ярко-розовая или красная мелкоточечная сыпь. Носогубный треугольник остается белым. Сыпь держится от 2 до 5 дней, а затем бледнеет. На 2-ой неделе болезни появляется шелушение кожи — пластинчатое на дистальных частях конечностей, мелко- и крупно-отрубевидное — на туловище. Язык вначале обложен, со 2-го — 3-го дня очищается и к 4-му дню принимает характерный вид: ярко-красная окраска, резко выступающие сосочки («малиновый язык»). При легкой форме скарлатины (наиболее распространенной в настоящее время) интоксикация выражена слабо, лихорадка и все остальные симптомы болезни исчезают

- **Осложнения:** наиболее частые — на почки (гломерулонефрит на 3-ей неделе) и на сердце (миокардит), реже — другие (лимфаденит, аденофлегмона, отит, мастоидит, пневмония и др.). Возможны рецидивы скарлатины. После перенесенной скарлатины сохраняется, как правило, пожизненный иммунитет. Однако в последнее время частота повторных заболеваний скарлатиной увеличилась. Прогноз благоприятный.
- **Профилактика.** Больного изолируют в домашних условиях или госпитализируют (по показаниям). В детское учреждение реконвалесцента допускают на 23-й день с момента заболевания. Бывшие в контакте с больными дети, ранее не болевшие скарлатиной, допускаются в дошкольное учреждение и в первые два класса школы после 7-дневной изоляции на дому. В квартире, где содержится больной, проводится регулярная текущая дезинфекция; при этих условиях заключительная дезинфекция не проводится.

- **Ветряная оспа (ветрянка)** — острая воздушно-капельная инфекция. Возбудитель — вирус varicella, неустойчивый во внешней среде. От больного к здоровому инфекция передается с выделениями из носоглотки и пораженных участков кожи заболевшего. Чаще болеют дети в возрасте от 2 до 8 лет.

- **Клиника.** Скрытый период длится от 10 до 21 дня, обычно 14-16 дней. Больной заразен для окружающих за день до появления сыпи до подсыхания корочек. Заболевание начинается с небольшого повышения температуры и появления на коже всего тела характерных высыпаний: красная точка, бугорок, пузырек, корочка. Сыпь вследствие неодновременного созревания ее элементов характеризуется полиморфизмом. Болезнь длится от 9 до 14 дней. Вредные последствия болезни проявляются редко (абсцессы, флегмоны, пневмонии, нефриты). При несоблюдении правил антисептики на участках пораженной кожи возможно присоединение вторичной бактериальной инфекции. Повторное заболевание возможно, но редко.

- **Лечение.** Гигиеническое содержание больного, предупреждение вторичной бактериальной инфекции. Элементы сыпи смазывают 1-2% раствором перманганата калия; 1% раствором бриллиантового зеленого.
- **Профилактика.** Больной подлежит изоляции в домашних условиях на 9 дней с момента появления сыпи. Дезинфекция не проводится. Для детей в возрасте до 3 лет, бывших в контакте с больными ветряной оспой и не болевших ею ранее, применяется разобщение с 11-го до 21-го дня с момента контакта.

- **Дифтерия** — острая инфекционная болезнь с воздушно-капельным путем передачи. Возбудитель болезни — дифтерийная палочка, устойчивая во внешней среде. Чаще болеют дети от 1 до 14 лет.
- **Клиника.** Латентный период от 2 до 10 дней. В зависимости от локализации процесса различают дифтерию зева, носа, гортани, глаз и др.

- **Дифтерия зева.** При локализованной форме образуются пленчатые налеты на миндалинах. Боль при глотании выражена умеренно, температура повышена незначительно, региональные лимфоузлы увеличены незначительно, общая интоксикация не выражена. При распространенной форме дифтерии зева налеты переходят на слизистую оболочку небных дужек и язычка. Интоксикация выражена, температура тела высокая. Токсическая форма дифтерии зева характеризуется резким увеличением миндалин, значительным отеком слизистой оболочки зева и образованием толстых грязно-белых налетов, переходящих на мягкое и даже твердое небо. Региональные лимфатические узлы значительно увеличены, окружающая их подкожная клетчатка отечна. При токсической дифтерии 1-ой степени отек распространяется до середины шеи, при 2-ой степени — до ключицы, при 3-ей степени — ниже ключицы. Общее состояние больного резко нарушено. Отмечаются высокая температура тела, общая слабость, отсутствие аппетита, иногда рвота и боли в животе. Выраженные расстройства сердечно-сосудистой системы являются причиной петального исхода при

- **Дифтерия гортани** (дифтерийный круп) характеризуется крупозным воспалением слизистой оболочки гортани и трахеи. В *первой катаральной (дисфонической) стадии, продолжающейся 1-2 дня, наблюдаются умеренное повышение температуры тела, нарастающая осиплость голоса, кашель, вначале «лающий», затем теряющий свою звучность. Во второй (стенотической) стадии нарастают симптомы стеноза верхних дыхательных путей: шумное дыхание, напряжение вспомогательной дыхательной мускулатуры и др. Третья (асфиксическая) стадия проявляется выраженным расстройством газообмена — цианозом, выпадением пульса, потливостью, беспокойством. Если своевременно не оказать неотложную помощь, больной умирает*

- **Дифтерия носа, конъюнктивы глаз, наружных половых органов** в настоящее время почти не наблюдается.
- **Осложнения.** В раннем периоде болезни могут развиваться симптомы нарастающей сосудистой и сердечной слабости. Миокардит выявляется чаще на 2-ой неделе болезни. Миокардит — одна из основных причин смерти при дифтерии. Моно- и полирадикулоневриты проявляются вялыми периферическими парезами и параличами мягкого неба, мышц конечностей, шеи, туловища. Опасность для жизни представляют парезы и параличи гортанных, дыхательных межреберных мышц, диафрагмы, и поражение проводящей системы сердца. Могут возникнуть осложнения, обусловленные вторичной бактериальной инфекцией (пневмония, отит).
- **Основной метод** специфической терапии — возможно наиболее раннее внутримышечное введение противодифтерийной сыворотки. При тяжелом стенозе (при переходе второй стадии стеноза в третью) прибегают к оперативному лечению — интубации или трахеотомии.

