



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при синдроме желтухи инфекционного генеза

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП13**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

АВТОРЫ:

Т.В. Антонова, д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Д.А. Лиознов, д.м.н., заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Желтуха – клинический синдром, характеризующийся окрашиванием в желтый цвет кожных покровов, слизистых оболочек и склер.

Желтуха инфекционного генеза наблюдается:

- как кардинальный (основной) признак заболевания, при котором возбудители (вирусы, бактерии, простейшие) приводят к нарушению обмена билирубина с избыточным его накоплением, что является закономерным звеном патогенеза инфекции;
- как одна из форм инфекционного заболевания (наряду с безжелтушными формами), которая преимущественно отличается более тяжелым течением;
- как осложнение инфекционного заболевания, впервые возникая при нозологической форме, для которой не характерна.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
A06	Амебиаз
A27	Лептоспироз
A28.2	Экстраинтестинальный иерсиниоз
A95	Желтая лихорадка
B15	Острый гепатит А
B16	Острый гепатит В
B17	Другие острые вирусные гепатиты
B18	Хронический вирусный гепатит
B27	Инфекционный мононуклеоз
B54	Малярия неуточненная
B67	Эхинококкоз
B66.0	Описторхоз
K72.0	Острая и подострая печеночная недостаточность
K74	Фиброз и цирроз печени
R17	Неуточненная желтуха

КЛАССИФИКАЦИЯ

Желтухи классифицируют по интенсивности окрашивания кожных покровов и уровню повышения уровня билирубина в крови (табл. 1) и механизму развития (табл. 2).

Таблица 1. Интенсивность желтухи в зависимости от уровня билирубина в крови

Степень окрашивания кожных покровов	Уровень общего билирубина в сыворотке крови, мкмоль/л
Слабо выраженная, субиктеричность (заметна при хорошем естественном освещении)*	≥ 35
Умеренно выраженная	86 — 170
Яркая	> 170

* Подтверждением желтухи являются темный цвет за счет желчных пигментов и ахолия кала.

Таблица 2. Классификация желтух по механизму развития

Характер желтухи	Механизм развития	Частые причины	
		инфекционные	неинфекционные
Надпеченочная (гемолитическая)	Распад эритроцитов (гемолиз)	малярия, гемолитический компонент при лептоспирозе	гемолитические анемии (наследственные и приобретенные), экзогенное токсическое воздействие на организм (гемолитические яды), болезнь Аддисона-Бирмера, хронический лимфолейкоз, лимфосаркома
Подпеченочная (механическая)	нарушение проходимости внепеченочных желчных протоков (блокада транспорта, оттока желчи)	сдавление желчевыводящих путей кистой при эхинококкозе	желчнокаменная болезнь; опухоли или метастазы в поджелудочной железе, желчном пузыре и желчных протоках, печени; послеоперационные рубцы, увеличенные лимфатические узлы ворот печени (метастазы, лимфопролиферативные заболевания) и др.
Печеночная (паренхиматозная)	нарушение метаболизма и транспорта билирубина в ткани печени (нарушение захвата,	вирусные (острые и хронические), бактериальные, протозойные гепатиты; острая печеночная недостаточность;	токсические и токсико-аллергические гепатиты (включая медикаментозные); метаболические синдромы поражения печени (холестаз беременных и др.); холангит; доброкачественные

	конъюгации и экскреции билирубина гепатоцитами, его регургитация).	вирусные циррозы печени	гипербилирубинемии; первичный и вторичный билиарный цирроз печени, первичный склерозирующий холангит.
--	--	-------------------------	---

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика

Желтухи инфекционного генеза в большинстве случаев паренхиматозные вследствие развития гепатита, в ряде случаев — надпеченочные и смешанные, редко — подпеченочные.

Наиболее частыми причинами возникновения желтухи являются вирусные инфекции: острые вирусные гепатиты А, В, D, Е и хронические вирусные гепатиты В, С и D. Желтуха служит закономерным проявлением желтой лихорадки – инфекции, подпадающей по действие Международных медико-санитарных правил. Герпесвирусные инфекции (цитомегаловирусная инфекция, герпетическая инфекция, инфекционный мононуклеоз) могут протекать с синдромом желтухи.

Среди бактериальных инфекций следует выделить лептоспироз, желтушная форма которого отличается более тяжелым течением в сравнении с безжелтушной и сопровождается риском развития опасных осложнений. Возникновение желтухи при сепсисе может свидетельствовать о полиорганной недостаточности. Возможно развитие желтушных форм псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза, синдрома гепатита и желтухи при туберкулезе, сифилисе.

Желтуха при малярии (чаще тропической) характеризует тяжелую форму заболевания и имеет смешанный генез (гемолиз и гепатит). Желтуха может сопровождать внекишечные формы амебиаза (гепатит, редко – абсцесс печени).

При паразитарной инвазии возможно развитие паренхиматозной желтухи при описторхозе, подпеченочной желтухи – при эхинококкозе.

При выявлении желтухи на догоспитальном этапе необходимо:

1. Выяснить эпидемиологический анамнез (сведения о контактах с больными, выезде за пределы региона, в страны с жарким климатом (эндемичные по заболеваемости малярией, желтой лихорадкой, гепатитом Е), высоким уровнем заболеваемости кишечными инфекциями; контактах с животными, парентеральных вмешательствах, нападении кровососущих насекомых, источниках питьевой воды, пищевой анамнез).
2. При опросе и осмотре больного выявить и оценить:
 - желтуху (интенсивность, сроки появления и темпы нарастания);

- оттенок желтухи (шафрановый оттенок характерен для паренхиматозной желтухи, лимонный – для гемолитической, зеленоватый – для механической, землистый – для желтухи, связанной с опухолевым процессом);
- изменение цвета мочи и кала: потемнение мочи (цвет «темного пива», при взбалтывании образуется коричневая пена) и обесцвечивание кала наблюдаются при гепатитах и механической желтухе; при гемолитической желтухе цвет мочи от нормального до насыщенно желтого, кал интенсивно окрашен; при развитии внутрисосудистого гемолиза (гемолитико-уремический синдром при малярии) моча становится почти чёрная (цвет «мясных помоев»);
- кожный зуд, расчесы (отсутствуют при гемолитической желтухе, ярко выражены при механической желтухе);
- запах изо рта: специфический «печеночный» запах (запах «сырой печени») выявляют при острой печеночной недостаточности; запах алкоголя, химических веществ — при отравлениях;
- абдоминальные боли (характер, интенсивность, локализация, иррадиация, симптомы раздражения брюшины); для острого гепатита характерны боли или «тяжесть» в эпигастральной области и правом подреберье;
- размеры и консистенцию печени:
 - при острых гепатитах печень увеличена, плотновато-эластичной консистенции, болезненная при пальпации;
 - при хронических гепатитах печень увеличена, плотная;
 - при циррозе печени – плотная, с заостренным, иногда неровным краем, увеличена или нормальных размеров;
 - неровная, бугристая печень – при опухолях, кистах, метастатическом поражении и др.;
- пузырьные симптомы (симптом Курвуазье положителен при механической желтухе);
- размеры селезенки (увеличена при хроническом гепатите, циррозе печени, сепсисе, малярии, инфекционном мононуклеозе, лептоспирозе, иерсиниозе, а также при гемолитической желтухе; при механической желтухе не увеличена, при острых гепатитах увеличена редко);
- геморрагический синдром (кровоизлияния в кожу, склеры, слизистые оболочки; кровоточивость и кровотечения);
- наличие лихорадки (сопровождает желтуху или предшествовала появлению желтухи);
- гастроинтестинальный синдром (снижение/отсутствие аппетита, тошнота, рвота, диарея);
- сыпь, поражение суставов (артралгии, артриты);
- полилимфаденит, тонзиллит;
- признаки поражения почек (боли в поясничной области, снижение диуреза);

- миалгии (локализация: разлитые, преимущественно в икроножных мышцах и др.);
- телеангиоэктазии, расширение вен передней брюшной стенки;
- гиперемия ладоней (пальмарная эритема);
- отеки (нижних конечностей, лица), асцит.

