# **План**

1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
2. Омская геморрагическая лихорадка
3. Чума

Литература

**1.ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС)**

Возбудитель болезни - вирус ГЛПС. Основным источником и резервуаром вируса являются мышевидные грызуны. Наиболее вероятно прямое заражение (респираторные и алиментарное) через воздух и продукты питания, зараженные экскрементами лесных и полевых грызунов.

Болезнь начинается остро с сильной головной боли, бессонницы, боли в мышцах, глазах. Температура тела повышается до 39-40 ˚С. Больной возбужден, появляется яркая гиперемия лица, шеи, верхней половины туловища. Склеры резко гиперемированы. Через 2-3 дня состояние больного значительно ухудшается. Больной вял, адинамичен, отмечается многократная рвота, на коже плечевого пояса и подмышечных впадин появляется геморрагическая сыпь в виде множественных мелких кровоизлияний, развиваются носовые, желудочно-кишечные, маточные кровотечения, кровотечения из десен, кровоизлияния в кожу, слизистые и серозные оболочки. Наблюдается боль в животе, пояснице, симптом Пастернацкого резко положительный с обеих сторон, резко уменьшается количество мочи, возможна анурия. Тахикардия сменяется относительной брадикардней, появляется одышка. Язык сухой, обложен густым грязным налетом. Живот умеренно вздут, болезнен при пальпации, иногда отмечается слабо выраженный симптом раздражения брюшины. Относительная плотность мочи снижена (1004-1010), постоянны гематурия, массивная альбуминурия, лейкоцитурия, наличие в моче гиалиновых и так называемых фибринных цилиндров. В начале болезни отмечаются выраженная лейкопения, лимфоцитоз, в последующие дни - лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СССОЭ повышена. К 7-9-му дню болезни температура обычно понижается до нормы, но состояние больного, как правило, не улучшается. К выраженным геморрагическим явлениям присоединяется острая почечная недостаточность, и тяжесть состояния зависит от нарастающей уремии. Нередко на высоте лихорадки при выраженном геморрагическом синдроме развивается инфекционно-токсический шок.

Диагноз и дифференциальный диагноз. Диагноз ГЛПС основывается на характерных клинических симптомах, эпидемиологических данных, данных лабораторных исследований крови и мочи. ГЛПС в ряде случаев приходится дифференцировать от крымской геморрагической лихорадки, омской геморрагической лихорадки, гриппа, сыпного тифа, болезни Брилла, лептоспироза, лихорадки паппатачи, малярии.

Неотложная помощь. Больному обеспечивают строгий постельный режим, обильное питье. При повышении температуры до 40 ˚С и выше кладут холодный компресс на голову, вводят сердечнососудистые средства (2 мл 10% раствора сульфокамфокаина подкожно, внутримышечно или внутривенно), дают 20 мг преднизолона внутрь. Основную роль в лечении больных играет патогенетическая терапия. Для предупреждения инфекционно-токсического шока при тяжелых формах болезни внутрь дают 40-60 мг/сут преднизолона или вводят внутривенно 180-240 мг/сут. При сохранившейся функции почек под контролем управляемого диуреза внутривенно вводят 80-200 мг мазикса и до 3 л растворов типа "Трисоль", "Квартасоль". При острой почечной недостаточности в начальной стадии при снижении суточного количества мочи вводят осмотические диуретики (300 мл 15% раствова маннитола, 500 мл 20% раствора глюкозы), 200 мл 4% раствора гидрокарбоната натрия в сутки в 2 приема. Ванурической стадии вводят большие дозы салуретиков (лазикс до 800-1000 мг/сут), анаболические стероиды (неробол по 0,005 г 3 раза в сутки, 0,1 г/сут тестостерона пропионата).

Показаниями к гемодиализу является 2-3 дневная анурия, азотемия (мочевина крови 2,5-3 г/л и выше) в сочетании с ацидозом (рН крови меньше 7,4) или алкалозом (рН крови больше 7,4), гиперкалиемией (свыше 7-8 ммоль/л), угрозой отека легких и мозга.

При выраженном геморрагическом синдроме назначают преднизолом внутрь в дозе 40-60 мг/сут или внутривенно 180-240 мг/сут.

При инфекционно-токсическом шоке (падение АД, резчайшая тахикардия, одышка, цианоз, прекращение мочеотделения, нарушения свертывающей-антисвертывающей системы крови - развито ДВС-синдрома) больному вводят внутривенно струйно 150-200 мг преднизолона (за сутки количество введенного преднизолона может составить 5-10 г), затем последовательно внутривенно - 2-21 /2 л раствора типа "Трисоль" и "Квартасоль", 400 мл гемодеза, 1-11/2 л поляризующей смеси (5% раствор глюкозы, 12-15 г хлорида калия, 10-12 ЕД инсулина), антиферментные препараты (контрикал, гордокс) по 10000-20000 ЕД 3-4 раза в сутки, 2 мл 10% раствора сульфокамфокаина. Солевые растворы вначале вводят струйно, затем капельно.