- **Прогноз при современном лечении благоприятный, однако, при токсических формах и при стенозе гортани, особенно при позднем начале лечения, возможен летальный исход.**
- **Профилактика.** Активная иммунизация — основа успешной борьбы с дифтерией. Иммунизация проводится всем детям (с учетом противопоказаний) адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакциной (АКДС) и адсорбированным дифтерийно-столбнячным анатоксином (АДС). По эпидемическим показаниям ревакцинация проводится не только детям, но и взрослым.
- Больные дифтерией подлежат обязательной госпитализации. В квартире больного после его изоляции производят заключительную дезинфекцию. Реконвалесцентов выписывают из больницы при условии отрицательного результата двукратного бактериологического исследования на дифтерийные палочки.

- **Коклюш** — острая воздушно-капельная инфекция, характеризуется приступами спазматического кашля, наблюдается преимущественно у детей раннего и дошкольного возраста. Возбудитель — мелкая палочка (*Bordetella pertussis*), малоустойчивая во внешней среде.

- **Клиника.** Инкубационный период — 3-15 дней (чаще 5-7 дней). Катаральный период болезни проявляется небольшим повышением температуры тела и кашлем, постепенно нарастающим по частоте и выраженности. Этот период продолжается до 2 недель. Переход в спастический период происходит постепенно. **Появляются приступы спастического кашля, характеризующиеся серией коротких кашлевых толчков и последующим вдохом, который сопровождается протяжным звуком. В конце приступа иногда наблюдается рвота.** Приступы в зависимости от тяжести повторяются от нескольких до 20-30 и более раз в сутки. Лицо больного становится одутловатым, на коже и конъюнктиве глаз иногда появляются кровоизлияния, на уздечке языка образуется язвочка. При тяжелом коклюше на высоте приступа иногда возникают судороги, а у детей первого года жизни — остановка дыхания.

- **Осложнения.** Воспаление легких, эмфизема средостения и подкожной клетчатки, энцефалопатия и др. Лечение проводится на дому. Госпитализируют детей с тяжелыми формами болезни, при наличии осложнений и по эпидемиологическим показаниям. Лечение проводят антибиотиками по назначению врача.
- **Прогноз.** Для детей первого года жизни, особенно при развитии осложнений, коклюш остается опасным заболеванием.
- **Профилактика.** Иммунопрофилактика с помощью АКДС-вакцины. У детей первых лет жизни применяют специфический гамма-глобулин. Изоляция больного продолжается 25 дней с начала болезни. На детей до 7-летнего возраста, бывших в контакте с больным коклюшем, и ранее не болевших и непривитых, накладывается карантин сроком на 14 дней с момента изоляции больного. Если изоляция не проведена, этот срок удлиняется до 25 дней, считая со дня заболевания. Заключительная дезинфекция не проводится.

- **Паротит эпидемический (свинка)** — острая вирусная инфекционная болезнь, поражающая преимущественно детей до 15 лет. Инфекция передается главным образом воздушно-капельным путем. Наиболее часто поражается околоушная железа, реже другие железистые органы, нередко развивается серозный менингит.

- **Клиника.** Инкубационный период от 11 до 23 дней (чаще 15-20 дней). Болезнь начинается повышением температуры тела и болезненным припуханием околоушной железы, иногда одновременно с обеих сторон. Примерно в половине случаев в процесс вовлекаются подчелюстные, а иногда и подъязычные слюнные железы. В первые дни припухлость увеличивается, а с 3-4-го дня уменьшается с одновременным снижением температуры тела и к 8-10-му дню обычно полностью исчезает. Нагноение не происходит. У подростков и молодых мужчин нередко возникает орхит (воспаление яичков), у женщин — оофорит (воспаление железистой ткани яичников). Реже поражается поджелудочная железа. Нередкое проявление болезни — острый серозный менингит.

- **Осложнения.** Очень редким и опасным осложнением является энцефалит. Может возникнуть поражение внутреннего уха, которое приводит в ряде случаев к стойкой глухоте. Возможно бесплодие.
- **Прогноз благоприятный.** Лечение симптоматическое. Местно применяются тепловые процедуры (компресс, сухое тепло).
- **Профилактика.** Больной изолируется на дому до 9-го дня с момента заболевания. Госпитализация проводится лишь при тяжелом течении болезни и по эпидемиологическим показаниям. Дети до 10-летнего возраста, бывшие в контакте с больным, подлежат разобщению на 21 день. При точном установлении времени контакта их не допускают в детские учреждения с 11-го до 21-го дня с момента возможного заражения. Активная иммунизация живой паротитной вакциной проводится детям в возрасте 15-18 месяцев одновременно с вакциной

- **Полиомиелит** — острое вирусное инфекционное заболевание, возбудителем которого являются 3 типа вирусов (А, Б и С). Заражение происходит при прямом и косвенном контакте с выделениями из носа и горла больного или через кал. Заболеть можно в любом возрасте, но чаще в детстве.