3. Выявить инфекционные заболевания, на которые распространяются Международные медико-санитарные правила (ММСП): желтая лихорадка, в распознавании которой решающее значение имеет эпидемиологический анамнез (пребывание в тропических регионах Африки и Южной Америки в течение 10 дней до заболевания).

4. Провести дифференциальную диагностику желтух:

Исключить *механическую (подпеченочную, обтурационную) желтуху*, частым признаком которой является выраженный болевой синдром (абдоминальные боли, печеночная колика).

- Боли приступообразные, в верхней половине живота, в правом подреберье с иррадиацией в область правого плеча.
- Желтуха часто сопровождается кожным зудом разной степени выраженности (на коже могут быть следы расчесов).
- Больные жалуются на снижение аппетита, тошноту, рвоту, повышение температуры тела, темную мочу и обесцвеченный (серый) кал.
- Определяется болезненность при пальпации области желчного пузыря или возможно обнаружение большого напряженного безболезненного желчного пузыря (симптом Курвуазье).

Наиболее частыми причинами обтурационной желтухи являются желчнокаменная болезнь, опухоль головки поджелудочной железы, первичная гепатокарцинома, увеличение лимфатических узлов в воротах печени (метастазы).

Для инфекционных заболеваний сочетание желтухи и выраженных абдоминальных болей не характерно, за исключением случаев осложнений иерсиниоза (острый аппендицит), амебиаза (абсцесс печени), эхинококкоза (нагноение и разрыв кисты), описторхоза (абсцесс печени). В этих случаях распознавание инфекции может оказаться затруднительным, а хирургическая помощь необходима и приоритетна.

Исключить *надпеченочную (гемолитическую) желтуху*. В исключении гемолитического криза имеют значение анамнестические данные (гемолитические анемии, онкогематологические заболевания, острые отравления гемолитическими ядами).

- При осмотре определяются характерная резкая бледность кожных покровов, лимонный оттенок желтухи;
- увеличение селезенки;
- нормальные размеры печени;

- сохранение нормальной окраски кала.

Исключить отравление (*токсический гепатит*) с развитием синдрома желтухи. Диагностическое значение имеет установленный факт контакта с токсическими веществами (бытовыми или производственными): гепатотоксические яды (хлорированные углеводороды, бензол и его производные, металлы и металлоиды и др.); суррогаты алкоголя, наркотические вещества. Возможно развитие токсического медикаментозного гепатита (причиной могут быть, например, тетрациклин, противотуберкулезные препараты, цитостатики и др.).

Острый токсический гепатит сопровождается:

- желтухой разной интенсивности,
- рвотой,
- возможно посторонними запахами (изо рта, рвотных масс и т.п.),
- геморрагическим синдромом,
- часто нарушением функции почек (ОПН),
- нередко лихорадкой.

Дифференцировать инфекционные заболевания с синдромом желтухи, учитывая следующие опорные критерии:

- Желтуха и увеличение печени у пациента с нормальной температурой тела при наличии продромального (предшествующего появлению желтухи) периода болезни и эпидемиологических предпосылок (контакт с больным желтухой, переливание крови, другие медицинские и немедицинские парентеральные вмешательства в течение последних 6 месяцев) — вероятен острый вирусный гепатит.
- Желтуха, плотная печень, увеличение селезенки, похудение у пациента с нормальной или субфебрильной температурой тела, геморрагическим синдромом, телеангиоэктазиями, расширенными венами передней брюшной стенки, асцитом, возможно с признаками энцефалопатии — вероятно декомпенсация хронического вирусного гепатита в цирротической стадии. В анамнезе у больного возможно указание на вирусный гепатит (наличие хронического, перенесение острого).
- Желтуха и увеличение печени и селезенки у пациента с высокой лихорадкой, геморрагическим синдромом и поражением почек (олигурия, анурия) — возможны лептоспироз, желтая лихорадка, осложненное течение малярии. Разграничить инфекции помогает эпиданамнез: при лептоспирозе — указание на контакт с животными, профессиональный риск, посещение природных очагов лептоспироза; при желтой лихорадке — пребывание в тропических регионах Африки и Южной Америки; при малярии — посещение стран с жарким климатом, парентеральные вмешательства.

- Желтуха и увеличение печени и селезёнки у пациента с высокой лихорадкой, полилимфаденитом, ангиной, сыпью — возможен инфекционный мононуклеоз.
- Желтуха и увеличение печени и селезёнки у пациента с высокой лихорадкой, диареей, поражением суставов, сыпью — вероятен псевдотуберкулез.

5. Выявить и оценить возможные осложнения заболевания.

Грозным осложнением многих инфекционных заболеваний, протекающих с развитием желтухи, является острая печеночная недостаточность (ОПечН), возникающая вследствие значительного нарушения жизненно важных функций печени. В основе патогенеза лежит массивный и субмассивный некроз печени при печеночноклеточной (собственно печеночной, эндогенной) ОПечН или массивный сброс крови в портокавальные анастомозы при портокавальной (шунтовой, портосистемной, экзогенной) ОПечН. Ведущим клиническим синдромом при ОПечН является печеночная энцефалопатия (табл. 3), максимальная степень выраженности которой приводит к утрате сознания (кома).

Острая печеночная недостаточность осложняет течение тяжелых и фульминантных форм острого гепатита В, острого гепатита D, микст-вирусных гепатитов (В, С, D); острого гепатита Е у беременных. Частой причиной острой печеночной недостаточности является декомпенсация цирротической стадии хронических вирусных гепатитов. Возможно развитие ОПечН при тяжелом течении лептоспироза, малярии, желтой лихорадки.

Развитие острой печеночной недостаточности наблюдают при острых токсических гепатитах (включая медикаментозные, например, связанные с передозировкой тетрациклина, парацетамола, применением фторотана, галотана, цитостатиков и др.).

Таблица 3. Клинические проявления стадий острой печеночной недостаточности

Стадии ОПечН	Клинические признаки	
	энцефалопатия	другие проявления
Прекома I стадии	предвестники комы: Резкая общая слабость, головокружение в покое, ощущение «провала в пропасть», адинамия, заторможенность, замедленное мышление, нарушение координации движения, эмоциональная лабильность, тревожный сон с яркими «кошмарными» сновидениями, вегетативные расстройства (зевота, потливость, шум в ушах), легкий	желтуха, геморрагический синдром (кровоизлияния в кожу, геморрагическая сыпь, носовые кровотечения и др.)

