

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

*Утверждено
Министерством образования Республики Беларусь
в качестве учебника для студентов
учреждений высшего образования
по специальности «Педиатрия»*

Под редакцией
В.М. Цыркунова, А.А. Астапова



Минск
«Адукацыя і выхаванне»
2024

УДК 616.9-053.2(075.8)
ББК 57.3я-73
Д38

Авторы: *В.М. Цыркунов*, профессор кафедры инфекционных болезней УО «ГрГМУ»; *А.А. Астапов*, доцент кафедры детских инфекционных болезней с курсом повышения квалификации и переподготовки УО «БГМУ»; *В.С. Васильев*, профессор кафедры инфекционных болезней УО «ГрГМУ»; *А.В. Васильев*, доцент кафедры инфекционных болезней УО «ГрГМУ»; *Н.В. Матиевская*, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней УО «ГрГМУ»; *Н.В. Пронько*, доцент кафедры инфекционных болезней УО «ГрГМУ»

Рецензенты: кафедра инфекционных болезней с курсом ФПК и ПК УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» (профессор кафедры инфекционных болезней с курсом ФПК и ПК доктор медицинских наук, профессор *Т.И. Дмитраченко*); профессор кафедры инфекционных болезней и детских инфекций ИПК и ПКЗ УО «Белорусский государственный медицинский университет» доктор медицинских наук, профессор *А.А. Ключарева*

Детские инфекционные болезни : учебник / В. М. Цыркунов,
Д38 А. А. Астапов, В. С. Васильев [и др.]; под ред. В. М. Цыркунова,
А. А. Астапова. — Минск : Адукацыя і выхаванне, 2024. — 544 с.: ил.
ISBN 978-985-599-947-9.

Издание содержит информацию о правах ребенка, биомедицинской этике, основных клинических синдромах, дифференциальной диагностике, лечении и профилактике инфекций у детей. Представлены сведения, которыми должен овладеть студент по разделу типовой программы: умения и навыки, ситуационные задачи, двухуровневый тестовый контроль, некоторые константы детей.

Материал учебника отражает мировой и отечественный опыт по изучению инфекционных болезней у детей, иллюстрирован рядом таблиц, облегчающих восприятие материала.

Предназначен для студентов учреждений высшего образования по специальности «Педиатрия». Будет полезен врачам-педиатрам, инфекционистам и врачам общей практики.

УДК 616.9-053.2(075.8)
ББК 57.3я-73

Все права на данное издание защищены. Воспроизведение всей книги или любой ее части не может быть осуществлено без разрешения издательства.

ISBN 978-985-599-947-9

© Оформление. Республиканское унитарное предприятие
«Издательство “Адукацыя і выхаванне”», 2024

СПИСОК ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АД — артериальное давление
АВИ — аденовирусная инфекция
АлАТ — аланинаминотрансфераза
Анти-ФХа — противосвертывающая активность низкомолекулярного гепарина
АРЛС — антиретровирусные лекарственные средства
АРТ — антиретровирусная терапия
АсАТ — аспартатаминотрансфераза
АСЛО — антистрептолизин О
АТ-III — антитромбин III
АЧТВ — активированное частичное тромбопластиновое время
БЛД — бронхолегочная дисплазия
ВАП — вакциноассоциированный полиомиелит
ВВИГ — внутривенные иммуноглобулины
ВГА — вирусный гепатит А
ВГВ — вирусный гепатит В
ВГС — вирусный гепатит С
ВГD — вирусный гепатит D
ВДП — верхние дыхательные пути
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
ВН — вирусная нагрузка
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ВПГ — вирус простого герпеса
ВПС — врожденный порок сердца
ВСМ — вторичный синдром мальабсорбции
ВЧГ — внутричерепная (церебральная) гипертензия
ВЧД — внутричерепное давление
ВЭБ — вирус Эпштейна — Барр
γ-ГТП — гамма-глутамилтранспептидаза
Г-6-ФД — глюкозо-6-фосфат дегидрогеназа
ГБН — гемолитическая болезнь новорожденных
ГКС — глюкокортикостероиды
ГЛПС — геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
ГОМК — гамма-оксимасляная кислота
ГУС — гемолитико-уремический синдром
ГЭБ — гематоэнцефалический барьер
ДВС — диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДН — дыхательная недостаточность
ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота
ДЦП — детский церебральный паралич
ЖВО — жидкость возмещения обезвоживания
ЖКБ — желчнокаменная болезнь
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ЖММ — женское материнское молоко
ЗОЖ — здоровый образ жизни
ЗПТ — заместительная почечная терапия

