



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при лихорадках инфекционного генеза

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

ID: **СМП14**

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

Лихорадка — защитно-приспособительная неспецифическая реакция организма, возникающая при действии пирогенов и проявляющаяся повышением температуры тела вследствие перестройки центров терморегуляции на новый уровень функционирования.

Наиболее частыми причинами лихорадки являются инфекционные заболевания, вызванные разными микроорганизмами.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
A01.0	Брюшной тиф
A20	Чума
A21	Туляремия
A22	Сибирская язва
A23	Бруцеллез
A27	Лептоспироз
A28.2	Экстраинтестинальный иерсиниоз
A36	Дифтерия
A39	Менингококковая инфекция
A49.9	Бактериальная инфекция неуточненная
A69.2	Болезнь Лайма
A70	Инфекция, вызываемая <i>Chlamydia psittaci</i>
A75	Сыпной тиф
A78	Лихорадка Ку
A84	Клещевой вирусный энцефалит
A92.3	Лихорадка Западного Нила
A95	Желтая лихорадка
A98.3	Болезнь, вызванная вирусом Марбург
A98.4	Болезнь, вызванная вирусом Эбола
A98.5	Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
A99	Вирусная геморрагическая лихорадка неуточненная
B20-B24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]
B27	Инфекционный мононуклеоз
B54	Малярия неуточненная

B99	Другие и неуточненные инфекционные болезни
J00-J06	Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей
J10-J18	Грипп и пневмония
J20-J22	Другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей
R50	Лихорадка неясного происхождения

КЛАССИФИКАЦИЯ ЛИХОРАДКИ

По степени повышения температуры тела (таблица 1):

- субфебрильная лихорадка;
- фебрильная лихорадка;
- гиперпирексия.

Таблица 1. Лихорадка по степени повышения температуры тела

Уровень лихорадки	Температура тела
субфебрильная	37—37,9°С
фебрильная	38—40,9°С
умеренная	38—38,9°С
высокая	39—40,9°С
гиперпирексия	41°С и выше

По типу температурной кривой:

- *Постоянная лихорадка* - характеризуется стабильно повышенной температурой тела с минимальными суточными колебаниями в пределах 1°С (встречается в разгар брюшного тифа, сыпного тифа, Ку-лихорадки).
- *Послабляющая (ремиттирующая) лихорадка* сопровождается суточными колебаниями температуры тела свыше 1°С, но не более 2°С, при этом ее снижение не достигает нормальных величин (характерна для орнитоза, бруцеллеза, туберкулеза, может быть при сыпном тифе).
- *Переменяющаяся (интермиттирующая) лихорадка* отличается правильной сменой высокой и нормальной температуры тела с суточными колебаниями в 3-4°С (при малярии).
- *Гектическая (истоющая) лихорадка* - лихорадка с очень большими суточными колебаниями (3-5°С), со снижением температуры тела до нормальной или субнормальной (сепсис).
- *Возвратная лихорадка* характеризуется правильной сменой периодов высокой температуры тела (с критическим её снижением до нормы) и нормальной температуры; продолжительность периодов лихорадки и апирекции - несколько дней (возвратный тиф).
- *Волнообразная лихорадка (ундулирующая)* имеет постепенное нарастание температуры до высоких цифр и затем постепенное ее снижение до субфебрильной или нормальной, с повторением циклов (желтая лихорадка, рецидивы инфекций – брюшной тиф, лептоспироз, псевдотуберкулез).

- *Неправильная (атипическая) лихорадка* отличается большими суточными размахами, разной степенью повышения температуры тела, неопределенной длительностью может быть при орнитозе, инфекционном мононуклеозе).
- *Извращенная (инвертированная) лихорадка* проявляется более высокой утренней в сравнении с вечерней температурой тела (может быть при сепсисе, воспалительных очагах).

При некоторых нозологических формах характер температурной кривой, типичный, свойственный данному заболеванию (инфекции), имеет решающее значение для диагностики, например при малярии.

По продолжительности:

- кратковременная (до 5 дней);
- продолжительная (до 2-х недель);
- длительная (более 2-х недель).

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика

В первичной диагностике лихорадочного состояния важно:

- Собрать **анамнез** заболевания, в том числе **эпидемиологический** (уточнить сведения о контактах с больными, выезде за пределы региона, страны, контактах с животными, парентеральных вмешательствах, нападении кровососущих насекомых, источниках питьевой воды, пищевой анамнез).
- При выявлении фебрильной лихорадки важно своевременно заподозрить инфекционные заболевания, на которые распространяются *Международные медико-санитарные правила* (ММСП), такие как чума; геморрагические лихорадки — желтая лихорадка, контагиозные геморрагические лихорадки Эбола, Ласса, Марбург; лихорадка Западного Нила. В распознавании этих инфекций *эпидемиологический анамнез* имеет решающее значение.