	тремор пальцев рук и век; повторная немотивированная рвота.	
Прекома II стадии	сомноленция, угрожающая кома: спутанность сознания, нарушение ориентировки во времени и пространстве, снижение памяти, стереотипия речи и поведения, быстрое истощение с возможной кратковременной потерей сознания, может возникнуть острое психомоторное возбуждение (делирий), «хлопающий тремор», тремор языка	уменьшение размеров печени, тестоватая ее консистенция, резкая болезненность при пальпации; тахикардия, «печеночный запах» изо рта; геморрагический синдром (рвота «кофейной гущей» мелена). Возможно повышение температуры тела.
Кома	сопор: потеря сознания, сохранение реакции на сильные раздражители, «плавающие» глазные яблоки; появление патологических рефлексов, непроизвольные мочеиспускание и дефекация.	При остром гепатите нередко печень пальпаторно и перкуторно не определяется (симптом «пустого подреберья»)
Глубокая кома	Потеря сознания с арефлексией	

У больного с циррозом печени и выраженным отёчно-асцитическим синдромом *на фоне длительного приема салуретиков в больших дозах* возможно нарушение сознания, обусловленное гипокалиемией («ложная печеночная кома»).

Своевременной диагностики и помощи требуют состояния, приводящие к развитию *желтухи у беременных*. Причинами являются инфекционные заболевания и неинфекционные, связанные с беременностью, такие как:

- внутрипеченочный холестаз беременных — кожный зуд и умеренная желтуха, возникающие чаще в последнем триместре беременности;
- острая жировая печень беременных (синдром Шихана) — редкое тяжелое заболевание, проявляющееся обычно в последнем триместре первой беременности. При нем развивается острая печеночная недостаточность с возможным присоединением острой почечной недостаточности.

- HELLP-синдром — гемолитическая анемия, тромбоцитопения, артериальная гипертензия, боли в животе на поздних сроках беременности.
- Токсические, в т.ч. медикаментозные гепатиты.

Подозрение на **инфекционное заболевание** служит основанием для направления больного в инфекционную больницу или инфекционное отделение многопрофильного стационара.

ОТДЕЛЬНЫЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

Вирусные гепатиты – группа антропонозных заболеваний, вызываемых гепатотропными вирусами с различными механизмами заражения, характеризующиеся преимущественным поражением печени с развитием синдрома интоксикации, гепатомегалии, нередко – желтухи.

Выделяют гепатит А (вызываемый НАV) и гепатит Е (вызываемый HEV) с фекально-оральным механизмом заражения; гепатит В (HBV), гепатит С (HCV) и гепатит D (HDV) с гемоконтактным (парентеральным) механизмом заражения.

В распознавании инфекции имеет значение закономерная смена периодов заболевания.

Опорные клинические признаки:

- Продромальный (преджелтушный) период (7 - 10 дней):
 - общая слабость, снижение аппетита;
 - увеличение размеров печени (при пальпации печень болезненная, плотновато-эластической консистенции, с закругленным краем);
 - в конце преджелтушного периода - темный цвет мочи; ахолия кала.

Варианты преджелтушного периода:

- *лихорадочный (гриппоподобный):* повышение температуры тела до фебрильных/субфебрильных значений; общая слабость, ломота в мышцах, головная боль;
- *астеновегетативный:* выраженная общая слабость, недомогание, повышенная утомляемость, сонливость;
- *диспепсический:* снижение или отсутствие аппетита, тошнота, рвота, дискомфорт или боли в эпигастральной области и правом подреберье;
- *артралгический* (преимущественно при гепатите В): боли в суставах, возможны отечность и гиперемия кожи над суставами;
- *смешанный вариант* – сочетание симптомов разных вариантов.
- Период разгара (*желтушный*):

- желтуха (сначала выявляется желтушность склер, затем кожи и слизистых оболочек);
- нормальная температура тела;
- общая слабость;
- снижение аппетита/анорексия, боли в правом подреберье, часто - в эпигастральной области, ощущение «тяжести» в эпигастральной области, особенно после приема пищи;
- гепатомегалия;
- при тяжелой форме – повторная рвота, сонливость, геморрагический синдром (кровоточивость десен, кровотечения в кожу в местах инъекций, носовые кровотечения и др.).

Осложнения:

- при остром гепатите В, D — острая печеночная недостаточность; геморрагический синдром (петехии и экхимозы на коже, носовые кровотечения, кровоточивость десен, кровотечения);
- при гепатите E у беременных — острая печеночная недостаточность; массивные кровотечения, гемоглинурия, острая почечная недостаточность; осложнения беременности и родов.

Эпидемиологический анамнез: контакт с больными вирусными гепатитами (желтухой), употребление контаминированной вирусами воды, продуктов питания в течение инкубационного периода гепатитов А и E (7–50 дней); пребывание в регионах с высоким уровнем заболеваемости гепатитами (кишечными инфекциями), для гепатита E – в регионах с жарким климатом.

Для гепатитов В, С и D – указание на переливание крови или её компонентов, оперативные вмешательства, инвазивные методы обследования, стоматологические и гинекологические манипуляции, лечение методом хронического гемодиализа, трансплантация органов и тканей, профессиональный контакт с кровью (медицинские работники), контакт с инфицированными половыми партнерами, парентеральное потребление психоактивных веществ, татуировки и др. в течение 2 – 6 месяцев до начала заболевания.

На вызове: обязательная госпитализация в инфекционный стационар больных с подозрением на острый гепатит В и острый гепатит у беременных. В остальных случаях - госпитализация при наличии клинических и/или эпидемиологических показаний.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

Хронические вирусные гепатиты (ХВГ) вызывают вирусы с гемоконтактным (парентеральным) механизмом заражения: HBV, HCV, HDV.

В анамнезе пациентов может быть указание на перенесенный ранее острый вирусный гепатит, установленный диагноз хронического вирусного гепатита.

Могут отсутствовать данные о перенесенной ранее острой инфекции (при субклиническом, стертом течении), и заболевание впервые выявляется при манифестации хронического гепатита с появлением желтухи.

Различают хронический вирусный гепатит с различной степенью активности процесса без формирования цирроза печени; хронический вирусный гепатит в цирротической стадии (фаза компенсации или декомпенсации функций печени).

Опорные клинические признаки:

- ХВГ без формирования цирроза:
 - астеновегетативный синдром (общая слабость, недомогание, снижение работоспособности, повышенная утомляемость и др.);
 - диспепсический синдром (снижение аппетита; тошнота, боли в верхней половине живота, метеоризм);
 - гепатомегалия; печень плотной консистенции, реже – спленомегалия;
 - при декомпенсации функций печени:
 - желтуха кожных покровов и склер, темная моча, ахолия кала;
 - геморрагический синдром (повышенная кровоточивость десен, носовые кровотечения, кровоизлияния в кожу, петехиальная сыпь).
- При циррозе печени присоединяются:
 - субфебрильная лихорадка;
 - печеночная энцефалопатия (от латентной до прекомы – комы),
 - сосудистые «звёздочки» на коже, «печеночные» ладони;
 - снижение массы тела;
 - гинекомастия;
 - печень плотной консистенции, (может быть увеличена или нормальных размеров);
 - увеличение селезенки;
 - асцит;
 - отеки стоп, голеней;
 - расширение вен передней брюшной стенки.

Осложнения: острая печеночная недостаточность, портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, гиперспленизм, присоединение бактериальной инфекции (флегмона кишки), развитие гепатокарциномы.