ИВЛ — искусственная вентиляция легких
 ИИ — ингибиторы интегразы
 ИЛ — интерлейкины
 ИЛС — иммунобиологическое лекарственное средство
 ИМВП — инфекция мочевыводящих путей
 ИМП — имипенем/циластатин
 ИП — ингибиторы протеазы
 ИППП — инфекции, передающиеся половым путем
 ИС — ингибиторы слияния (фузии)
 ИТШ — инфекционно-токсический шок
 ИФА — иммуноферментный анализ
 КВИ — коронавирусная инфекция
 КОС, КЩС — кислотно-основное (щелочное) состояние
 КС — кесарево сечение
 КТ — компьютерная томография
 ЛДГ — лактатдегидрогеназа
 ЛН — лактазная недостаточность
 ЛНЭ — лихорадка неясной этиологии
 ЛП — лекарственный препарат
 ЛПС — липополисахариды
 ЛС — лекарственное средство
 МДГ — малатдегидрогеназа
 МНО — международное нормализованное отношение
 МРТ — магнитно-резонансная томография
 МСК — менингеальный симптомокомплекс
 НБКМ — непереносимость белков коровьего молока
 НИОТ — нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
 ННИОТ — ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
 НтНОТ — нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы
 НФГ — нефракционированный гепарин
 ОАК — общий анализ крови
 ОАиР — отделение анестезиологии и реанимации
 ОВП — острый вялый паралич
 ОГА — острый гепатит А
 ОГВ — острый гепатит В
 ОГС — острый гепатит С
 ОД — органная дисфункция
 ОДН — острая дыхательная недостаточность
 ОИ и ОЗ — оппортунистические инфекции и заболевания
 ОКИ — острые кишечные инфекции
 ОКТ — орнитинтранскарбамилаза
 ОЛ — отек легких
 ОНГМ — отек-набухание головного мозга
 ОПН — острая почечная недостаточность
 ОПП — острое повреждение почек
 ОПеН — острая печеночная недостаточность
 ОПеЭ — острая печеночная энцефалопатия
 ОПСС — общее периферическое сосудистое сопротивление
 ОРВИ — острые респираторные вирусные инфекции

ОРДС – острый респираторный дистресс-синдром
ОРИ – острые респираторные инфекции
ОРЛ – острая ревматическая лихорадка
ОРС – острый респираторный синдром
ОСЛТ – острый стенозирующий ларинготрахеит
ОСО – острый средний отит
ОССН – острая сердечно-сосудистая недостаточность
ОЦК – объем циркулирующей крови
ПБХ/Ц – первичный билиарный холангит/цирроз
ПГЛ – персистирующая генерализованная лимфаденопатия
ПК – периферическая кровь
ПКТ – прокальцитонин
ПКФ – патогенная кишечная флора
ПМЛ – прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия
ПМР – передача от матери к ребенку
ПОН – полиорганная недостаточность
ПП – патологические потери
ПСХ – первичный склерозирующий холангит
ПТ – перинатальная трансмиссия
ПТВ – протромбиновое время
ПТИ – протромбиновый индекс
ПЦП – пневмоцистная пневмония
ПЦР – полимеразная цепная реакция
ПЧЗТ – повышенная чувствительность замедленного типа
ПЭ – печеночная энцефалопатия
РВИ – риновирусная инфекция
РИА – радиоиммунный анализ
РНГА – реакция непрямой гемагглютинации
РНК – рибонуклеиновая кислота
РоВИ – ротавирусная инфекция
РПГА – реакция пассивной гемагглютинации
РСВ – респираторно-синцитиальный вирус
РСК – реакция связывания комплемента
РТГА – реакция торможения гемагглютинации
САД – систолическое артериальное давление
СЗП – свежезамороженная плазма
СИ – сердечный индекс
СК – саркома Капоши
СКФ – скорость клубочковой фильтрации
СЛР – сердечно-легочная реанимация
СМ – синдром мальабсорбции
СМЖ/ЦСЖ – спинномозговая/цереброспинальная жидкость
СМП – спинномозговая пункция
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита
СРБ – С-реактивный белок
СШ – септический шок
ТМА – тромботическая микроангиопатия
ТМП/СМК – триметоприм/сульфаметоксазол

ТОРС – тяжелый острый респираторный синдром
 УГТ – урогенитальный тракт
 УДФ – уридиндифосфат
 УЗИ – ультразвуковое исследование
 ФП – физиологические потребности
 ХБП – хроническая болезнь почек
 ХГС – хронический гепатит С
 ХПН – хроническая почечная недостаточность
 ЦВД – центральное венозное давление
 ЦГЭ и ОЗ – центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья
 ЦМВ – цитомегаловирус
 ЦНС – центральная нервная система
 ЧД – частота дыхания
 ЧМТ – черепно-мозговая травма
 ЧСС – число сердечных сокращений
 ШКГ – шкала комы Глазго
 ЩФ – щелочная фосфатаза
 ЭВИ – энтеровирусная инфекция
 ЭКМО – экстракорпоральная мембранная оксигенация
 ЭП – энтеральное питание
 ЭЭГ – электроэнцефалограмма
 ААСМ – Американская академия медицины сна
 А–D, 1++, 1+, 1–, 2++, 2+, 2–, 3, 4 – сила рекомендаций и уровни доказательств
 anti-HAV IgM – антитела класса иммуноглобулина М к антигену вируса гепатита А
 ACE – дополнительный холерный энтеротоксин
 ECHO – кишечные энтеропатогенные вирусы
 ESICM – Европейское общество интенсивной терапии
 CDC – центр по контролю и профилактике заболеваний
 HBV – вирус гепатита В
 HCV – вирус гепатита С
 HDV – вирус гепатита D
 HBsAg – поверхностный антиген вируса гепатита В
 HBcAg – сердцевинный антиген вируса гепатита В
 HBeAg – антиген инфекционности вируса гепатита В
 GBS – гемолитический стрептококк группы В
 PaCO₂ – уровень парциального давления углекислого газа в крови
 PaO₂ – напряжение кислорода в артериальной крови
 SCCM – общество медицины критических состояний
 SvO₂ – сатурация смешанной венозной крови
 FiO₂ – фракция кислорода во вдыхаемой газовой смеси
 PaO₂/FiO₂ – индекс оксигенации