- **Клиника.** Латентный период длится от 3 до 28 дней, чаще 7-12 дней. Когда-то полиомиелит убивал и калечил больше детей, чем любая другая болезнь. Теперь мы практически избавились от него благодаря вакцине. Полиомиелит протекает одну-две недели в скрытой форме. Потом начинается головная боль, воспаляется горло, повышается температура, появляются тошнота, рвота, боль в мышцах рук и ног. Еще через несколько дней мышцы настолько ослабевают, что ребенок не может пошевелить ни рукой, ни ногой. **Если мышечная слабость не пройдет через несколько дней, то развившийся паралич одной или более конечностей сохранится на всю жизнь.** От 5 до 10% больных умирают в острый период болезни.
- **Профилактика.** Активная иммунизация в первый год жизни, затем ревакцинация через каждые несколько лет.

- **Грипп** — острая вирусная инфекционная болезнь, передается воздушно-капельным путем. Во время эпидемий переболевает до 40-70% всего населения. Вирусы гриппа подразделяются на 3 серологических типа — А, Б, С. Биологические и антигенные свойства вируса гриппа (особенно типа А) изменчивы. Постоянно возникают новые антигенные варианты, чем объясняется отсутствие иммунитета у переболевших лиц. Вирус гриппа быстро погибает при нагревании, высушивании и под влиянием различных дезинфицирующих средств.

- **Клиника.** Инкубационный период продолжается от нескольких часов до 3 дней. Типичный грипп начинается остро с озноба и повышения температуры тела. Уже в первые сутки она достигает максимального уровня (38-40 град.). Отмечаются признаки общей интоксикации (слабость, адинамия, потливость, боли в мышцах, сильная головная боль, боль в глазах, слезотечение, светобоязнь). Появляются симптомы поражения дыхательных путей (сухой кашель, першение в горле, саднение за грудиной, осиплость голоса, заложенность носа).
- **Осложнения:** *пневмония (до 10% всех больных и до 65% госпитализированных больных гриппом), гайморит, отит, бронхолит, токсическое поражение миокарда.*

- **Лечение.** Больных не осложненным гриппом лечат на дому под наблюдением врача. В стационар направляют больных с тяжелой формой гриппа, с осложнениями и по эпидемическим показаниям.
- **Прогноз** в отношении жизни благоприятный, хотя тяжелые формы с энцефалопатией или отеком легких могут представлять угрозу для жизни. При неосложненном гриппе трудоспособность восстанавливается через 7-10 дней.
- **Профилактика.** Разработана и используется специфическая профилактика с помощью живых и инактивированных противогриппозных вакцин. С целью профилактики используют человеческий лейкоцитарный интерферон путем закапывания в нос водного раствора. В очаге проводят текущую и заключительную дезинфекцию.

- **Острые респираторные заболевания (ОРЗ, острый катар верхних дыхательных путей, острая респираторная инфекция)** — широко распространены, характеризуются общей интоксикацией и преимущественным поражением дыхательных путей. Чаще заболевают дети. Встречаются в виде спорадических случаев и эпидемических вспышек. ОРЗ могут быть обусловлены большим количеством (свыше 200) этиологических агентов. К ним относятся: вирусы гриппа (5 серотипов — А, А1, А2, В и С); парагриппозные вирусы (4 серотипа); аденовирусы (более 30 серотипов); реовирусы (3 типа); риновирусы (более 100 типов); коронавирусы (4 типа); респираторно-сенцитиальный вирус; энтеровирусы (Коксаки — 32 типа, ЕСНО — 28 типов); вирус простого герпеса; микоплазмы (2 типа); бактериальные агенты (стрептококки, стафилококки и

- **Клиника.** Характерны умеренно выраженные симптомы общей интоксикации, преимущественное поражение верхних отделов респираторного тракта и доброкачественное течение. Локализация наиболее выраженных изменений респираторного тракта зависит от вида возбудителя. Например, риновирусные заболевания характеризуются преобладанием ринита, аденовирусные — ринофарингита, парагрипп проявляется преимущественным поражением гортани, грипп — трахеи, респираторно-синцитиальное вирусное заболевание — поражением бронхов. При аденовирусных инфекциях могут возникать конъюнктивиты и кератиты, при энтеровирусных заболеваниях — признаки эпидемической миалгии, герпангины, экзантемы. Длительность неосложненного ОРЗ — от 2 до 8 дней. При

- **Прогноз** благоприятный. Средняя длительность нетрудоспособности 5-7 дней.
- **Профилактика.** Изоляция больного на дому, выделение отдельной посуды, которую следует ошпаривать кипятком. Мероприятия в очаге проводятся так же, как при гриппе. Специфическая профилактика не разработана.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

- **Дизентерия** — инфекционная болезнь с фекально-оральным механизмом передачи. Возбудителем являются разные виды шигелл: Григорьева-Шига, Флекснера, Зонне и др. Возбудители длительно могут сохраняться во внешней среде (до 1,5 месяцев). На некоторых пищевых продуктах они не только сохраняются, но могут и размножаться (молочные продукты и др.). Инкубационный период от 1 до 7 дней (чаще 2-3 дня). Заболевание возможно в любом возрасте.