Эпидемиологический анамнез: указание на перенесенный ранее острый гепатит В, С, D; или указание на медицинские (переливание крови) и/или немедицинские парентеральные вмешательства в течение жизни.

На вызове: госпитализация в инфекционный стационар при наличии клинических и/или эпидемиологических показаний.

На вызове: госпитализация в инфекционный стационар при наличии клинических и/или эпидемиологических показаний.

ЖЕЛТАЯ ЛИХОРАДКА

Желтая лихорадка (возбудитель – арбовирус – *Flavivirus febricis*) — острое природно-очаговое трансмиссивное заболевание, передающееся через укусы комаров, характеризующееся острым началом, фебрильной лихорадкой, геморрагическим синдромом, желтухой, острой печеночно-почечной недостаточностью, шоком.

Относится к инфекциям, подпадающим под действие Международных медико-санитарных правил и подлежащим международному санитарно-эпидемиологическому надзору.

Решающее значение в диагностике имеет эпидемиологический анамнез: пребывание в природных очагах желтой лихорадки в тропических регионах Африки и Южной Америки в сроки инкубации — до 10 дней. Источники инфекции — животные; больной человек в период вирусемии. Механизм заражения — трансмиссивный; переносчик и основной резервуар — комары.

Опорные клинические признаки:

- внезапное начало заболевания;
- двухволновая высокая фебрильная лихорадка, озноб;
- выраженная интоксикация: головная боль, разлитые миалгии, сильные боли в пояснице;
- возможны протрация, бред, психомоторное возбуждение;
- олигурия или анурия
- гиперемия и одутловатость лица, шеи, верхних отделов груди, «кроличьи глаза»; в разгар заболевания – бледность, цианоз;
- тахикардия/брадикардия, артериальная гипотензия;
- **желтуха:**
 - появляется на 3 – 4-й день болезни, усиливается в разгар заболевания на фоне высокой фебрильной лихорадки и выраженного синдрома интоксикации;
 - печень увеличенная, болезненная;
 - массивный геморрагический синдром; распространенные кровоизлияния в кожу, кровоточивость десен, носовые, желудочно-кишечные и другие кровотечения.

Осложнения: инфекционно-токсический шок, острая печеночная недостаточность, острая почечная недостаточность, отек головного мозга.

На вызове: в случае подозрения на желтую лихорадку больные подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар. Тактика оказания помощи больным строится согласно соответствующим федеральным и региональным инструкциям и рекомендациям. При развитии осложнений неотложные лечебные мероприятия начинают на догоспитальном этапе (см. Лечение на догоспитальном этапе) и продолжают в отделении реанимации и интенсивной терапии. Транспортировка больного на носилках.

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Инфекционный мононуклеоз — острое инфекционное заболевание, вызванное герпесвирусом 4-го типа - *Эпштейна-Барр* (ВЭБ), протекающее с лихорадкой, тонзиллитом, увеличением лимфатических узлов, печени, селезенки и своеобразными изменениями гемограммы.

Опорные клинические признаки:

- острое начало;
- лихорадка, возможна длительная фебрильная, не купируется жаропонижающими средствами;
- генерализованный лимфаденит с выраженным увеличением и болезненностью шейных лимфоузлов;
- тонзиллит (возможен с пленчатыми налетами);
- увеличение печени и селезенки,
- сравнительно редко желтуха (гепатит).

Важно для диагностики: **желтуха** кожных покровов появляется на фоне лихорадки, сопровождается полилимфаденитом, тонзиллитом, увеличенными размерами селезенки и печени.

Осложнения: паратонзиллиты, синуситы, отиты, пневмония, миокардит.

Эпидемиологический анамнез (малоинформативен в связи с низкой контагиозностью инфекции). Источник инфекции — больной человек и вирусоноситель, имеет значение длительный и/или тесный контакт с больным инфекционным мононуклеозом. Болеют преимущественно дети и лица молодого возраста. Инкубационный период составляет 5 – 15 дней, иногда до месяца.

На вызове: госпитализации подлежат больные с желтушной и осложненными формами заболевания, длительной лихорадкой и интоксикацией.

ЛЕПТОСПИРОЗ

Лептоспироз (возбудители – лептоспиры рода *Leptospira*) — острая зоонозная инфекция, характеризующаяся интоксикацией, высокой лихорадкой, поражением почек, печени, нервной и сосудистой систем, мышц, развитием

геморрагического синдрома и нередко желтухи. Выделяют желтушные и безжелтушные формы.

Опорные клинические признаки:

- внезапное повышение температуры тела; фебрильная лихорадка;
- возможна двухволновая лихорадка (рецидив);
- гиперемия конъюнктив, инъекция сосудов склер;
- боли в икроножных мышцах, болезненность при пальпации мышц;
- боли в поясничной области;
- снижение диуреза (олигурия, анурия);
- увеличение печени и селезенки;
- менингит;
- геморрагический синдром (геморрагическая сыпь на коже, кровоизлияния в склеры, желудочно-кишечные, носовые кровотечения);
- **желтуха** яркая шафранового оттенка; обычно появляется на 4 – 6-й день болезни на фоне фебрильной лихорадки, в последующие дни усиливается и становится яркой.

Осложнения: ИТШ, острая почечная недостаточность или острая почечно-печеночная недостаточность, массивные кровотечения, миокардит, гемолитическая анемия.

Эпидемиологический анамнез: группы профессионального риска заражения — работники сельского хозяйства, мясокомбинатов, ветеринары, дератизаторы. Установить возможный контакт с грызунами (синантропные; дикие на садоводческих участках, в загородных домах), контакт с собаками; купание в непроточных водоемах, употребление воды из открытых водоемов в течение инкубационного периода (до 14 дней). Источники инфекции — животные (грызуны, крупный рогатый скот, свиньи, собаки). Механизм и пути заражения – контактный, алиментарный.

На вызове: больные лептоспирозом подлежат обязательной госпитализации в стационар – инфекционный, при невозможности больные с ОПН направляются в стационар, где есть условия для проведения гемодиализа. При тяжелой форме – транспортировка на носилках.

МАЛЯРИЯ

Малярия (возбудители - простейшие рода *Plasmodium*) — антропонозная инфекция с преимущественно трансмиссивной передачей возбудителей через укус комаров рода *Anopheles*, характеризующаяся специфическим поражением эритроцитов и протекающая с развитием лихорадочных пароксизмов, анемии, увеличением селезенки и печени, частым возникновением рецидивов заболевания.

В соответствии с видом возбудителя различают *falciparum*- (тропическую), *malariae*- (четырёхдневную), *vivax*- (трехдневную) и *ovale*-малярию.

Опорные клинические признаки:

- острое внезапное начало с быстрым повышением температуры тела до 39 – 40°С;

- приступообразная лихорадка - правильное чередование лихорадочных приступов, повторяющихся через день при трехдневной, *ovale*- и тропической малярии и через 2 дня – при четырехдневной малярии;

- типичные малярийные пароксизмы продолжительностью 6 - 10 часов: фаза *озноба*, продолжительностью до 1-2 часов (сильный озноб, невозможность согреться, кожа бледная, холодная), фаза *жара* - от одного до нескольких часов (температура тела 40-41°С, чувство жара, кожа горячая на ощупь, гиперемированная) и фаза *пота* (критическое снижение температуры тела до нормальных цифр, профузный пот, резкая общая слабость);

- фазы озноба и жара сопровождаются признаками интоксикации:

- ✓ головная боль, нередко рвота;
- ✓ миалгии, артралгии;
- ✓ разбитость и общая слабость;
- ✓ спутанность сознания, бред при тяжелой форме;

- анемия;

- увеличение селезенки и печени;

- рецидивирующее течение;

- **желтуха** постепенно развивается у больных тяжелой, реже – среднетяжелой формой тропической малярии, часто сочетается с бледностью кожных покровов.