ВВЕДЕНИЕ

Традиции в преподавании клинических дисциплин проявляются в структуре учебников, в которых инфекционные болезни представлены с соблюдением нозологического принципа. Это необходимо для получения в процессе обучения той специальной информации, которая отличает одну клиническую дисциплину от другой. В реальной жизни врач в процессе диагностики сталкивается не с конкретной, четко определенной формой, а, как правило, с определенным симптомокомплексом (синдромом), который в последующем во время проведения дифференциальной диагностики, «вырисовывается» в определенную нозологическую единицу.

Это в полной мере относится к клинической дисциплине — инфекционные болезни у детей (детским инфекциям), изучаемой студентами медицинских университетов в течение нескольких лет на старших курсах. В процессе преподавания предмета используются два принципа, последовательно реализуемых по мере клинического «взросления» студентов. Первый — *нозологический*, предусматривающий подробный разбор этиологии, эпидемиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики конкретной нозологической формы (инфекционной болезни). Вторым, реализуемым на этапах субординатуры и интернатуры, — *синдромальный* принцип, базирующийся на предыдущем и основанный на умении проводить синдромальную и дифференциальную диагностику инфекционных болезней с ориентацией на полученные ранее знания и приобретаемый во время практических занятий дополнительный опыт работы с пациентами в условиях поликлиники и стационара.

Работа студента в клинике существенно отличается от занятий по медико-биологическим дисциплинам. Очень многое, если не главное, зависит от преподавателя-наставника, его коммуникабельности и авторитета, умения передать свой теоретический запас знаний и практический опыт работы с пациентами студентам при проведении практических занятий, включая освоение классических приемов «инфекционной» пропедевтики (детализация жалоб, сбор анамнеза), правильность выполнения обязательных процедур объективного осмотра (перкуссия, пальпация, аускультация), интерпретацию результатов лабораторных и инструментальных исследований, принятие обоснованного окончательного заключения (оформления клинического диагноза) у конкретного пациента. Многое в этот период постигается студентом по принципу «делай как Я».

Предполагается, что студент, обучающийся в субординатуре (в клинике детских инфекционных болезней), ознакомившись (еще не полностью освоив) с планом осмотра и обследования пациентов с инфекционной патологией, должен осмысленно ориентироваться в необходимых направлениях клинической эпидемиологии, лечебно-диагностического поиска, профилактических и диспансерных мероприятиях на всех этапах курации пациентов (амбулаторно-поликлиническом, госпитальном) с учетом особенностей конкретной инфекционной

болезни. Освоение врачебного мастерства — процесс долгий и сложный, к нему врач идет годами, постепенно наращивая свой опыт, фундаментом для которого стали студенческие годы, проведенные в различных клиниках.

Особенности педиатрической клиники в целом и инфекционной в частности, в которой большое значение имеет возрастной состав пациентов (наличие или отсутствие родителей и лиц, ухаживающих за ребенком), накладывают свой отпечаток на работу студента, готовящегося стать врачом-педиатром. К сожалению, в вузовской практике недостает подробной методической информации обучающего характера. Это касается как общеврачебной клинической подготовки, так и педиатрической практики. Особенность инфекционного стационара заключается в применении более строгой системы изоляции пациентов в связи с крайне высокой контагиозностью ряда детских инфекций (корь, ветряная оспа и др.). Режимные условия пребывания детей, обеспечиваемые персоналом отделений, часто являются причиной недовольства родителей, стремящихся к общению с ребенком, который может быть изолирован не только от родных и близких, но и от других пациентов, характер патологии у которых требует разобщения.

Предлагаемый студентам и врачам-инфекционистам учебник по детским инфекционным болезням является 3-м изданием (первые два в виде учебных пособий вышли в свет в 2008 и 2013 гг.), переработанным с учетом изменившихся условий и принятия новых директивных документов. В нем изложены особенности работы с детьми и вопросы клинико-лабораторной диагностики детских инфекций, представленных по синдромальному принципу в краткой и доступной форме. Все главы учебника, в которых содержатся характеристики основных клинических синдромов, дополнены современными диагностическими критериями, алгоритмами терапии в соответствии с существующими клиническими протоколами.