Госпитализация в инфекционное отделение специальным транспортом для инфекционных больных.

**2. ОМСКАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА (ОГЛ)**

Возбудитель болезни - арбовирус из серологической группы В. Источник инфекции - ондатры и водяные крысы. ОГЛ строго эндемична. На территории нашей страны встречается в озерно-степных и заболоченных лесных районах Западно-Сибирской низменности в весенне-осенний период. Передается болезнь через кровососущих клещей.

Болезнь начинается остро с повышения температуры тела до 39-40 ˚С, озноба, головной боли, боли в мышцах, слабости, разбитости. Язык сухой, обложен густым грязным налетом. В 12-й день болезни отмечается гиперемия лица, склер и слизистых оболочек рта, зева. Температура держится на высоком уровне 4-7 дней, снижается до нормы, а спустя 10-14 дней вновь повышается до высоких цифр и появляются те же клинические симптомы, что и при первой лихорадочной волне, присоединяются геморрагические явления (кровоизлияния в кожу, слизистые и серозные оболочки, кровотечения носовые, желудочные, маточные, легочные). В крови отмечаются лейкопения со сдвигом формулы влево, тромбоцитопения, снижение протромбинового индекса. Во время второй волны лихорадки наблюдаются симптомы менингизма, нефрита, увеличение печени и селезенки. При высокой температуре на фоне выраженной интоксикации довольно часто развивается инфекционнотоксический шок.

Диагноз и дифференциальный диагноз. Диагноз ОГЛ ставят на основании характерных клинических симптомов, данных лабораторных исследований и эпидемиологических данных. В лабораторной диагностике используется реакция связывания комплемента (с парными сыворотками) и реакция нейтрализации (для ретроспективной диагностики). В ряде случаев ОГЛ необходимо дифференцировать от ГЛПС, КГЛ, гриппа, сыпного тифа, болезни Брилла, лептоспироза, лихорадки паппатачи, малярии.

Неотложная помощь. Больному обеспечивают строгий постельный режим. При повшении температуры до 40 ˚С и выше кладут холодный компресс на голову, дают обильное питье, вводят сердечнососудистые средства (2мл 10% раствора сульфокамфокаина подкожное внутримышечно или внутривенно), дают 20 мг преднизолона внутрь. Основную роль в лечении больных играет патогенетическая терапия, этиотропная терапия не разработана. Для предупреждения инфекционно-токсического шока при тяжелых формах болезни назначают 40-60 мг/сут преднизолона внутрь или 180-240 мг/сут внутривенно. Внутривенно под контролем управляемого диуреза вводят 40-80 мг лазикса и до 3 л растворов типа "Трисол", "Квартасоль". При инфекционно-токсическом шоке (падение АД, резчайшая тахикардия, одышка, цианоз, прекращение мочеотделения, нарушения свертывающей-антисвертывающей систем крови - геморрагии, кровотечения, кровоизлияния, развитие ДВС-синдрома) больному вводят внутривенно струйно 150-200 мг преднизолона (за сутки количество введенного преднизолона может составить 5-10 г), затем последовательно внутревенно - 2-21/2 л ратвора типа "Трисоль" или "Квартасоль", 400 мл гемодеза, 1-11/2 л поляризующей смеси (5% раствор глюкозы, 12-15 г хлорида калия, 10-12 ЕД инсулина), антиферментные препараты (контрикал, гордокс) по 10000-20000 ЕД 3-4 раза в сутки, 2 мл 10% раствора сульфокамфокаина. Солевые растворы вначале вводят струйно, переходя затем на капельное введение.

Госпитализация в инфекционное отделение специальным транспортом.

**3. ЧУМА**

Возбудитель - чумная палочка (Yersinia pestis). Чаще всего наблюдается бубонная форма чумы, реже септическая и легочная формы повышения температуры тела до 39-40ёС, резкой головной боли, разбитости, мышечных болей, тошноты, рвоты, возбуждения.

Клиническая картина чумы быстро нарастает. Лицо больного гиперемировано, склеры инъецированы. Язык утолщен, покрыт густым белым налетом. Пульс частый - 120-140 в 1 мин, слабого наполнения, тоны сердца глухие, АД понижено. Дыхание учащенное, поверхностное. Живот вздут, печень, и селезенка часто увеличены.

Одновременно с повышением температуры или спустя 1 - 2 дня выявляют паховый, бедренный, подмышечный или шейный лимфаденит. Лимфатические узлы увеличены, плотны, спаяны с окружающими тканями и резко болезненны. Кожа над лимфатическими узлами (бубонами) гиперемирована, подкожная жировая клетка отечна. Нередко отек бывает весьма значительным и захватывает обширную область. Резкая болезненность бубона и отек нарушают движения в тазобедренном, плечевом суставах, шее.