Появление желтухи при малярии является признаком тяжелого течения болезни.

Осложнения: при тяжелом течении малярии — энцефалопатия вплоть до комы, острая почечная недостаточность, острая печеночная недостаточность, массивный геморрагический синдром, острый внутрисосудистый гемолиз с возникновением гемоглобинурии; тяжелая анемия, спленомегалия с гиперспленизмом; разрыв селезенки с внутренним кровотечением.

Эпидемиологический анамнез: пребывание в странах с жарким климатом в течение 3 лет до начала заболевания; перенесенная в прошлом малярия (для исключения рецидива заболевания); переливание крови и иные парентеральные вмешательства в течение 3 месяцев до начала заболевания.

На вызове: больные малярией подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар, при подозрении на разрыв селезенки – в хирургический стационар или хирургическое отделение. При тяжелой и осложненной форме – транспортировка на носилках.

ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ

Псевдотуберкулез (возбудитель – *Yersinia pseudotuberculosis*) — острое зоонозное инфекционное заболевание, характеризующееся интоксикацией, поражением желудочно-кишечного тракта и регионарных лимфатических

узлов, полиморфными внекишечными проявлениями (часто экзантемой), возможностью генерализации и рецидивирующего течения.

Опорные клинические признаки:

- острое начало, повышение температуры тела;
- тошнота, снижение аппетита, возможна рвота;
- стул жидкий или кашицеобразный, без патологических примесей;
- боли в животе, при терминальном илеите и мезентериальном лимфадените — постоянные или схваткообразные в правой подвздошной и илеоцекальной области;
- притупление перкуторного звука в правой подвздошной области;
- болезненность при пальпации в правой подвздошной области;
- возможно развитие острого аппендицита;
- сыпь — полиморфная или скарлатиноподобная, симметричная, со сгущением вокруг суставов и в естественных складках;
- увеличение печени и селезенки;
- редко развивается желтуха кожи и склер, потемнение мочи, обесцвечивание кала на фоне сохраняющейся лихорадки;
- симптомы «капюшона» (гиперемия лица и шеи), «перчаток» и «носов» (ограниченная гиперемия кистей и стоп), бледный носогубный треугольник;
- боли, покраснение и припухлость вокруг суставов, ограничение движения (чаще крупные суставы, возможны полиартриты);
- возможно развитие рецидивов.

Осложнения: встречаются редко, среди них миокардит, нефрит, пневмонии и др.

Эпидемиологический анамнез: указание на употребление в пищу продуктов без предварительной термической обработки, особенно в случаях длительного хранения при низких температурах (холодильники, овощехранилища). Источники инфекции — синантропные и дикие грызуны, с выделениями которых возбудитель попадает на пищевые продукты. Характерны групповые заболевания (вспышки). Инкубационный период от 3 до 18 дней.

На вызове: при желтушной форме госпитализация в инфекционный стационар. При диагностике острого аппендицита госпитализация в стационар для хирургического лечения.

АМЕБИАЗ

Амебиаз (возбудитель – амеба, *Entamoeba histolytica*) — протозойная инфекция, характеризующаяся язвенным поражением толстой кишки, возможностью образования абсцессов в различных органах и склонностью к затяжному и хроническому течению.

Острый кишечный амебиаз:

- стул до 10–20 раз в сутки, необильный, с большим количеством слизи, позже – с примесью крови;
- боли и болезненность по ходу толстой кишки;
- нормальная или субфебрильная температура тела.

Желтуху наблюдают при амебиазе печени, который возникает во время острых проявлений кишечного амебиаза или позже.

Опорные клинические признаки.

- острый амебный гепатит (желушная/безжелтушная формы):
 - температура тела субфебрильная, с периодическим повышением до фебрильной;
 - печень увеличена (иногда значительно), уплотнена и умеренно болезненна;
 - боли в правом подреберье;
 - может развиваться *желтуха*.
- амебный абсцесса печени:
 - температура тела до 39°C и выше, ознобы;
 - выраженная интоксикация, тахикардия, артериальная гипотензия, глухость сердечных тонов;
 - печень увеличена и болезненна, иногда развивается *желтуха*;
 - боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, усиливающиеся при глубоком дыхании, движении, пальпации печени;
 - живот вздут, в правом подреберье возможно мышечное напряжение.

Осложнения: при абсцессах печени — перигепатит, поддиафрагмальный абсцесс, гнойный перитонит, плеврит, перикардит, медиастинит.

Эпидемиологический анамнез: встречается повсеместно, высокая заболеваемость регистрируется в странах тропического и субтропического региона. Источник инвазии — человек. Заражение происходит алиментарным, водным путем, или при бытовых контактах. Инкубационный период от 1 – 2 недель до 3 месяцев и дольше.

На вызове: при развитии желтухи обязательная госпитализация в инфекционный стационар.

ОПИСТОРХОЗ

Описторхоз (возбудитель — трематода, сосальщик, *Opisthorchis felinus* — кошачья двуустка) — природно-очаговый гельминтоз, поражающий преимущественно гепатобилиарную систему и поджелудочную железу, отличающийся длительным течением, протекающий с частыми обострениями.

Опорные клинические признаки:

- В ранней фазе:
 - повышение температуры тела,
 - боли в мышцах и суставах,
 - диарея,

- аллергическая сыпь на коже,
 - гиперемия, отек и инъекция сосудов конъюнктивы век;
 - при токсико-аллергическом гепатите:
 - увеличение печени и селезенки;
 - боли в области печени;
 - слабо выраженная *желтуха*.
- В поздней фазе:
- субфебрильная лихорадка,
 - гиповитаминозы,
 - снижение массы тела;
 - при холангите, перихолангите, холангиохолецистите:
 - боли в эпигастральной области и правом подреберье, часто с иррадиацией в спину и левое подреберье, нередко боли по типу желчной колики;
 - желчный пузырь увеличен и напряжен (дискинезия желчного пузыря чаще по гипокинетическому типу);
 - при холангиогепатите:
 - астеновегетативный синдром;
 - диспепсический синдром;
 - увеличение и уплотнение печени;
 - *желтуха*;
 - редко анемия.

Осложнения: вторичная бактериальная инфекция желчевыводящих путей, абсцессы печени, развитие холангиокарциномы.

Эпидемиологический анамнез: употребление в пищу инвазированной пресноводной рыбы без достаточной тепловой обработки. Преимущественное распространение в бассейнах Иртыша, Оби, Волги, Дона, в районах Западной Сибири.

На вызове: при развитии желтухи обязательная госпитализация.

ЭХИНОКОККОЗ

Эхинококкоз (возбудитель — личиночная стадия (эхинококк) цепня *Echinococcus granulosus*) — зоонозный биогельминтоз, хроническое заболевание, характеризующееся развитием в печени, реже легких и других органах солитарных или множественных кистозных образований. Может годами протекать бессимптомно.