Данный учебник является практическим руководством для студентов при подготовке к занятиям в детской инфекционной клинике. В нем имеются сведения, которыми должен овладеть студент по разделу типовой программы: умения и навыки. Авторы учебника поставили перед собой задачу систематизировать и представить в компактном виде информацию, необходимую при работе с пациентами — детьми, у которых заподозрена или диагностирована инфекционная болезнь. В материале рассматриваются вопросы обоснованного клинико-лабораторного обследования и диагностические алгоритмы, правильной и объективной оценки полученных сведений в диагностическом и лечебном процессе, включая оценку степени тяжести болезни, назначения и мониторинга адекватной терапии, оказания помощи при urgentных состояниях, определения показаний для выполнения необходимых врачебных диагностических и терапевтических манипуляций.

В связи с тем, что для студентов медвузов ранее выпущены учебные пособия «Профилактическая иммунизация», «Общая вакцинология», мы сочли необходимым включить и изложить наиболее важные вопросы иммунопрофилактики в специальном разделе, согласно последним постановлениям и руководящим документам Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

В приложении представлены вопросы для компьютерного тестирования (контроля), стандартные ситуационные задачи, клинические протоколы по некоторым клиническим синдромам (нозологиям), а также ряд сведений в виде таблиц: антибиотики и химиопрепараты с возрастной дозировкой; иммунные и вакцинальные препараты; перечень биохимических, иммунологических и физиологических констант с указанием их нормативов; сведения об инкубационных периодах, карантинизации и изоляции при основных инфекциях детского возраста. Расширение раздела пособия, посвященного патологии гепатобилиарной системы у детей, обусловлено спецификой научного и практического направления, которым более 60 лет занимается кафедра инфекционных болезней Гродненского медицинского университета.

Обеспечение студентов-субординаторов предлагаемым учебником по детским инфекциям с оригинальной структурой, ориентированной на клиническую практику, крайне необходимо, так как в Республике Беларусь имеется только одна детская инфекционная больница (г. Минска). Остальные инфекционные стационары (областные, городские), как правило, смешанного типа и предназначены для госпитализации взрослых и детей. Важно отметить, что курацию детей в этих стационарах осуществляют в большинстве случаев выпускники непедиатрического факультета. В связи с этим необходимо обеспечить студентов, осваивающих практические навыки по детским инфекциям, учебными пособиями и практикумами, позволяющими повысить качество клинической подготовки в процессе обучения. В то же время в процессе работы врача-инфекциониста, врача-педиатра, врачей иных специальностей существует постоянная потребность в повышении их квалификации по детским инфекциям. Полагаем, что книга будет востребованной не только у студентов, но и в среде различных специалистов практического здравоохранения.

Учебник предназначен для студентов педиатрических факультетов, но может быть также использован врачами-стажерами (интернами) и студентами лечебных факультетов медицинских вузов.

Авторы далеки от мысли об идеальности подготовленного руководства. Такое вряд ли возможно вообще, так как клиническая практика, ее нюансы, ноу-хау в каждой клинике имеют свое реальное преломление. Авторы изложили свое видение этого раздела работы через призму имеющихся в настоящее время директивных документов Министерства здравоохранения Республики Беларусь, мирового опыта и опыта клиники.

Все замечания, которые посчитает необходимым высказать уважаемый читатель, будут с благодарностью приняты и учтены при дальнейшей работе над изданием.

Глава 1

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА. ПРИНЦИПЫ ПРОПЕДЕВТИКИ В КЛИНИКЕ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

Полагаем, что ниже приведенные выдержки из оригинальной формы клятвы Гиппократата необходимо помнить всякому человеку, допущенному к процессу врачевания и преподавания медицинской специальности ученикам, усваивающим статьи закона о здравоохранении и справедливые положения медицинской этики на всех этапах освоения профессии врача:

«Считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора. Я направляю режим пациентов к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы пациента, будучи далек от всякого намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами. Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

По сложившейся традиции на первом практическом занятии в нашей клинике преподаватель проводит краткий информационно-воспитательный «час» на рекомендуемые вузом актуальные темы, среди которых обязательным обсуждением является напоминание студентам основных положений закона о здравоохранении, положений медицинской этики и клятвы Гиппократата. Безусловно, последняя информация, касающаяся законодательных актов, адаптируется к условиям санэпидрежима инфекционного стационара и предстоящей работы студентов с пациентами, госпитализированными в стационар с различной инфекционной патологией.

Важнейший принцип врачевания заключается в соблюдении главного этического принципа и заповеди врача — *«не навреди»*. Нет другой в медицине специальности, кроме инфекционных болезней, которая бы характеризовалась таким большим количеством участников эпидемического и инфекционного процессов. Речь идет о пандемиях, эпидемиях, вспышках инфекционных болезней, которые стремительно распространяются среди миллионов людей по всему миру. Особую актуальность в этическом понимании имеют инфекции, механизмы передачи которых не всегда могут успешно регулироваться профилактической деятельностью человека: врожденные, половые, гемоконтактные, внутрибольничные и другие, включая «новые» инфекции.