При несвоевременно начатом лечении нередко развиваются инфекционно-токсический шок, генерализация процесса с поражением легких, желудочно-кишечного тракта, оболочек мозга и самого мозга.

Дифференциальный диагноз. Чуму дифференцируют от туляремии, сибирской язвы. При туляремии заболевание начинается внезапно с озноба и быстрого повышения температуры тела до 38-39 ˚С. Появляются головная боль, разбитость, боль в мышцах. Лицо и склеры гиперемированы. Тахикардия, наблюдаемая в начале заболевания, сменяется брадикадией. Печень и селезенка увеличены. На 2-3-й день болезни увеличиваются лимфатические узлы (бубоны). Лимфатические узлы почти безболезненны, с четкими контурами.

Чуму приходится дифференцировать от сибирской язвы при развитии в месте внедрения возбудителя чумы некроза кожи, окруженного зоной гиперемии, и регионарного лимфаденита. Для сибирской язвы характерно относительно медленное развитие болезни с появлением в месте внедрения возбудителя последовательно пятна, пузырька, некроза кожи и регинарного лимфаденита. Лимфатические узлы становятся плотными, сохраняя четкие контуры и подвижность. Особенностью некроза кожи и лимфаденита является их полная безболезненность. Повышение температуры редко бывает острым и обычно не превышает 38 ˚С.

Противоэпидемические меры. Установление диагноза чумы или подозрение на нее требует проведения ряда противоэпидемических мероприятий. Важное значение имеет правильно собранный эпидемиологический анамнез (проживание больного в местности, неблагополучной по чуме, переезд больного из этой местности, контакт с больным чумой в течение последней недели). Больной с подозрением на чуму должен быть немедленно госпитализирован. При выявлении больного чумой на дому, на транспорте, в гостинице врач до госпитализации больного принимает меры к изоляции его от окружающих лиц и немедленно сообщает о заболевшем главному врачу своего учреждения. Главный врач в свою очередь ставит в известность санитарно-эпидемиологическую станцию и отдел (районный, городской) здравоохранения. Одновременно врач составляет список всех лиц, соприкасавшихся с больным по дому, на транспорте, в гостинице; после госпитализации больного их помещают в изолятор. В помещении, где находился больной, после его госпитализации проводят заключительную дезинфекцию.

Неотложная помощь. Лечение больных чумой проводят в больнице, однако в ряде случаев по жизненным показаниям терапия может быть начата на дому. При инфекционно-токсическом шоке (тахикардия, низкое АД, а в ряде случаев отсутствие пульса и АД, одышка, цианоз кожных покровов и слизистых оболочек, анурия, снижение температуры тела до субнормальных цифр, нарушения свертывающей-антисвертывающей систем крови - геморрагии, кровотечения, кровоизлияния, развитие ДВСсиндрома) больному вводят внутривенно струйно 150-200 мг преднизолона (за сутки) количество введенного преднизолона может составить 510 г), затем последовательно внутривенно 2-21 /2 л раствора типа "Трисоль" или "Квартасоль", 400 мл гемодеза, 1-11/2 л поляризующей смеси (5% раствор глюкозы, 12-15 г хлорида калия, 10-12 ЕД инсулина), антиферментные препараты (контрикал, гордокс) по 10000-20000 ЕД 3-4 раза в сутки, 2-4 мл 10% раствора сульфокамфокаина. При отсутствии периферического пульса и АД перфузию солевых растворов вначале проводят струйно с последующим переходом (при появлении пульса и АД) на капельное введение. Количество и скорость введения растворов, корригируют по характеру пульса и уровню АД. Одновременно с внутривенным введением кортикостероидов внутримышечно 4 раза в сутки вводят5-10 мг ДКСА (дезоксикортикостерона ацетат). Антибиотики назначают, не дожидаясь подтверждения диагноза, как можно раньше, для лечения больных чумой применяют стрептомицин по 0,75 г 2 раза в сутки в течение 5-7 дней, тетрациклин - по 0,5 г 4-6 раз в сутки, левомицетин - по 1 г 3 раза в сутки.

Кортикостероиды отменяют после выведения больного из шока и стойкой стабилизации гемодинамических показателей. При гипертермии назначают холод на голову, пузыри со льдом над магистральными сосудами, обтирание тела холодной водой, 70ё спиртом, жаропонижающие средства (0,5 г ацетилсалициловой кислоты, 0,5 г амидопирина внутрь).

Госпитализация срочная в специализированное инфекционное отделение. Перевозят больных срочная в специализированное инфекционное отделение. Перевозят больных специальным транспортом с последующей дезинфекцией его.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год