- **Клиника.** По клиническим признакам дизентерию можно разделить на острую (типичную, атипичную, субклиническую) и хроническую (рецидивирующую, непрерывную или затяжную) формы.
- *Типичные формы дизентерии начинаются остро и проявляются симптомами общей интоксикации (лихорадка, ухудшение аппетита, головная боль, адинамия, понижение АД) и признаками поражения желудочно-кишечного тракта. Боли в животе вначале тупые, разлитые по всему животу, постоянные, затем становятся более острыми, схваткообразными, локализуются в нижних отделах живота, чаще слева и над лобком. Боли усиливаются перед дефекацией. Появляются также тенезмы — тянущие боли в области прямой кишки, отдающие в крестец, ложные позывы, затянувшийся акт дефекации, ощущение его незавершенности. Боли возникают во время дефекации и продолжаются в течение 5-15 минут после нее. Стул учащен (до 10 раз в сутки). Испражнения вначале каловые, затем с примесью слизи и крови.*
- *При легких формах (до 80% всех случаев) температура тела субфебрильная или нормальная, боли в животе незначительные. Тенезмы и ложные позывы могут отсутствовать. Стул 3-5 раз в сутки, нередко без слизи и крови.*

- Тяжелая форма дизентерии протекает с высокой лихорадкой или, наоборот, с гипотермией. Больные заторможены, апатичны, кожа бледная, пульс частый слабого наполнения. Может развиться картина инфекционного коллапса (прогрессирующее падение АД, чувство холода, головокружение, пульс едва прощупывается). Стул до 50 раз в сутки и более, слизисто-кровянистый.
- Хроническая дизентерия вначале протекает в виде отдельных обострений (рецидивов), в дальнейшем переходит в затяжную форму, когда периоды ремиссии отсутствуют.

- **Лечение.** Больных дизентерией можно лечить как в стационаре, так и в домашних условиях. Госпитализируют больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами, детей в возрасте до 3-х лет, ослабленных больных, при невозможности организовать лечение на дому и по эпидемиологическим показаниям (работники питания, проживающие в общежитиях). В лечении используются антибиотики, витамины, симптоматическая терапия по назначению врача.
- ***Прогноз благоприятный.*** Переход в хронические формы наблюдается редко (1-2%). При тяжелом течении возможны смертельные исходы у детей от обезвоживания и инфекционного коллапса.

- **Профилактика.** Реконвалесцентов после дизентерии выписывают не ранее чем через 3 дня после клинического выздоровления, нормализации стула и температуры, однократного отрицательного бактериологического исследования, проведенного через 2 дня после окончания лечения.
- Работники питания и лица, приравненные к ним (учителя начальной школы), выписываются после двукратного бактериологического исследования. Работники питания, больные хронической дизентерией, переводятся на работу, не связанную с пищевыми продуктами.
- При оставлении больного дома в квартире проводится текущая дезинфекция. За лицами, находившимися в контакте с больными, устанавливается семидневное наблюдение. В детских дошкольных учреждениях применяют бактериофаг. К профилактическим мероприятиям относят борьбу с мухами (переносчики возбудителя), кипячение воды, мытье фруктов кипяченой водой, строгое соблюдение личной гигиены.

- **Холера** — острая инфекционная болезнь с фекально-оральным механизмом передачи, вызванная вибрионом (*Vibrio cholera asiaticae*, *Vibrio cholera EL-TOR*).

- **Клиника.** Инкубационный период от нескольких часов до 5 дней. **Заболевание начинается остро с появлением поноса, к которому несколько позже присоединяется рвота.** Стул становится все более и более частым, испражнения теряют каловый характер и запах, становятся водянистыми.
- Позывы на низ становятся императивными, больные не могут удержать испражнений. Выделения из кишечника по виду напоминают рисовый отвар или представляют собой жидкость, окрашенную желчью в желтый или зеленый цвет.
- Рвотные массы имеют тот же химический состав, что и выделения из кишечника. Потеря жидкости при рвоте и поносе быстро приводит к обезвоживанию организма, вследствие чего меняется внешний вид больного: черты лица заостряются, слизистые оболочки рта суховатые, голос становится хриплым, кожа теряет обычный тургор и легко собирается в складки, развивается цианоз кожи. Часто возникают тонические судороги, болезненные судороги мышц конечностей. При прогрессировании заболевания у больного развивается тяжелое состояние, которое характеризуется снижением температуры тела до 34,5 градуса, крайней обезвоженностью, нарушением гемодинамических показателей, одышкой.

- **Лечение** больных холерой проводят в больнице, редко может быть начато на дому (по неотложным состояниям). Терапия направлена на борьбу с обезвоживанием организма. Антибиотики применяют после прекращения рвоты.
- **Прогноз** при своевременно начатом и правильном лечении благоприятный. Летальные исходы возможны от обезвоживания организма и инфекционного шока.
- **Профилактика.** При подозрении на холеру больных немедленно госпитализируют. При выявлении подобных больных на транспорте, на дому, в гостинице врач до их госпитализации принимает меры к изоляции больного от окружающих лиц и немедленно сообщает о заболевании главному врачу своего учреждения.

- **Тифопаратифозные заболевания (брюшной тиф, паратифы А и Б)** — группа острых инфекционных заболеваний с фекально-оральным механизмом передачи. Возбудителем заболевания являются несколько видов сальмонелл.