Профессиональная (врачебная) этика

Этика, являясь одной из форм идеологии, представляет собой учение о морали (нравственности), ее развитии, принципах, нормах и роли в обществе. Относительно специальности инфекциониста, этика — это совокупность норм поведения конкретной профессиональной группы специалистов. Нормы поведения инфекциониста не только определяются его должностными обязанностями, но и зависят от условий его работы, взаимоотношений с коллегами, должного внимания руководства, объективной оценки его работы, оплаты труда соответственно вкладу в процесс.

Профессиональная этика складывается из общего и частного. Общие принципы профессиональной этики предполагают солидарность, точное понимание долга и чести, особую форму ответственности, обусловленную как предметом, так и родом деятельности. Частные принципы вытекают из конкретных условий, содержания и специфики той или иной профессии и выражаются в моральных кодексах — требованиях по отношению к специалистам. В представленном тезисе коснемся двух конкретных профессиональных аспектов при подготовке врача: образовательного и клинического.

Несколько лет назад нами было внесено предложение, чтобы на первом практическом занятии по клиническим дисциплинам, на котором студенты впервые станут общаться с пациентами, приобретая практические навыки, преподаватели под роспись знакомили всех обучающихся с основными документами, содержащими нормативные требования по соблюдению законов в здравоохранении и положений медицинской этики, знание которых необходимо любому практикующему специалисту, работающему в медицинской отрасли, включая студентов, непосредственно общающихся с людьми (здоровыми, пациентами, родственниками).

В Законе о здравоохранении имеются отдельные статьи, касающиеся *врачебной тайны*, медицинской этики и деонтологии (принципов, норм и правил поведения медицинских, фармацевтических работников при выполнении ими должностных обязанностей); особенностей оказания медицинской помощи пациентам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, включая ВИЧ-инфекцию, другие половые инфекции,

парентеральные гепатиты; порядка предупреждения пациентов о наличии у них венерических заболеваний и (или) ВИЧ; прав и обязанностей пациентов, имеющих острые и хронические инфекционные болезни; предоставления информации о состоянии пациента (врачебная тайна), а также клятвы врача Республики Беларусь.

Врачебную тайну представляет любая информация о пациенте и его болезни, которую медицинский персонал получает от самого пациента и/или от его родственников (доверенного лица) в процессе обследования и лечения, а при развитии летального исхода — сведения о результатах патологоанатомического исследования. В момент получения диплома о медицинском образовании молодые специалисты, произнося текст клятвы врача, под роспись официально признают строгое следование принятой присяге — «всегда хранить врачебную тайну».

В инфекционном стационаре имеет место специфика получаемой от пациента информации, которую врач-инфекционист фиксирует в официальном документе (истории болезни), хранящемся на бумажном носителе и в компьютерной базе данных многие годы. Этические и психологические аспекты пациента с инфекционной болезнью и их отличия от пациента с неинфекционной патологией рассматриваются нами на первом практическом занятии. Отличия пациента с инфекцией заключаются в наличии у него ряда признаков, отсутствующих у пациента с соматической патологией, в частности:

- ❖ этиологического: наличие при любой инфекционной болезни конкретного возбудителя;
- ❖ эпидемиологического: большая вероятность того, что сам пациент может быть источником инфекции и представлять опасность для окружающих;
- ❖ иммунологического: развитие иммунного ответа (выработки специфических классов антител) на конкретный возбудитель, вызвавший болезнь;
- ❖ клинического: наличие характерной цикличности течения болезни (стадийности, этапности, фазности), специфичной для конкретной патологии.

Таким образом, студент, впервые контактирующий с инфекционным пациентом, под руководством своего преподавателя обязан последовательно выполнять требования инфекционной пропедевтики и стремиться к получению предварительного заключения (диагноза) по наличию или отсутствию у пациента признаков конкретных нозологических форм (инфекций). При этом верификация предполагаемой инфекции должна быть проведена с учетом всех четырех приведенных выше признаков, имеющих существенные различия в источниках инфекции, механизмах инфицирования, клинических проявлениях, течении и исходах, влияющих на выбор дальнейшей тактики врача: изоляция пациента в инфекционный стационар, наблюдение и лечение на дому или отказ в госпитализации в связи с исключением инфекционной патологии.

В значительной степени все это относится и к детским инфекциям, которыми болеют и взрослые пациенты, а дети, перенесшие инфекцию, в недалекой перспективе станут взрослыми людьми, сохраняя в анамнезе жизни сведения о перенесенной острой или в анамнезе болезни — уже ставшей хронической инфекции.

Правовые аспекты деятельности врача. Специфика инфекционной болезни у детей и влияние самой инфекции на морально-психологическое состояние пациента, несмотря на возрастные особенности детей старшей возрастной группы (подростки), по-прежнему требуют соблюдения специального правового режима, предусматривающего строгое ограничение круга лиц, которым лечащий врач может предоставить сведения о состоянии здоровья ребенка. К такому числу лиц относятся родители, усыновители, опекуны, попечители и близкие родственники пациента. Важным требованием этики является тот факт, что использование информации о состоянии здоровья пациента ребенка в образовательном процессе (курация, демонстрация пациента) и научной литературе (описание клинических примеров) без письменного согласия вышеуказанных лиц не допускается.

