ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ – группа острых вирусных антропозоонозов, характеризующихся развитием капилляротоксикоза и проявляющихся интоксикационным и геморрагическим синдромами, и признаками поражения различных органов и систем.

Общие сведения:

В настоящее время различают 15 геморрагических лихорадок: 13 у человека и 2 у животных.

Большей частью ГЛ распространены в странах с субтропическим и тропическим климатом. Однако в последнее время их ареал расширяется. Примером может служить недавний случай возникновения заболеваний в Ростовской области и на Северном Кавказе (август-сентябрь 1999 года), вызванных вирусами Конго-крымской лихорадки и лихорадки Западного Нила.

В последние годы возрос интерес медиков к лихорадкам: Ласса, Марбург и Эбола, возбудители которых могут передаваться от больного человека здоровому при непосредственном контакте или парентеральным путём.

Летальность при различных видах геморрагических лихорадок варьирует от 10 до 50-60%.

## КРЫМСКАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА

Синонимы: Конго-крымская, капилляротоксикоз инфекционный острый.

ККГЛ - зоонозная природно-очаговая вирусная инфекция, с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся симптомами интоксикации, лихорадкой, явлениями геморрагического васкулита и множественными кровоизлияниями во внутренние органы.

Впервые описана в 1944- 1945 годах М.П. Чумаковым в Крыму.

Этиология:

Возбудитель – РНК-содержащий вирус, относящийся к арбовирусам. Впервые выделен в 1967 М.П. Чумаковым (CHF – vir).

Сферической формы, малоустойчив в окружающей среде. При кипячении гибнет моментально, при Т = 450С – через 2 часа.

Эпидемиология:

1. Источник инфекции: крупный и мелкий рогатый скот, мелкие грызуны (зайцы, ежи), человек в период лихорадки.
2. Путь передачи: трансмиссивный. Переносчики – иксодовые клещи. В теле клеща вирус сохраняется пожизненно и передаётся самкой трансовариально.
3. Восприимчивость: высокая.
4. Восприимчивый организм: человек, животные.
5. Иммунитет: не длительный – 1-2 года.
6. Сезонность: май – август (миграция и выгон скота на пастбища).
7. Распространённость: Краснодарский и Ставропольский края, Ростовская и Астраханская области, полуостров Крым, Казахстан, Венгрия, Западная и Восточная Африка, Индия.

Патогенез:

При укусе клеща вирус попадает через кровь и лимфу в печень, селезёнку, почки и костный мозг, там он размножается в течение 1-3 недель, затем выходит в кровь (вирусемия) → начало клинических проявлений. Вирус фиксируется на эндотелии сосудов, приводя к возникновению капилляротоксикоза: деструкция сосудистой стенки, фиброзный некроз, активизация БАВ (серотонин, кинины, гистамин). Повышается проницаемость сосудистой стенки, развивается агрегация тромбоцитов. Всё это сочетается с дилатацией венул и обуславливает выход плазмы во внесосудистое пространство. Уменьшается ОЦК, происходит сладж эритроцитов и возникает метаболический ацидоз.

При тяжёлом течении болезни развивается ИТШ, сопровождающийся диссеминированной коагуляцией и выраженным геморрагическим синдромом.

Наряду с сосудистыми поражениями дегенеративные изменения обнаруживаются в клетках печени, селезёнки, почек и ЦНС.

Клиника:

В клинике различают: инкубационный период, начальный период, период разгара клиники, период реконвалесценции.

1. Инкубационный период: от 2 до 14 дней (в среднем – 3-5 дней).
2. Начальный период: от 3 до 6 дней. Характеризуется внезапным ознобом, быстрым повышением температуры тела до 39-400С, распространёнными миалгиями и артралгиями, сильными болями в пояснице. У ряда больных – положительный симптом Пастернацкого. Часто могут быть головокружения, сухость во рту, многократная рвота, снижение АД. Больные обычно возбуждены, лицо и слизистые оболочки, шея и верхние отделы грудной клетки гиперемированы, губы сухие, имеются явления herpes labialis et nasalis.
3. Период разгара клинических проявлений: длится в течение 2 – 6 дней. Развивается часто после кратковременного снижения температуры тела в течение 1 – 2 суток.