- **Клиника.** Инкубационный период от 1 до 3 недель. При типичном течении заболевание начинается постепенно. Нарастают слабость, головная боль, симптомы общей интоксикации, с каждым днем повышается температура тела, достигая к 7-9 дню наибольших цифр. Стул обычно задержан. Появляется метеоризм. При паратифе Б вначале бывают симптомы гастроэнтерита, при паратифе А — симптомы катара верхних дыхательных путей. В период разгара отмечаются заторможенность больных и типичная брюшнотифозная экзантема (единичные розеолы диаметром 3-5 мм, возвышающиеся над уровнем кожи с четкими границами). Через 3-5 дней розеолы бесследно исчезают, периодически появляясь вновь. Наиболее грозные осложнения — перфорация кишечных язв (с 11-го по 25-й день болезни) и кишечное кровотечение. Возможны пневмония, инфекционный психоз, острый холецистит. Хроническое бактерионосительство возникает у 3-5% переболевших.

- **Прогноз** чаще благоприятный. Летальные исходы возможны при перфорации кишечника. Трудоспособность восстанавливается через 1,5-2 месяца от начала болезни.
- **Профилактика.** Санитарный надзор за питанием и водоснабжением. Реконвалесценты выписываются после троекратного отрицательного бактериологического исследования испражнений и мочи и однократного исследования желчи. Переболевшие состоят на диспансерном учете в течение 2-х лет (работники пищевых предприятий — 6 лет). Лечение проводится только в стационаре. Изоляция больных прекращается с 21-го дня нормальной температуры тела. По показаниям проводится специфическая иммунизация. В очаге проводится заключительная дезинфекция. За лицами, соприкасавшимися с больным, устанавливается медицинское наблюдение с обязательной термометрией в течение 25 дней. Дети, посещающие дошкольные учреждения, и работники системы питания до получения результатов обследования на бактерионосительство в эти учреждения не

- **Сальмонеллезы** — острые инфекционные болезни, вызываемые сальмонеллами. Передаются алиментарным путем. Источником инфекции обычно являются животные. Сальмонеллы во внешней среде (например, в воде) могут сохраняться до 1-1,5 месяцев. Насчитывается более 1600 видов сальмонелл. В молочных и готовых мясных продуктах, в мясном фарше сальмонеллы могут не только сохраняться, но и размножаться, не изменяя внешнего вида и вкуса продуктов. Входные ворота — слизистая тонкого кишечника.

- **Клиника.** Инкубационный период от 6 часов до 3 суток (чаще 12-24 часа). Наиболее распространена гастритестинальная форма. Начинается остро с повышения температуры тела до 38-40 градусов, озноба и симптомов общей интоксикации. **Появляются боли в подложечной области, тошнота, рвота, а спустя несколько часов присоединяется понос.** Стул жидкий, водянистый, зловонный, до 10-15 раз в сутки. Тенезмов, ложных позывов, а также примеси крови в стуле не отмечается. При обильном и частом стуле, повторной рвоте может развиваться синдром обезвоживания: жажда, цианоз губ, запавшие глаза, сморщенная кожа, судороги, снижение АД. Лихорадка длится 2-5 дней.

- **Лечение.** При гастроинтестинальной форме как можно раньше промывают желудок. Используют антибиотики, а также средства, направленные на борьбу с интоксикацией и обезвоживанием по назначению врача.
- **Прогноз.** У большинства наступает выздоровление. У отдельных больных формируется бактерионосительство. У маленьких детей возможны летальные исходы от обезвоживания и интоксикации.
- **Профилактика.** Ветеринарно-санитарный надзор за забоем скота, контроль за приготовлением и хранением мясных и рыбных блюд. Реконвалесценты выписываются после полного клинического выздоровления и двукратного бактериологического исследования кала. Работники пищевых предприятий

***ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ
БАКТЕРИАЛЬНЫМИ
ТОКСИНАМИ***

- **Пищевые токсикоинфекции** — заболевания, возникающие после употребления продуктов, обсемененных различными микроорганизмами и содержащих бактериальные токсины. К ним относятся отравления токсинами ботулизма, токсинами клостридии и стафилококковые отравления.

- **Пищевые отравления стафилококкового происхождения** связаны со штаммами патогенных стафилококков, способных продуцировать энтеротоксин. При попадании в продукты (от людей, больных гнойничковыми заболеваниями или от здоровых носителей стафилококков) они способны размножиться, что приводит к накоплению в продуктах энтеротоксина. Стафилококковые отравления связаны с употреблением молока, молочных продуктов, мясных, рыбных, овощных блюд, тортов, пирожных, рыбных консервов в масле. Зараженные продукты не отличаются от доброкачественных. Стафилококки переносят высокие концентрации соли и сахара. Энтеротоксины выдерживают прогревание до 100 градусов в течение 1,5-2 часов. Энтеротоксин не разрушается пищеварительными ферментами и способен проникать через слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта.

- **Клиника.** Инкубационный период при стафилококковых отравлениях длится 1,5-2 часа, при отравлениях токсинами клостридии — от 6 до 24 часов. При стафилококковых отравлениях наиболее характерные признаки — режущие схваткообразные боли в эпигастральной области, рвота. Температура тела нормальная или субфебрильная. Поноса может не быть. Кратковременное расстройство стула отмечается у половины больных. Типичны нарастающая слабость, бледность, похолодание конечностей, снижение АД. Может развиваться коллаптоидное состояние. Однако даже при резко выраженной симптоматике начального периода к концу суток от начала заболевания наступает выздоровление. Лишь у отдельных больных в течение 2-3 суток сохраняется повышенная общая слабость.