Особенностью клинических учреждений здравоохранения является то, что на их базе наряду с лечебно-диагностическим процессом осуществляется образовательная и научная деятельность, преимущественно проводимая преподавателями клинических кафедр. Как для преподавателя, так и для студента важно знать меру своей личной ответственности за использование в процессе обучения современных средств коммуникации (мобильные телефоны, иные устройства) в условиях учреждений здравоохранения (фотофиксация, копирование, видео-, аудиозапись), которыми располагает каждый пациент (родители, дети), врач, студент и которые позволяют незаметно для собеседника (пациента, врача) фиксировать, передавать и выкладывать в сеть любую информацию, включая запрещенную и по закону не подлежащую разглашению. Примеры такой нелегальной деятельности с обеих сторон нередко заканчиваются серьезными проблемами.

Соблюдения уважительного отношения студентов к пациентам, родственникам, коллегам требуют положения Конвенции о защите прав и достоинств человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (ETS No.164). В связи с этим важно, чтобы студенты знали, что в каждом учреждении здравоохранения нашей страны функционируют комитеты (комиссии) по соблюдению требований медицинской этики и деонтологии. Будущие врачи должны помнить, что данный аспект этики и деонтологии находится в плоскости не только нравственности и профессиональной этики, но и уголовного права.

Курация пациентов студентами

Неотъемлемая часть учебного процесса на клинической кафедре — приобретение (освоение) практических навыков при работе с пациентами. Важнейшим условием для закрепления необходимого практического опыта у студента является присутствие преподавателя (обязательное на начальном этапе), его собственный опыт (авторитет), практическая помощь при освоении той или иной методики, ее коррекция при необходимости и обязательная оценка выполненного задания.

К сожалению, с применением автоматизированных систем управления, компьютерных технологий при оформлении историй болезни пациентов и других современных приемов дистанционного управления лечебно-диагностическим процессом произошло то, что несколько десятилетий назад официально критиковалось нашей системой медицинского образования, признанной лучшей в мире. Пришедший на смену прогрессивной советской системе подготовки врача, основанной на доминировании «биологического компьютера» студента и его знаниях, полученных в процессе постоянного общения с пациентом, механистический подход быстро отключил «биологический компьютер» студента, заменив его умственные способности на возможность получения ответов в Google, различных компьютерных программах, симуляционных классах, а в перспективе — у клинических роботов и искусственного интеллекта. Итог — студент перестает думать и самостоятельно принимать решение.

На данном переходном технологическом этапе развития медицинского образования сохранение обязательной курации студентом пациентов и оформление учебной истории болезни могут стать единственным реальным практическим навыком, который, к сожалению, во время пандемии COVID-19 был полностью ликвидирован и до сих пор в необходимом объеме не восстановлен.

Залогом успешного освоения практических навыков является педагогический опыт преподавателя, который обязан мониторировать процесс самостоятельной курации студентом пациентов и всякий раз оценивать его качество. До проведения курации преподаватель должен получить согласие пациента на курацию его студентом, что важно отразить в истории болезни, и представить пациенту студента (куратора). Ответственность за подбор курируемых пациентов (количество, характер патологии, назначение ответственного куратора при курации одного пациента несколькими студентами) несет преподаватель, который до курации в группе проводит инструктаж с объяснением прав и обязанностей кураторов. В случае отказа пациента от курации или возникновении других вопросов, на которые куратор не может компетентно ответить, студент обязан обратиться к своему преподавателю, уведомив об этом пациента.

Курация пациентов детей возлагает на студента и преподавателя особую ответственность и обязанности для каждой возрастной группы пациентов, а также морально-психологического состояния их родителей (опекунов, родственников). Главными дополнительными клиническими критериями для оценки возможности курации детей студентами являются общее состояние пациента и/или коммуникабельность, настроение и культурный уровень родственников (наличие или отсутствие желания контактировать с врачом), степень тяжести болезни, контагиозность инфекционной болезни и многое другое. Нежелание общаться со студентом, уточнять жалобы ребенка, раскрывать его подробный анамнез, а также препятствие детальному осмотру может искажать реальную клиническую и эпидемиологическую картину инфекционной болезни. В таком случае курация не будет иметь необходимых результатов.

Курация детей должна учитывать их психологические особенности. Оценка реальной клинической картины зависит от возраста ребенка, который, находясь в клинике без родителей, испытывает чувство страха, тоски и одиночества, не осознавая всего случившегося, а в своих ответах может искажать реальную картину, не понимая сути задаваемых студентом вопросов, отвечая на них в утвердительной или отрицательной форме, не указывая на имеющиеся реальные проявления болезни.