При опросе и осмотре пациента необходимо:

- ✓ Оценить *продолжительность лихорадки*:
 - состояния с кратковременной лихорадкой — продолжительностью до 5 дней (ОРВИ, грипп);
 - инфекции с продолжительной лихорадкой — до 2-х недель (осложнения при ОРВИ, гриппе; брюшной тиф, сыпной тиф, орнитоз и др.);
 - длительная, более 2–3-х недель, лихорадка инфекционного генеза (брюшной тиф, бруцеллез, инфекционный мононуклеоз, сепсис, ВИЧ-инфекция).
- ✓ Определить *характер температурной кривой и темпы повышения температуры тела*.

- Быстрый подъем температуры тела до фебрильного уровня в течение первых суток (иногда часов) от начала заболевания характерен для гриппа, менингококковой инфекции, лептоспироза, геморрагической лихорадки с почечным синдромом, малярии, лихорадки Западного Нила, бруцеллеза, инфекционного мононуклеоза и др. При быстром повышении температуры тела, как правило, отмечается *озноб*.
 - Постепенное повышение температуры тела до фебрильного уровня наблюдают, например, при брюшном тифе (в течение 6 дней), сыпном тифе (в течение 4 дней).
- ✓ Уточнить *скорость снижения* температуры тела:
- *кризис* - быстрое (в течение нескольких часов) падение температуры тела характерно для малярии, крупозной пневмонии, сыпного тифа и др.;
 - *лизис* - медленное постепенное снижение температуры тела в течение нескольких дней типично для брюшного тифа, скарлатины, бруцеллеза, туляремии и др.
- ✓ Оценить температурную реакцию на прием жаропонижающих средств:
- не эффективны при брюшном тифе, сыпном тифе, лептоспирозе, инфекционном мононуклеозе и др.
 - оказывают эффект при гриппе, ОРЗ.

При многих инфекциях тяжесть состояния пациента соответствуют степени повышения температуры тела и выраженности интоксикационного синдрома. В связи с этим у больного с лихорадкой необходимо оценить *проявления интоксикации*:

- уточнить жалобы на недомогание, общую слабость, головную боль, боли (ломоту) в мышцах и суставах, сонливость, бессонницу;
- определить наличие и степень нарушения сознания (например, поражение ЦНС вследствие интоксикации при менингококковой инфекции, тифозный статус при брюшном тифе, сыпном тифе; энцефалит при клещевом энцефалите и др.);
- установить наличие менингеального синдрома:
 - ✓ как проявления *менингизма* (наблюдают при выраженной интоксикации вследствие раздражения мягких мозговых оболочек, например, при тяжелой форме гриппа),
 - ✓ в сочетании с высокой фебрильной лихорадкой обязательно исключить *менингит (гнойный или серозный)*;
- оценить состояние кожных покровов (бледность, гиперемия, цианоз, сыпь, кровоизлияния в кожу, влажность, желтуха, отеки);
- определить артериальное давление, частоту пульса, шоковый индекс, частоту дыхания;
- ЭКГ (по показаниям).

✓ Выявить другие *синдромы инфекционных заболеваний*, имеющие диагностическое значение. При этом целесообразно учитывать продолжительность фебрильной лихорадки.

1. Фебрильная лихорадка продолжительностью от 1 до 5 дней:

✓ *Лихорадка в сочетании с выраженной интоксикацией* (без отчетливых жалоб со стороны различных органов и систем). Лихорадка сопровождается неспецифическими признаками интоксикации – недомоганием, общей слабостью, головной болью, болями в мышцах и суставах; возможны озноб, повышенная потливость.

Возможные причины: грипп, брюшной тиф, первичная малярия, клещевой энцефалит (лихорадочная форма).

✓ *Лихорадка в сочетании с выраженной интоксикацией и геморрагическим синдромом* (геморрагическая сыпь – петехии, пурпура, экхимозы; энантема, кровоизлияния в склеры, признаки носового, желудочно-кишечного, легочного кровотечения).

Возможные причины: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лептоспироз, чума, желтая лихорадка, тяжелая форма гриппа, контагиозные геморрагические лихорадки, инфекционно-токсический шок как осложнение разных инфекций;

NB. менингококковый сепсис – клиническая диагностика проводится с учетом характерной геморрагической сыпи, осложнение – острая недостаточность надпочечников в результате кровоизлияния в надпочечники.

✓ *Лихорадка в сочетании с менингеальным синдромом* (сильная головная боль, рвота, вынужденное положение в кровати – с запрокинутой головой и поджатыми к животу коленями, ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского).

Возможные причины:

- гнойные менингиты — менингококковая инфекция, вторичные гнойные менингиты (пневмококковый и др.);

- серозные менингиты — энтеровирусные инфекции, лептоспироз, клещевой энцефалит (менингит, менингоэнцефалит), системный клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), герпетическая инфекция, эпидемический паротит, лихорадка Западного Нила.

✓ *Лихорадка в сочетании с синдромом поражения дыхательной системы и ротоглотки* (ринит, осиплость голоса, першение и боли в горле при глотании, кашель, одышка; гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, увеличение миндалин с признаками воспаления; ослабленное дыхание и хрипы в легких, цианоз).