В этой стадии проявляется выраженный геморрагический синдром в виде петехиальной сыпи на боковых участках туловища, в области крупных складок и на конечностях.

При тяжёлых формах наблюдается пурпура, экхимозы, возможны кровотечения из дёсен, носа, желудка, кишечника, лёгких и матки.

Больные подавлены, бледны. Выражен акроцианоз, тахикардия, гипотензия. Возможен бред, могут быть менингиальные симптомы с судорогами и с последующим развитием комы. Со стороны почек развивается олигоурия, микрогематурия.

1. Период реконвалесценции: длительный, в течение 1 – 2 месяцев с чётко выраженным астеническим симптомокомплексом.

Диагностика:

ОАК: лейкопения, нейтрофилёз со сдвигом влево, СОЭ увеличена, тромбоцитопения.

Серологические методы: РСК (реакция связывания комплемента).

Принципы лечения:

1. Режим: постельный.
2. Диета: с ограничением белка и соли.
3. Медикаментозное лечение:
* Метод управляемой гемодилюции (с помощью коллоидов и кристаллоидов):

а) коллоиды: гемодез, реополиглюкин, полиглюкин, макродекс, альбумин. Способствуют стабилизации ОЦК, снижают интерстициальный отёк тканей, обеспечивают дезаггрегацию тромбоцитов, эритроцитов и нормализуют почечный кровоток.

б) кристаллоиды: 5% раствор глюкозы, 0,9% раствор NaCl, раствор Рингера-Локка. Проникают в интерстиций, связывают токсичные вещества и выводят их из организма.

* Салуретики: фуросемид, лазикс и осмодиуретики: манитол, мочевина.
* Кортикостероиды: преднизолон, гидрокортизон.
* Ингибиторы протеолиза: контрикал, трасилол, гордокс.
* 4% раствор натрия гидрокарбоната (для борьбы с метаболическим ацидозом).
* Витамины: С, РР.
1. Специфическое лечение: иммунная сыворотка или гипериммунный γ-глобулин. (Чумаков, 1944 год).

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Синонимы: ГЛПС, лихорадка геморрагическая Дальневосточная (Уральская, Ярославская), нефрозонефрит инфекционный геморрагический, нефропатия эпидемическая Скандинавская.

ГЛПС - зоонозная природно-очаговая инфекция, вызываемая вирусом, характеризующаяся поражением почек в виде нефрозонефрита и геморрагическим синдромом.

Впервые описана в 1913 году на Дальнем Востоке ("Манчжурский грипп"), затем на Урале, Поволжье, Центральной и Северо-западной Европе, на севере Китая, Корее и на Балканах.

Этиология:

Возбудитель – РНК-содержащий вирус из семейства арбовирусов (Hantaan). Выделен в 1940 году А.А. Смородинцевым, подтверждён Чумаковым в 1956 году.

Чувствителен к эфиру, хлорамину, ацетону, бензолу, УФО.

Эпидемиология:

1. Источник инфекции: чёрная и серая крысы, полевая мышь, рыжие и серые полёвки. Выделяют возбудителя с испражнениями и слюной.
2. Путь передачи: изучен недостаточно.
* Аспирационный – воздушно-пылевой (основной);
* Фекально-оральный;
* Контактно-бытовой (при разделке туш).

NOTA BENE! Трансмиссивный путь НЕ ДОКАЗАН, но не исключён.

1. Восприимчивый организм: люди (3/4 – мужчины 20 – 40 лет), животные.
2. Восприимчивость: высокая.
3. Иммунитет: пожизненный, но в 1% случаев возможны повторные заболевания.
4. Сезонность: летне-осенний период.
5. Распространённость: лесные и сельскохозяйственные районы, очень часто по берегам крупных водоёмов.