Пропедевтика инфекционных болезней

Основная задача этого раздела клинической практики — обеспечитьработку навыков документальной фиксации клинической и эпидемиологической информации в истории болезни, полученной от пациента и родственников врачом-педиатром (инфекционистом) при проведении опроса и обследования ребенка с подозрением на инфекционную патологию. Не претендуя на абсолютность представляемого содержания, предлагаем ориентированную структуру истории болезни пациента в клинике детских инфекций.

История болезни. Ведение медицинской документации, особенно непосредственно относящейся к характеристике пациента, относится к одной из наиболее значимых обязанностей всех медицинских сотрудников. К сожалению, не всегда медицинский персонал адекватно понимает, насколько важны точные данные о здоровье пациента, от которых зависят своевременность и качество медицинской помощи.

Основным документом, отражающим течение инфекционного (патологического) процесса и инфекционной болезни у пациента в целом, принято считать медицинскую карту стационарного пациента — историю болезни. За время, прошедшее с момента принятия ее в качестве официального документа, многое изменилось, и не все в лучшую сторону.

Основным вектором развития нынешнего века стала глобализация, безусловно, повлиявшая и на медицинскую отрасль. Технократизм в его различных проявлениях в медицине упростил и ускорил получение быстрого и не всегда объективного результата (первичного заключения, диагноза) после кратковременного контакта пациента с врачом, выполнившим требования клинического протокола. Фокусировка внимания врача со 100%-й надеждой на установление точного диагноза только по результатам лабораторного и инструментального исследований не всегда дает желаемый результат, тем более при получении окончательного ответа на диагностический запрос в «шпаргалочных» компьютерных программах из Google. Тем самым модернизм в медицине постепенно отучил молодого специалиста (студента) аналитически и клинически мыслить, разрушил устоявшиеся традиции пропедевтики и быстро обучил добывать легкодоступные, но не всегда точные сведения. А ведь старая истина гласит, что «после тщательного сбора жалоб, анамнезов и объективного осмотра правильный диагноз устанавливается в 90% и более случаев».

Никогда и никакой технический прием, связанный с совершенствованием компьютерных программ при оформлении истории болезни пациента, не способен заменить «биологический компьютер» врача, при условии, что данный врач имеет высокий уровень компетенции в своей специальности. При этом речь не идет об отрицании программы (базы данных), применяемой в клиниках в настоящее время (4D-клиент). Речь идет о том, что базу конкретного пациента формирует врач (студент) и только от его точных (!) знаний, полученных им от пациента (!) или родственников, будет зависеть окончательный результат, который способен влиять на исход болезни. Поэтому, независимо от уровня технологических новшеств, применяемых в модернизации компьютерной истории болезни, первоначальный этап — работа (беседа) с пациентом, получение и анализ анамнестической и объективной информации — никто и никогда не отменит, так как от качества этого этапа в конечном итоге зависит жизнь заболевшего человека.

К сожалению, пандемия COVID-19 внесла коррективы в разделе клинического образования и практических навыков не в лучшую сторону. В течение двух лет пандемии и до сих пор общение студентов с пациентами, включая инфекционную клинику, сократилось до минимальных пределов. Считаем это большой ошибкой тех, кто запретил курацию пациентов, болеющих COVID-19, в первую очередь при обучении инфекционным болезням студентов старших курсов. Этим самым мы уподобились ранее критикуемым нами же западным клиникам, в которых студенты не проводят полноценные осмотры пациентов, не осваивают (быстро забывают) классические навыки пропедевтики (сбор жалоб и анамнезов, осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию) при контакте с пациентом, а не с манекеном.

Демонстрируя студентам на первом занятии по инфекционным болезням истории болезни, оформленные нашими предшественниками (пример истории болезни 1897 года Первой Петербургской в память С.П. Боткина больницы), следует признать, что данный документ не претерпел значительных изменений, а кое-что и утратил. Известная фраза А.П. Чехова «краткость — сестра таланта» не применима к учебной истории болезни, объем которой расширился за счет подчас малозначимой информации или, наоборот, сократился до формализованной таблицы.

На пропедевтических кафедрах излагаются общепринятые действующие каноны оформления истории болезни. На практике «работает» документ, облегчающий ее заполнение, однако методы опроса и осмотра остались неизменными. Их скрупулезность — залог успеха, а последовательность в работе — путь возможного устранения, предотвращения недочетов в ее ведении.

Наряду с общими элементами оформления история болезни в каждой клинике имеет свои особенности. Просматривая истории болезни конца XIX в. инфекционной больницы им. С.П. Боткина (Санкт-Петербург), мы, к удивлению, отметили следующие графы в истории болезни, подлежащие заполнению: сословие, происхождение по губернии, конфессиональная принадлежность. Казалось бы, какое отношение это имеет к диагностике инфекционной патологии? Принадлежность к сословию (дворянство, духовенство) в значи-

тельной степени обуславливала степень культурности, грамотности; происхождение (прежнее место жительства) в определенной степени косвенно свидетельствовало о наличии какой-либо краевой патологии (холера, чума, лейшманиоз и т.д.); конфессиональная принадлежность могла полностью исключить некоторую паразитарную патологию (трихинеллез был невозможен у иудеев, мусульман); семейное положение (холост, женат, вдов, вдова, девица) в определенной степени ориентировало врача на эпидемиологические и социальные аспекты, имеющие значение в инфицировании пациента, включая пограничный характер детской инфекционной патологии, требующий помимо знаний педиатрии фиксации в истории болезни всего, что свойственно инфекционной патологии.