Опорные клинические признаки:

- Эхинококкоз печени:
 - астения, снижение массы тела;
 - субфебрилитет;
 - симптомы аллергии (сыпь, зуд);
 - боли в правом подреберье;

- тошнота, рвота;
- увеличение печени (значительное, за счет правой доли, плотная, болезненная).

Осложнения: присоединение вторичной бактериальной инфекции и нагноение кисты (абсцесс печени); холангиты; перитонит, **механическая желтуха** при сдавлении кистой желчных протоков; портальная гипертензия при сдавлении сосудов; аллергические реакции вплоть до анафилактического шока при разрыве кисты.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инвазированными животными употребление воды, сырых овощей и ягод, загрязненных яйцами гельминта. Источник инвазии — плотоядные животные, чаще — домашние собаки, реже — волки, шакалы и др. Проявления инвазии возможны через годы после заражения.

На вызове: при развитии желтухи обязательная госпитализация в хирургический или инфекционный стационар.

Лечение

Лечебные мероприятия *на догоспитальном этапе* определяются характером желтухи, тяжестью состояния пациента, наличием осложнений.

При желтухе

- обильное питье (D, 4);
- по показаниям (выраженная желтуха и интоксикация) инфузионная дезинтоксикационная терапия (раствор декстрозы 5%, раствор натрия хлорида 0,9%, раствор натрия хлорида сложный [калия хлорид+кальция хлорид+натрия хлорид] и др. кристаллоидные растворы в объеме 400 – 500 мл) (A, 1+)

При острой печеночной недостаточности:

- немедленная госпитализация
- в случае нарушения сознания транспортировка больного в положении на боку со слегка запрокинутой головой;
- дезинтоксикация (A, 1+):
 - внутривенное капельное введение 5% раствора декстрозы 800 мл и 10–20 мл раствора калия и магния аспарагината;
 - фуросемид 40 мг, внутривенно струйно, медленно;
 - аскорбиновая кислота 5% раствор 5 мл внутривенно;
 - глюкокортикостероиды: преднизолон 60–120 мг внутривенно капельно.

При психомоторном возбуждении (A, 1++):

- фуросемид 40 мг внутривенно струйно, медленно;
- диазепам – 10 -20 мг (0,5% раствор 2–4 мл) внутримышечно.

Пациентам с отечно-асцитическим синдромом (при выраженном асците, отеках), с признаками острой почечной недостаточности необходимо раннее введение салуретиков:

- фуросемид 40 мг (1% раствор 4 мл) внутривенно медленно (А, 1+).

При сильных болях у пациентов с печеночной коликой показано введение спазмолитических средств: 2-4 мл дротаверина, внутримышечно (В, 2++).

При массивном кровотечении (желудочно-кишечное, из варикозно расширенных вен пищевода):

- транспортировка больного лёжа на носилках с приподнятых головным концом (D, 3);
- приём внутрь кубиков льда; холод на живот (D, 3);
- установить зонд Блекмора при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода (А, 1+);
- этамзилат 12,5% раствор 4 мл (внутримышечно, внутривенно) (А, 1+).

При выраженном асците, отеках, при острой почечной недостаточности:

- раннее введение салуретиков:
фуросемид 1% раствор 4 мл внутривенно (А, 1++).

Что нельзя делать

- При выраженной желтухе (вследствие нарушения функции печени) нельзя назначать гепатотоксические лекарственные средства (например, с осторожностью – парацетамол и др.).
- В случаях острой печеночно-почечной недостаточности (лептоспироз) необходимо исключить нефротоксические лекарственные средства.
- При наличии признаков острой печеночно-почечной недостаточности нельзя вводить большие объемы жидкости (более 800-1000 мл) без эффективного форсирования диуреза.

Дальнейшее ведение пациента (показания к доставке в стационар)

На основании анамнестических данных, жалоб пациента, результатов осмотра формулируется предварительный нозологический диагноз, оценивается степень тяжести заболевания с учетом сопутствующей патологии и наличия осложнений.

Определяются клинические и эпидемиологические показания к доставке в стационар больного с **желтухой** инфекционного генеза.

1. Клинические показания:

- наличие желтухи
- обязательная госпитализация пациентов с подозрением на лептоспироз, малярию, острый гепатит В; желтую лихорадку;
- тяжелые формы заболевания;
- осложненные формы заболевания;
- признаки острой печеночной недостаточности;
- отсутствие эффекта от лечения на дому;
- подозрение на острый вирусный гепатит у беременных (особенно гепатит Е);
- лица с тяжелой сопутствующей патологией.

2. Эпидемиологические показания:

- инфекции, на которые распространяются Международные медико-санитарные правила (с соблюдением всех необходимых мероприятий для ограничения распространения этих инфекций с момента их выявления) — желтая лихорадка;
- при подозрении на острый гепатит (А, Е) — декретированный контингент лиц (работники предприятий пищевой промышленности, общественного питания, торговли пищевыми продуктами, работники детских и лечебно-профилактических учреждений, школ, школ-интернатов, оздоровительных и спортивных учреждений для взрослых и детей, лица, обслуживающие водопроводные сооружения, работающие на предприятиях бытового обслуживания населения, на всех видах транспорта, связанные с непосредственным обслуживанием пассажиров);
- при подозрении на острый гепатит (А, Е) и невозможности соблюдения противозидемического режима по месту жительства или выявления больного (проживающие в общежитиях, находящиеся в учреждениях закрытого типа, общих и коммунальных квартирах без удобств и др.).

При наличии показаний для госпитализации с подозрением на **инфекционное заболевание** больного доставляют в инфекционную больницу или инфекционное отделение многопрофильного стационара.

При выявлении инфекций, подпадающих под действие Международных медико-санитарных правил, тактика оказания помощи больному строится согласно соответствующим федеральным и региональным инструкциям и рекомендациям.

При диагнозе «Неуточненная желтуха», невозможности исключить острую хирургическую патологию, острое отравление, больного целесообразно направить в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Прогноз

Развитие острой печеночной недостаточности и других осложнений при желтухе инфекционного генеза значительно ухудшает прогноз, а несвоевременная и/или проводимая не в полном объеме терапия делает прогноз неблагоприятным.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)

Диагностика (D, 4)

Инфекции, сопровождающиеся желтухой, представлены большой группой заболеваний. При наличии характерной клинической картины и информативных данных эпидемиологического анамнеза подозрение на инфекционное заболевание уже на догоспитальном этапе служит основанием к направлению больного в инфекционный стационар, где в полном объеме осуществляется алгоритм диагностики.

В случаях, при которых диагноз инфекции не установлен на догоспитальном этапе, пациент с желтухой поступает в СтОСМП с ошибочным диагнозом или с диагнозом «Неуточненная желтуха».

Клинико-эпидемиологическая диагностика желтух инфекционного генеза в стационарном отделении скорой медицинской помощи аналогична проводимой на догоспитальном этапе.

При наличии желтухи обязательно проведение ряда лабораторных тестов:

- клинический анализ крови, включая ретикулоциты и тромбоциты;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови:
 - ✓ аланинаминотрансфераза (АлАТ),
 - ✓ билирубин общий, фракции
 - ✓ белково-осадочные пробы (тимоловая проба, сулемовая проба)
 - ✓ протромбиновый индекс
 - ✓ общий белок
 - ✓ протеинограмма
 - ✓ щелочная фосфатаза
 - ✓ гаммаглутаминтранспептидаза (ГГТП)
 - ✓ 5- нуклеотидпептидаза (5-НУК)
 - ✓ креатинин, мочевины
 - ✓ амилаза
 - ✓ глюкоза
 - ✓ электролиты (K⁺, Na⁺, Cl⁻);
- показатели кислотно-основного равновесия (по показаниям).