Патогенез:

Вирус ГЛПС обладает флеботропностью. Попадая в почки, он вызывает спазм в сочетании с отёком, в результате происходит сдавление канальцев и трубочек, и возникают дегенеративные изменения в клетках эпителия, и их слущивание. Канальцы заполняются фибрином – развивается картина двустороннего серозно-геморрагического нефрита и острого гидронефроза.

Клиника:

1. Инкубационный период: от 8 до 35 дней (в среднем 3 недели).
2. Продромальный период: неспецифичен, чувство неловкости при глотании, субфебрильная температура, астения.
3. Период развёрнутых клинических проявлений состоит из фаз:

А) доолигоурическая фаза или начальный период: начало острое, быстрый подъём температуры тела до 38 – 400С. Озноб, головная боль, боли в пояснице, светобоязнь, ретроорбитальные боли, расплывчатость и сгущение сетки перед глазами.

При осмотре: гиперемия лица, шеи, груди, инъекция сосудов склер и конъюнктивы, зев гиперемирован, язык обложен, АД снижено, тоны сердца приглушены. Могут быть гепатоспленомегалия, явления бронхита и пневмонии. На 2-3 день появляются геморрагии на твёрдом нёбе, на 3-4 день – петехиальная сыпь в подмышечной области, на боковых отделах туловища (иногда в виде полос). Симптом "щипка" постоянно положительный.

При тяжёлом течении может возникнуть пурпура или экхимозы.

Б) олигурическая фаза или разгар клиники: на 5-6 день состояние больного ухудшается – нарастает интоксикация, появляется многократная рвота, могут быть менингиальные симптомы. Обнаруживаются кровоизлияния в склеры, появляются носовые кровотечения. На 7-9 день температура тела резко падает, состояние больного, как правило, резко ухудшается: больной бледен, конечности цианотичны, выражена кровоточивость слизистых оболочек, кровоизлияния на месте инъекций, кровохарканье, часто кровавая рвота и мелена.

Одновременно с этим – сильные боли в пояснице (нестерпимые).

Прогрессивно снижается диурез, вплоть до анурии. Этот период часто осложняется разрывом почечной капсулы и надрывом коркового слоя почек.

Возможны кровоизлияния в ГМ, гипофиз, надпочечники и кишечник (очень часто возникает картина острого живота – оперируют по поводу острого живота – забрюшинная гематома).

1. Реконвалесценция или полиурическая фаза: начинается с 10-16 дня болезни. Состояние больного улучшается, появляется диурез, затем он увеличивается и возникает никт- и полиурия. Больной выделяет до 5-8 литров мочи. Может быть клиника пиелонефрита. Выздоровление очень медленное.

Диагностика:

ОАК: - в начальной фазе: лейкопения, тромбоцитопения, затем нейтрофилёз со сдвигом до промиелоцитов. Ht ↑.

* в олигурическую фазу: Ht ↓, повышается остаточный азот, повышаются аминотрансферазы.

ОАМ: фибринные цилиндры, "инкрустированные" почечным эпителием. Протеинурия до 33 – 85 г/л в сутки.

Серологические методы: НРИФ.

Принципы лечения:

Аналогичны таковым при Конго-Крымской лихорадке, в тяжёлых случаях – до гемодиализа.

Специфического лечения нет!

Противоэпидемические мероприятия при геморрагических лихорадках:

1. Госпитализация: по эпидемическим показаниям, при ГЛПС больной человек опасности не представляет.
2. Информация в СЭС: не позже чем через 12 часов после выявления.
3. Карантин: не накладывается.
4. Дератизация: проводится.
5. Дезинсекция: осмотр и противоклещевая обработка.
6. Разобщение: не проводится.
7. Экстренная профилактика: специфический γ-глобулин.