- **Отравления, вызванные токсином клостридий**, протекают значительно тяжелее. Заболевание начинается с болей в животе, нарастает общая слабость. Стул учащается до 20 раз и более, он обильный, водянистый, иногда в виде рисового отвара. Рвота и жидкий стул приводят к обезвоживанию организма. В некоторых случаях развивается некроз слизистой тонкого кишечника. Летальность достигает 30%.

- **Первая доврачебная помощь.** Для удаления токсинов из организма промывают желудок водой или 5% раствором гидрокарбоната натрия, после чего при стафилококковом отравлении дают солевое слабительное (30 г сульфата магния в 500 мл воды). При развитии обезвоживания (отравление токсином клостридий) проводят комплекс мероприятий по регидратации в условиях стационара.
- **Прогноз.** При стафилококковом отравлении прогноз благоприятный. Трудоспособность восстанавливается через 1-3 дня. При отравлениях токсинами клостридий прогноз серьезный, особенно при развитии анаэробного сепсиса.

- **Профилактика.** Для профилактики стафилококковых отравлений проводят мероприятия по уменьшению носительства стафилококков среди работников питания (предупреждение и лечение гнойничковых заболеваний, лечение хронических воспалительных заболеваний миндалин, верхних дыхательных путей). Не допускаются к работе лица, имеющие гнойничковые заболевания. Необходимо правильное хранение готовых блюд, исключающее размножение в них стафилококков. Для профилактики отравлений токсином клостридий основное значение имеет контроль за забоем скота, обработкой, хранением и транспортом мяса.

- **Ботулизм** — отравление ботулотоксином, накопившимся в пищевых продуктах. Характеризуется тяжелой интоксикацией с преимущественным поражением центральной нервной системы. Возбудитель — клостридия ботулизма — строгий анаэроб, образует споры и очень сильный экзотоксин (смертельная доза для человека около 0,3 мкг). Токсин разрушается при нагревании. Споры выдерживают кипячение до 5 часов (при домашнем консервировании продуктов споры не уничтожаются). Размножение возбудителя в продуктах происходит в анаэробных условиях. Попавший в пищеварительный тракт ботулотоксин не разрушается ферментами, всасывается через слизистые оболочки желудка и кишечника и гематогенно разносится по всему организму.

- **Клиника.** Инкубационный период колеблется от нескольких часов до 2-5 дней (чаще 12-24 часа). Обычно заболевание начинается с общей слабости, головной боли, сухости во рту, нарушения зрения (нечеткость видения вблизи, «туман, сетка» перед глазами, двоение). Объективно выявляются расширение зрачков, их вялая реакция на свет, опущение век и невозможность их поднять (птоз), нистагм. Нередко наблюдается паралич мягкого неба (речь с носовым оттенком, при попытке глотания жидкость выливается через нос). Паралич мышц гортани ведет к осиплости голоса и даже афонии. Нарушается глотание из-за паралича мышц глотки. Возможны параличи жевательных мышц, мышц шеи и верхних конечностей. В тяжелых случаях быстро развивается недостаточность дыхательных мышц. Расстройств чувствительности не бывает. Сознание полностью сохранено. Характерно отсутствие лихорадки. Признаки острого гастрита (тошнота, рвота, боли в эпигастрии) и понос наблюдаются при ботулизме относительно редко. При тяжелых формах смерть наступает от паралича дыхания на 3-5-й день болезни. Осложнения: острая пневмония, токсический миокардит, миозиты, невриты.

- ***Первая доврачебная помощь.*** Больным ботулизмом промывают желудок 2% раствором гидрокарбоната натрия, делают сифонную клизму, дают слабительное (30 г сульфата магния в 500 мл воды). Лечение осуществляется в условиях стационара. Основным методом терапии является, возможно, раннее введение специфических противоботулинических сывороток (А, В и Е).
- ***Прогноз при ботулизме всегда тяжелый.***
- ***Профилактика.*** Соблюдение режима консервирования продуктов, проверка консервов перед употреблением, изъятие бомбажных банок. Разъяснение населению правил домашнего консервирования продуктов. Прогревание домашних закатанных в банки овощных консервов и грибов накануне употребления. Подозрительные продукты исключают из употребления. Лицам, употребившим вместе с заболевшим инфицированный продукт, профилактически вводят специфические противоботулинические сыворотки (А, В и Е). За этими лицами устанавливается медицинское наблюдение в

ГЕМАТОГЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ

- **Столбняк** — острое инфекционное заболевание, характеризующееся тяжелым токсическим поражением нервной системы с тоническими и клоническими судорогами, нарушениями терморегуляции. Возбудитель — *Clostridium tetani* — крупная палочка, образует споры, продуцирует экзотоксин. Часто обнаруживается в почве. Споры возбудителя попадают в организм человека при различных травмах, иногда даже при небольших повреждениях кожи, особенно нижних конечностей. В анаэробных условиях споры превращаются в вегетативные формы, которые начинают размножаться и выделять экзотоксин. Токсин вызывает специфическое поражение передних рогов

- **Клиника.** Инкубационный период — от 3 до 30 (чаще 7-14) дней. Заболевание начинается с неприятных ощущений в области раны (тянущие боли, подергивание мышц вокруг нее). Наиболее характерный симптом — появление судорог. Рано возникает судорожное сокращение жевательных мышц (тризм), а также мимической мускулатуры. Тоническое сокращение мышц сменяется приступами клонических судорог, захватывающих мышцы спины, конечностей, возникает опистотонус. Приступы судорог провоцируются малейшими внешними раздражениями. Судорожные сокращения дыхательных мышц, диафрагмы и мышц гортани могут привести к смерти больного от асфиксии. Характерны головные и мышечные боли, лихорадка, повышенная потливость, слабость. Сознание сохранено.