Профессиональное владение практическими навыками при получении студентом необходимой и важной информации от пациента на данном этапе работы обозначено термином «коммуникативная компетентность врача», основу которой составляет многоуровневое интегративное качество личности, направленное на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса.

На старших курсах (прохождение циклов по детским инфекциям) студенты приобретают специализированные коммуникативные навыки, связанные с особенностями будущей профессии, которые должны сформировать позитивное мнение у пациентов о профессионализме студентов, курирующих пациентов.

По мнению наших коллег (Ю.В. Михайлюк, 2015), коммуникативная компетентность врача позволяет:

- ❖ лучше распознавать и правильнее реагировать на вербальные и невербальные знаки пациентов и извлекать из них больше информации;
- ❖ более эффективно проводить диагностику, которая зависит от способности врача выявить симптомы, имеющие психологическую или социальную природу;
- ❖ получить от пациента информированное согласие на реализацию плана диагностики и лечения, так как тренировка коммуникационных навыков оказывает на это положительное влияние;
- ❖ воздействовать на различные формы проявления болезни (эмоциональная, интеллектуальная, мотивационная) и активизировать компенсаторные механизмы, повысить психосоматический потенциал личности пациента, помочь ему восстановить связь с миром, преодолеть так называемую усвоенную или обученную беспомощность, разрушить стереотипы, сформированные болезнью, и создать образцы здорового реагирования.

Молодому специалисту должна быть присуща эмпатия: эмоциональная эмпатия — способность на чувственном уровне сопереживать человеку и когнитивная эмпатия, позволяющая путем логического мышления понять, что в такой момент чувствует человек, приблизиться к истинному сопереживанию, что позволит более профессионально строить взаимоотношения с пациентами, совмещая чувство сопереживания с необходимостью целенаправленно

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список основных сокращений	3
Введение	7
ГЛАВА 1. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА. ПРИНЦИПЫ ПРОПЕДЕВТИКИ В КЛИНИКЕ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ	10
Профессиональная (врачебная) этика	11
Курация пациентов студентами	13
Пропедевтика инфекционных болезней	15
ГЛАВА 2. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ РЕБЕНКА И МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА – ОСНОВА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	35
ГЛАВА 3. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЯХ У ДЕТЕЙ	41
Общеинтоксикационный (лихорадочный) синдром	41
Сепсис	51
Септический шок	64
ДВС-синдром	77
Острый респираторный синдром	82
Острый респираторный дистресс-синдром	87
Острый стенозирующий ларинготрахеит (круп)	96
Острая дыхательная недостаточность: отек легких	110
Менингеальный и энцефалитический синдромы	115
Отек-набухание головного мозга	125
Судорожный синдром	134
Синдром острого вялого паралича	138
Синдром лимфаденопатии	148
Тонзиллярный синдром (синдром ангины)	160
Синдром экзантемы	170
Синдром диареи	183
Кишечные токсикозы с дегидратацией (эксикоз)	192
Гиповолемический шок	208
Гемолитико-уремический синдром	209
Острая почечная недостаточность	218
Синдром желтухи	221
Острая печеночная недостаточность	245
ГЛАВА 4. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ	253

ГЛАВА 5. ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ	268
Основные положения, принципы	269
Этиотропная (специфическая) терапия	271
Этиотропная (неспецифическая) терапия	275
Этиотропная, противовирусная терапия	289
Патогенетическая специфическая терапия	293
Патогенетическая неспецифическая терапия	294
Диетотерапия, витаминотерапия, ферментотерапия, эубиотикотерапия	309
Нежелательные реакции на лекарственные средства, изделия медицинского назначения и медицинскую технику.	351
 Заключение	 359
 Приложения	 360
 Рекомендуемая литература	 542

Учебное издание

Цыркунов Владимир Максимович
Астапов Анатолий Архипович
Васильев Владимир Семенович и др.

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Учебник

Редактор *Л.Н. Макейчик*
Художественный редактор *Т.Ю. Таран*
Компьютерная верстка *Я.В. Серова, Ю.Н. Трусевич*
Корректор *Л.Н. Макейчик*

Подписано в печать 15.10.2024. Формат 70×100/16. Бумага офсетная. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 44,2. Уч.-изд. л. 32,0. Тираж 300 экз. Заказ

Республиканское унитарное предприятие «Издательство “Адукацыя і выхаванне”».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий №1/19 от 02.08.2013. Ул. Будённого, 21, 220070, г. Минск.

Производственное дочернее унитарное предприятие «Типография Федерации профсоюзов Беларуси».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий №2/18 от 26.11.2013.

Пл. Свободы, 23-103, 220030, г. Минск.