ВЕСЕННЕ-ЛЕТНИЙ КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ

Синонимы: энцефалит Дальневосточный, таёжный, русский, эндемический, весенний.

ВЛКЭ - природно-очаговая и антропоургическая вирусная инфекция с трансмиссивным путём передачи, характеризующаяся поражением серого вещества головного и спинного мозга, приводящим к развитию вялых парезов и параличей.

Этиология:

Возбудитель РНК-содержащий вирус из семейства Flaviviridae рода Flavivirus (арбовирус). Термостабилен, при Т = 500С инактивируется через 20 минут, при Т = 600С – через 10 минут, при Т = 1000С – через 2 минуты. В молоке и молочных продуктах вирус сохраняется в течение 2х месяцев. Не чувствителен к кислотам. Чувствителен к УФО, эфиру, хлорамину и 3% раствору лизола (инактивируется через 5 минут).

Эпидемиология:

1. Источник инфекции: дикие и домашние животные и птицы, больной в момент вирусемии.
2. Путь передачи: трансмиссивный.

Переносчики и основной резервуар – иксодовые клещи.

Очень редко может быть алиментарный путь заражения через инфицированное молоко.

1. Восприимчивый организм: человек, причём чаще люди определённых профессий (охотники, егеря, лесники).
2. Восприимчивость: высокая до 95%.
3. Иммунитет: напряжённый длительный.
4. Сезонность: весенне-летняя.
5. Распространённость: лесные и лесостепные районы.

Патогенез:

От места укуса вирус с кровью заносится в клетки ЦНС, где вызывает дегенеративные изменения (особенно в передних рогах СМ, а так же ядрах продолговатого мозга).

Клиника:

1. Инкубационный период: 1-30 дней, редко – до 60 дней (в среднем 1-2 недели).
2. Продрома: или неспецифична, или её нет.
3. Стадия развёрнутых клинических проявлений:

Здесь различают следующие формы: лихорадочную, менингиальную, менингоэнцефалитическую и парарадикулоневротическую.

Начало острое: озноб, затем подъём температуры тела до 390С. Длительность "пика" 5-7 дней, потом температура снижается критически или ускоренным лизисом, у почти половины больных (40%) она снова повышается – двухволновая кривая. Длительность лихорадки в целом 14 – 19 дней.

Симптомы интоксикации: головная боль, "разбитость", тошнота, рвота, нарушения сна.

Так же характерны вялые параличи и парезы шейно-плечевой мускулатуры (симптом "свисания головы"), поражения ЧМН X, XI, XII пар и менингиальные симптомы (резкая головная боль, ригидность затылочных мышц, положительный симптомы Кернига и Брудзинского). Сознание может быть нарушено, возможен бред. Не редко может быть прогрессивная хронизация процесса.

1. Реконвалесценция очень длительная (до 2х лет), развившиеся параличи восстанавливаются лишь частично.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ЭТОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ДО 10%.

Диагностика:

Основана на серологии – РСК, ИФА, непрямого метода ИФ, возможно использование биологического метода.

Принципы лечения:

1. Режим постельный, больной обязательно госпитализируется.
2. Диета полноценная, полужидкая, иногда возникает потребность перевода на парентеральное питание.
3. Этиотропная терапия: - специфический противоэнцефалитный донорский иммуноглобулин

Выписывают больного при отсутствии неврологических расстройств, угрожающих жизни, через 2 – 3 недели после нормализации температуры тела. геморрагический лихорадка клещевой энцефалит

Специфическая профилактика:

Применяют:

- жидкую инактивированную вакцину (детям и взрослым).

Вакцинация 3 Х кратная: V1 – ноябрь-декабрь;

V2 – через 2 недели после V1; V3 – через 3 месяца после V2.

Ревакцинация – через год после законченной вакцинации (V3).

- сухую инактивированную вакцину (только взрослым).

Вакцинация 2 Х кратная: V1 – сентябрь; V2 – март.

Ревакцинация – через 1 – 2 года (RV).