По показаниям инструментальное обследование:

- УЗИ брюшной полости, почек;
- ФГДС;
- рентгенография грудной клетки;
- компьютерная томография органов брюшной полости;
- по показаниям – лапароскопия (эхинококкоз печени).

Диагностическое значение лабораторных показателей

Острый вирусный гепатит:

- активность АлАТ превышает норму в 10 и более раз;
- уровень общего билирубина увеличивается в крови преимущественно за счёт прямой фракции;
- положительные белково-осадочные пробы (повышение тимоловой пробы, снижение сулемовой пробы);
- протромбиновый индекс снижается при тяжелом течении острого гепатита (менее 70%);
- в моче выявляют билирубин, уробилин, желчные пигменты.

Хронический вирусный гепатит:

- возможно колебание активности АлАТ от нормальных значений до десятикратного увеличения;
- уровень общего билирубина увеличивается преимущественно за счёт прямой фракции;
- положительные белково-осадочные пробы (повышение тимоловой пробы, снижение сулемовой пробы);
- протромбиновый индекс снижен;
- диспротеинемия (уменьшение количества альбумина и увеличение γ -глобулинов);
- в моче выявляют билирубин, уробилин, желчные кислоты.

Цирротическая стадия хронического вирусного гепатита:

- нормальные значения АлАТ;
- положительные белково-осадочные пробы;
- выраженная гипопропротеинемия (уменьшение количества общего белка) и диспротеинемия (значительное снижение уровня альбумина и повышение уровня γ -глобулинов);
- низкие значения протромбинового индекса;
- увеличение уровня общего билирубина (за счет прямой фракции);
- может быть анемия, тромбоцитопения;
- в моче выявляют билирубин, уробилин, желчные пигменты;

- УЗИ органов брюшной полости: расширение портальной вены;
- ФГДС: варикозное расширение вен пищевода.

Механическая желтуха:

- высокие уровни общего билирубина (за счет прямой фракции);
- положительные холестатические пробы (щелочная фосфатаза, ГГТП, 5-НУК превышают норму в 5 и более раз);
- АлАТ, протромбиновый индекс, протеинограмма и белково-осадочные пробы в норме;
- в моче выявляют билирубин, уробилин (может отсутствовать при полной обтурации желчных путей) и желчные пигменты;
- УЗИ органов брюшной полости: расширение холедоха.

Гемолитическая желтуха:

- характерно увеличение уровня общего билирубина за счет непрямой фракции;
- АлАТ, белково-осадочные пробы, протеинограмма в норме;
- анемия;
- в моче выявляют уробилин, но желчные пигменты и билирубин отсутствуют.

Токсические поражения печени:

- значительное повышение активности АлАТ;
- увеличение уровня общего билирубина за счет обеих фракций;
- при внутривенном холестазае – высокие значения щелочной фосфатазы, ГГТП, 5-НУК;
- белково-осадочные пробы не изменены;
- протеинограмма в норме;
- при тяжелом поражении (ОПечН) – снижение протромбинового индекса;
- при сочетании с острой почечной недостаточностью – повышение в крови уровня креатинина, мочевины, электролитов.

В СтОСМП для верификации диагноза необходимо забрать материал от больного на исследование, при бактериальных инфекциях – до начала антибактериальной терапии (табл. 4).

Таблица 4. Методы верификации инфекционных болезней с синдромом желтухи

Нозологические формы	Лабораторные методы диагностики	Методы ранней диагностики
Острый вирусный	ИФА:	Биохимический анализ крови:

гепатит	HBsAg анти-HAV IgM анти-HEV IgM анти-HDV IgM анти- HCV ПЦР: ДНК HBV ДНК HDV РНК HCV	АлАТ, билирубин, тимоловая проба. Анализ мочи на уробилиноген и желчные пигменты.
Хронический вирусный гепатит	ИФА: HBsAg, анти-HCV анти-HDV ПЦР: ДНК HBV РНК HCV РНК HDV	Биохимический анализ крови: АлАТ, билирубин, тимоловая проба, протромбиновый индекс, общий белок, протеинограмма. Анализ мочи на уробилиноген и желчные пигменты.
Лептоспироз	Посев крови, мочи, спинномозговой жидкости с выделением лептоспир; РМА и лизиса; ПЦР	Бактериоскопия мазка крови, мочи, спинномозговой жидкости в темном поле - обнаружение лептоспир
Псевдотуберкулез, кишечный иерсиниоз	Посев кала, крови на питательные среды с выделением иерсиний; Обнаружение специфических антител методом парных сывороток в РА, РПГА, РСК, ИФА	Обнаружение АГ в РА, РАЛ, РИФ, реакции непрямой иммунофлюоресценции, ИФА, ПЦР
Малярия	Микроскопия крови – тонкий мазок и толстая капля	Микроскопия крови – тонкий мазок и толстая капля
Инфекционный мононуклеоз	Обнаружение в периферической крови атипичных мононуклеаров (более 15%); ИФА – обнаружение IgM к вирусу Эпштейна-Барр.	Обнаружение в периферической крови атипичных мононуклеаров (более 15%); ИФА – обнаружение IgM к вирусу Эпштейна-Барр
ЦМВИ	ИФА – обнаружение IgM и IgG к ЦМВ; РСК, РНГА; ПЦР	ИФА – обнаружение IgM к ЦМВ; ПЦР
Желтая лихорадка	РСК, РПГА, РТГА в парных сыворотках; ИФА – обнаружение специфических IgM	
Амебиоз	Микроскопия кала – обнаружение вегетативных форм и цист амеб. ПЦР	Микроскопия кала (нативного) – обнаружение вегетативных форм амеб

	Определение специфических антител методами ИФА, НРИФ	
Эхинококкоз	Определение специфических антител методами ИФА, РНГА, РЛА	УЗИ органов брюшной полости; рентгенография грудной клетки; КТ головного мозга
Описторхоз	ИФА – обнаружение специфических антител	Микроскопия кала, желчи – обнаружение яиц гельминта

Лечение

1. Режим – в соответствии с тяжестью состояния больного.
2. Диета:
 - при болях в животе – голод до уточнения диагноза;
 - обильное питье;
 - стол № 5 по Певзнеру;
 - при циррозе, острой почечной недостаточности — ограничение белка, поваренной соли, жидкости.
3. **Этиотропная терапия.** Антибактериальную терапию назначают исходя из предполагаемой этиологии заболевания (исключая гепато– и нефротоксические препараты).
 - при *лептоспирозе*
 - ✓ без менингита:
 - бензилпенициллин натриевая соль 100-200 тыс. ЕД/кг в сутки (1–2 млн. ЕД 6 раз в сутки) внутримышечно (А, 1+),
 - ✓ при лептоспирозном менингите — бензилпенициллин натриевая соль 400 тыс. ЕД/кг в сутки (3 млн. ЕД 8 раз в сутки) внутримышечно (А, 1+).