- **Лечение** проводят в специализированных противостолбнячных центрах. Осложнения: пневмония, разрыв мышц, компрессионный перелом позвоночника. Прогноз серьезный.
- **Профилактика.** Плановая иммунизация столбнячным анатоксином. Борьба с травматизмом. При травмах (ожоги, укусы, повреждения кожи и слизистых оболочек) сначала вводят 1 мл адсорбированного столбнячного анатоксина, а через 30 минут другим шприцем и в другой участок тела вводят 3000 МЕ противостолбнячной сыворотки. Ранее иммунизированным против столбняка лицам вводят только столбнячный анатоксин. Больной для окружающих не опасен. Мероприятий в очаге не проводят.

- **Вирусный гепатит (болезнь Боткина)** — инфекционная болезнь, имеющая вирусную природу, проявляющаяся интоксикацией, преимущественным поражением печени и в части случаев желтухой. Термин «вирусный гепатит» объединяет три сходные по клиническим симптомам болезни: вирусный гепатит А (инфекционный гепатит) характеризующийся фекально-оральным механизмом передачи, вирусный гепатит В и С (сывороточный гепатит), возникающий при переливании крови и ее препаратов, передающийся посредством медицинского инструментария и половым путем. Внедрение вирусов гепатита происходит через слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта (гепатит А) или парентерально (гепатит В и С). Гематогенно вирус проникает в печень, где находит наиболее благоприятные условия для размножения. Гистологически находят полный некроз паренхимы печени.

- **Клиника.** Инкубационный период при гепатите А колеблется от 15 до 45 дней (чаще 20-30 дней), при гепатите В и С — от 50 до 180 дней (чаще 60-120 дней). Вирусный гепатит может протекать в желтушной, безжелтушной и субклинической формах. По длительности выделяют острое (до 2 месяцев), затяжное (от 2 до 6 месяцев) и хроническое (более 6 месяцев) течение. Заболевание начинается постепенно с преджелтушного (продромального) периода, который длится 1-2 недели. Чаще он начинается с диспепсического синдрома: плохой аппетит, тошнота, рвота, тупые боли в области печени, иногда повышение температуры тела и расстройство стула. При артралгическом синдроме на первый план выступают боли в суставах, костях, мышцах. При астеническом синдроме наиболее характерны слабость, снижение работоспособности, нарушение сна, повышенная раздражительность. Возможен катаральный синдром: насморк, кашель, першение в горле. Нередко бывает смешанная картина. В конце преджелтушного периода моча становится темной, кал обесцвечивается, выявляется увеличение печени.

- Во время желтушного периода больные жалуются на общую слабость, снижение аппетита, тупые боли в области печени, боли в суставах, кожный зуд. Желтуха постепенно нарастает, ее выраженность, как правило, отражает тяжесть болезни. Размеры печени увеличены, часто увеличена и селезенка. Выздоровление наступает медленно, иногда в виде отдельных волн. При прогрессировании тяжелые формы могут привести к развитию прекоматозного состояния и комы.

- **Прогноз** в отношении жизни, как правило, благоприятный. У отдельных больных возникают различные остаточные явления: постгепатитный синдром. Хронический гепатит и цирроз печени (до 5-10% всех больных). Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами длится 2 года. После выздоровления формируется типоспецифичный иммунитет (перенесшие гепатит А могут в дальнейшем заболеть гепатитом В или С). У некоторых больных гепатитом В освобождения организма от вируса не происходит, формируется вирусоносительство, продолжающееся до 10 лет и более без каких-либо клинических проявлений.

- ***Профилактика.*** Методы предупреждения вирусного гепатита А такие же, как и других кишечных инфекций. Главным образом — это личная гигиена. Для профилактики гепатита В и С необходимо тщательное наблюдение за донорами, проведение гемотрансфузий по строгим показаниям, тщательная стерилизация инструментов, соблюдение правил профилактики болезней, передающихся половым путем. Больных изолируют на срок не менее 28 дней от начала болезни.

ЗООНОЗЫ

- **Бешенство (гидрофобия)** — острое вирусное заболевание, возникающее после попадания на поврежденную кожу слюны инфицированного животного. Характеризуется развитием своеобразного энцефалита со смертельным исходом. Возбудитель — из группы микровирусов. Инфицированные животные (собаки, волки, лисы и др.) начинают выделять вирус в конце инкубационного периода — за 7-8 дней до появления клинических СИМПТОМОВ.

- **Клиника.** Инкубационный период длится от 10 дней до 1,5 лет (чаще 1-3 месяца). Выделяют стадии предвестников, возбуждения и параличей. Стадия предвестников длится 1-3 дня. В это время у больного появляются неприятные ощущения в области укуса или ослюнения (жжение, тянущие боли, зуд, повышенная чувствительность кожи), хотя рана давно уже зарубцевалась, беспричинная тревога, депрессия, бессонница. Стадия возбуждения проявляется гидрофобией, аэрофобией и повышенной чувствительностью. Гидрофобия (водобоязнь) проявляется в том, что при попытке пить, а в дальнейшем лишь при приближении к губам стакана с водой, у больного возникает судорожное сокращение мышц глотки и гортани, дыхание становится шумным в виде коротких судорожных вдохов; возможна кратковременная остановка дыхания. Судороги могут возникнуть от дуновения в лицо струи воздуха (аэрофобия). Температура тела субфебрильная. Слюноотделение повышено, больной не может проглотить слюны и постоянно ее сплевывает. Возбуждение нарастает, появляются зрительные и слуховые галлюцинации. Иногда возникают приступы буйства с агрессивными действиями. Через 2-3 дня возбуждение сменяется параличами мышц конечностей, языка, лица. Смерть наступает через 12-20 часов после появления параличей. Общая длительность заболевания 3-7 дней.