Антибиотик резерва: амоксициллин/клавулат 50 мг/кг в сутки за 3 приема внутрь; или внутривенно 1 г (по амоксициллину) 3 – 4 раза в сутки (А, 2++).
 - при *псевдотуберкулезе* (А, 2++):
 - цефтриаксон 1г 2 раза в сутки внутривенно;
 - ципрофлоксацин 200 мг 2 раза в сутки внутривенно.
 - ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в сутки внутрь.

При *малярии* этиотропную терапию начинают с момента выявления больного (А1++).

- ✓ При *тропической малярии (неосложненной)* применяют:
 - мефлохин – внутрь 15 мг/кг основания в 2 приема: 0,75 г, через 6 часов еще 0,25 – 0,5 г;
- ✓ При *тяжелых и осложненных формах тропической малярии:*

- хинин – первая доза 20 мг/кг препарата. Введение разовой дозы 20 мг/кг в 250 мл 5% раствора декстрозы или 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно капельно в течение 1,5 – 3 часов, повторные введения в дозе 10 мг/кг с интервалом 8 – 10 часов. При олигоанурии разовую дозу уменьшают вдвое.

хинидин (хинидина глюконат) 10 мг/кг (максимально 600 мг) в 250 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно в течение 1-2 часов, далее продолжить со скоростью 0,02мг/кг/мин

4. Дезинтоксикационная терапия:

- обильное щелочное питье;
 - внутривенное введение:
 - ✓ *кристаллоидные* растворы 800–1200 мл в сутки (A1+):
 - 5% раствор декстрозы с инсулином (1 ЕД инсулина на 4 г декстрозы);
 - полиионные солевые растворы (0,9 % раствор натрия хлорида, раствор натрия хлорида сложный [калия хлорид+кальция хлорид+натрия хлорид] и др.);
 - ✓ *коллоидные растворы* (A, 1+): 5–20% раствор альбумина, плазма, декстраны, производные гидроксипропилкрахмала.
- дополнительно:*
- калия и магния аспарагинат 10–20 мл или калия хлорида 50 мл 3% или 10 мл 10% раствора на 400 мл 5% раствора декстрозы (B2+);
 - инозин 400-600 мг (20–30 мл 2% раствора), вводят медленно струйно или капельно (40–60 капель в минуту) в 0,9% растворе натрия хлорида или 5% растворе декстрозы до 250 мл (B, 2+);
 - аскорбиновую кислоту 5 мл 5% раствора (C, 2).

При выраженной интоксикации и удовлетворительном диурезе объём инфузии увеличивают до 2000–3000 мл, кристаллоидные и коллоидные растворы вводят в соотношении 2:1.

- форсированный диурез (B, 2+):
фуросемид 20 - 40 мг (1% раствор 2–4 мл) внутривенно;
- эфферентная терапия по показаниям (гемодиализ, гемосорбция, плазмоферез, гемофильтрация) (C, 2).

5. При геморрагическом синдроме:

- этамзилат (5-10 мг/кг) 12,5% раствор 2–4 мл 2–4 раза в сутки внутривенно или внутримышечно (B, 2+);
- аминокaproновая кислота 5% раствор 200 мл 2 раза в сутки внутривенно капельно (B, 2+);
- менадион 1% раствор 3 мл внутримышечно 1 раз в сутки (C, 2);
- свежезамороженная плазма до 500 мл/сут внутривенно капельно (A, 1+);
- эндоскопические методы гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода (A1+);

- зонд Блекмора при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода (А, 1+).
6. При развитии острой печеночной и/или острой почечной недостаточности — терапия в необходимом объеме в условиях ОРИТ.
7. Симптоматическая терапия:
- жаропонижающие средства;
 - физические методы охлаждения;
 - купирование психомоторного возбуждения.
8. Оказания медицинской помощи на госпитальном этапе при циррозе печени с выраженным отёчно-асцитическим синдромом:
- строгое ограничение объема вводимой жидкости (согласно диурезу);
 - минимизировать поступление натрия с пищей и инфузией (А, 1+);
 - альбумина 10–20% раствор 200 мл, внутривенно капельно (А, 1+);
 - плазма - 500 мл внутривенно капельно (А, 1+);
 - калия и магния аспарагинат 10–20 мл внутривенно (В, 2+);
 - базисная диуретическая терапия калийсберегающими средствами: спиронолактон 100–200 мг/сут внутрь (А, 1+);
 - по показаниям для усиления диуреза: фуросемид 40 мг внутрь (внутривенно) (В, 2+);
 - препараты лактулозы 15–45 мл/сут внутрь (А, 1+);
 - антибиотики широкого спектра действия (исключая гепатотоксические);
 - в случае развития и прогрессирования энцефалопатии на фоне длительного приема салуретиков в больших дозах — срочное определение уровня калия в крови и коррекция гипокалиемии.
9. При подозрении на токсический гепатит: немедленное прекращение поступления токсического вещества в организм, быстрое его удаление (промывание желудка и кишечника, инфузионная дезинтоксикационная терапия, эфферентные методы детоксикации, применение антидотов).

При установлении диагноза инфекционного заболевания пациенты подлежат переводу в инфекционный стационар или инфекционное отделение многопрофильного стационара.

Что нельзя делать

- При выраженной желтухе (вследствие нарушения функции печени) больным нельзя назначать гепатотоксические лекарственные средства (например, препараты тетрациклинового ряда, с осторожностью — парацетамол).
- В случаях острой печеночно-почечной недостаточности (лептоспироз) необходимо исключить нефротоксические лекарственные средства.

- При наличии признаков острой печеночно-почечной недостаточности нельзя вводить большие объемы жидкости без форсирования диуреза (салуретики).
- Проводить лапароцентез больному с асцитом.

Дальнейшее ведение пациента

При выявлении инфекционного заболевания на госпитальном этапе необходимо временно поместить больного в инфекционный изолятор, осуществить забор материала для специфической диагностики, начать терапию в соответствии с нозологией. При наличии показаний для лечения в условиях специализированного стационара – перевод больного в инфекционную больницу или инфекционное отделение многопрофильной больницы.

Показания к переводу больного в инфекционную больницу или инфекционное отделение многопрофильного стационара

1. Клинические:
 - наличие желтухи инфекционного генеза;
2. Эпидемиологические:
 - инфекции, на которые распространяются Международные медико-санитарные правила (с соблюдением всех необходимых мероприятий для ограничения распространения этих инфекций с момента их выявления) — желтая лихорадка;
 - при подозрении на острый гепатит А, Е — декретированный контингент лиц (работники предприятий пищевой промышленности, общественного питания, торговли пищевыми продуктами, работники детских и лечебно-профилактических учреждений, школ, школ-интернатов, оздоровительных и спортивных учреждений для взрослых и детей, лица, обслуживающие водопроводные сооружения, работающие на предприятиях бытового обслуживания населения, на всех видах транспорта, связанные с непосредственным обслуживанием пассажиров);
 - при подозрении на острый гепатит А, Е и невозможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства или выявления больного (проживающие в общежитиях, находящиеся в учреждениях закрытого типа, общих и коммунальных квартирах без удобств и др.);
 - При выявлении инфекций, подпадающих под действие Международных медико-санитарных правил тактика оказания помощи больному строится согласно соответствующим федеральным и региональным инструкциям и рекомендациям.

Прогноз

Развитие острой печеночной недостаточности и других осложнений при желтухе инфекционного генеза значительно ухудшает прогноз, а несвоевременная и/или проводимая не в полном объеме терапия делает прогноз неблагоприятным.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
А	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+