- **Лечение.** После появления клинических симптомов спасти больного не удастся. Применяют симптоматическую терапию.
- **Профилактика.** Проводят мероприятия по предупреждению бешенства у людей, подвергшихся укусам инфицированных животных. При укусе рану следует промыть мыльной водой, прижечь настойкой йода. Антирабические прививки проводят по безусловным и условным показаниям. По безусловным показаниям вакцинируют при укусах явно бешеным животным и в случае, если животное исчезло или умерло в течение 14 дней после укуса. Условные показания для введения антирабической сыворотки — любые укусы незнакомого животного. К мерам профилактики относится также наблюдение за животными и отлов больных животных.

- **Токсоплазмоз** — паразитарное заболевание, характеризующееся хроническим течением. Возбудитель токсоплазмоза — *Toxoplasma gondii* — ОТНОСИТСЯ к простейшим. В организме человека размножается внутриклеточно и образует цисты, окруженные плотной оболочкой. Основным хозяином паразита являются кошки, выделяющие с испражнениями ооцисты, способные сохраняться в почве до года. Человек заражается при попадании ооцист в пищеварительный тракт. Другие животные опасности не представляют. Больной человек опасности для окружающих не представляет. При заражении во время беременности возможно внутриутробное инфицирование

- **Клиника.** Токсоплазмоз обычно начинается как первично-хроническое заболевание, и от момента заражения до первых проявлений болезни может пройти много месяцев.
- Различают врожденный и приобретенный токсоплазмоз. При внутриутробном инфицировании в первые месяцы беременности наступает гибель плода, реже инфекция приводит к возникновению пороков развития. Острая форма врожденного токсоплазмоза протекает в виде энцефалита или сепсиса с желтухой, увеличением печени, сыпью. При этих формах дети часто умирают в первые месяцы жизни. У оставшихся в живых детей токсоплазмоз приобретает хроническое течение и протекает с поражением нервной системы и глаз (отставание в развитии, эпилептиформные приступы, парезы, параличи, хориоретинит и др.).
- Приобретенный токсоплазмоз у отдельных больных (менее 0,5% случаев) протекает остро в виде энцефалита и заканчивается летально. Хроническое течение приобретенного токсоплазмоза характеризуется длительным субфебрилитетом и признаками интоксикации (головная боль, адинамия, снижение работоспособности, раздражительность). Больных часто беспокоят боли в мышцах и суставах, боли в области сердца, перебои в сердце, боли в животе, дискинезия толстого кишечника. Могут быть поражения глаз (хореоретиниты) и нервной системы (кальцификаты в мозге, эпилептиформные припадки).
- Проводится комплексное **лечение, которое включает этиотропную, десенсибилизирующую и витаминотерапию.**

- **Прогноз.** При хроническом приобретенном токсоплазмозе один курс комплексной терапии приводит к стойкому выздоровлению в 80% случаев. У 20% через различные промежутки времени наступают рецидивы. При острых формах прогноз серьезный.
- **Профилактика.** Борьба с токсоплазмозом домашних животных, соблюдение гигиенических правил при содержании кошек, запрещение употребления (пробования) сырого мясного фарша, а также мясных блюд без достаточной термической обработки. Особенно тщательно эти правила должны соблюдать женщины во время беременности и, прежде всего те, кто имеют отрицательные реакции на токсоплазмоз. Мероприятия в очаге не проводятся.

- **Энцефалит клещевой** — острая нейровирусная инфекция, характеризующаяся поражением серого вещества головного и спинного мозга. Резервуаром и источником инфекции являются дикие животные (преимущественно грызуны) и иксодовые клещи. Возможно инфицирование не только при присасывании клеща, но и при употреблении молока инфицированных коз. Возбудитель относится к арбовирусам.
- Ворота инфекции — кожные покровы (при присасывании клеща) или слизистая оболочка пищеварительного тракта (при алиментарном заражении).

- **Клиника.** Инкубационный период от 8 до 23 дней (чаще 7-14 дней). Заболевание начинается остро с озноба, сильной головной боли, общей гиперестезии и слабости. В первый день отмечаются только общетоксические симптомы. По характеру поражения нервной системы (с 3-4-го дня) выделяют следующие синдромы: менингеальный (нарушения походки, рвота, судороги и пр.), полиомиелитический (парезы и параличи), полирадикулоневритический (парезы, параличи, боли по ходу нервных стволов, снижение чувствительности и пр.), энцефалитический (поражение жизненно-важных центров, расстройства речи, сознания и пр.).

- **Лечение симптоматическое.** В первые 3 дня вводят противозэнцефалитный гамма-глобулин.
- **Прогноз.** При современных методах лечения и легких формах энцефалита прогноз благоприятный; при тяжелых формах — сомнительный. У многих больных остается стойкое нарушение трудоспособности в результате остаточных явлений поражения нервной системы.
- **Профилактика.** При присасывании клеща в неблагополучной по энцефалиту местности необходимо с профилактической целью вводить противозэнцефалитный гамма-глобулин. По показаниям проводится профилактическая вакцинация.