Возможные причины:

- ОРЗ, грипп; конъюнктивит в сочетании с фарингитом (аденовирусная инфекция); ложный круп (парагрипп, корь);

- пневмония, легионеллез, орнитоз, ку-лихорадка, чума (легочная форма), туберкулез;

- тонзиллит: дифтерия, инфекционный мононуклеоз, ангина, туляремия (ангинозная форма).

✓ *Лихорадка в сочетании с признаками поражения почек* (боли и/или болезненность при поколачивании по поясничной области, уменьшение/отсутствие выделения мочи, гематурия, острая почечная недостаточность).

Возможные причины: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лептоспироз, малярия, желтая лихорадка, контагиозные геморрагические лихорадки.

✓ *Лихорадка в сочетании с экзантемой*

При обнаружении экзантемы у больного с фебрильной лихорадкой в первую очередь необходимо исключить ее инфекционный генез. Следует учитывать, что многие инфекционные заболевания, протекающие с экзантемой, представляют эпидемическую опасность (антропонозы).

Обнаружение у больного типичной для той или иной инфекции экзантемы может иметь решающее значение в клинической диагностике. Это особенно важно при инфекционных болезнях с закономерным возникновением сыпи в первые дни заболевания. При менингококковом сепсисе, например, выявление характерной геморрагической сыпи позволяет клинически поставить диагноз менингококковой инфекции.

Таблица 2 Основные характеристики сыпи и инфекционно-воспалительных поражений кожи при некоторых инфекционных заболеваниях с лихорадкой

Инфекция, время появления сыпи (дни болезни)	Локализация сыпи, закономерность высыпания	Характеристика сыпи и динамика ее превращения	Вторичные изменения на коже после исчезновения сыпи
Корь 3 - 4-й дни	По всему телу, этапность высыпания: 1-й день - лицо, 2-й день - туловище и руки, 3-й день - ноги	Обильная пятнисто-папулезная пурпурного цвета с неровными краями, сливается. Исчезает в таком же порядке, как и появляется.	Бурая пигментация, отрубевидное шелушение
Краснуха 1 -3-й дни	По всему телу, в течение нескольких часов, характерна сыпь на спине, ягодицах.	Обильная мелкопятнистая бледно-розового цвета круглой или овальной формы, не сливаются	Нет

Скарлатина 1-2-й дни	По всему телу, в течение нескольких часов	Обильная точечная розеолезная сыпь розового или красного цвета на гиперемизированном фоне кожи со сгущением в крупных естественных складках, бледный носогубный треугольник.	Крупнопластинчатое шелушение на ладонях и подошвах, отрубевидное в других местах
Ветряная оспа 1-й день	По всему телу (включая волосистую часть головы), нередко в полости рта повторные "волны" подсыпаний.	Множественные розеолапапулы розового цвета через несколько часов образуют пузырьки (везикулы) размером 1-6 мм. При проколе пузырьки спадаются. Через 1-2 дня они подсыхают с образованием корочек, отпадающих на 2-3-й неделе	Нет
Брюшной тиф 8-10-й день	Живот, поясница, реже грудь, спина, конечности; появление сыпи "волнами" на протяжении лихорадочного периода (подсыпание)	Единичные розеола розового или бледно-розового цвета с четкими краями, овальной формы, часто розеолапапулы.	Нет
Псевдотуберкулез; Кишечный иерсиниоз 1-7-й дни	Симметрично в области суставов, на сгибательной поверхности конечностей, боковых участках туловища, сгущается в естественных складках кожи; появляется одновременно.	Множественные точечные розеола красного цвета на нормальном фоне кожи; м.б. пятнистые, пятнистопапулезные, уртикарные элементы; часто эритема и отек на кистях, стопах, лице и шее (симптомы «капюшона», «перчаток» и «носков»). Узловатая эритема (при рецидивах).	Бурая пигментация с последующим шелушением, отрубевидным на туловище, пластинчатым на кистях и стопах
Сыпной тиф, болезнь Брилла-Цинссера 4-6-й день болезни	Боковые поверхности туловища, грудь, сгибательные поверхности конечностей; появляется в течение 1 - 2 дней	Обильная розеолезная. Розеола бледно-розовые или пурпурные от 1 до 3-5 мм, с нечеткими краями. Часто образуются петехии вторичные (в розеолах) или первичные (вне розеола)	Нет
Менингококковый сепсис (менингококк-кемия) 1-й день (через несколько часов от начала заболевания)	Дистальные участки конечностей, ягодицы, в тяжелых случаях - на туловище, редко на лице; повторные высыпания в течение нескольких дней	Множественные геморрагические элементы с цианотичным оттенком, звездчатой формы, выступающие над уровнем кожи, размером от 2-3 мм до нескольких см	Развитие некрозов с отторжением некротизированных участков, образование рубцов

ГЛПС 3-5-й день болезни	Боковые поверхности груди, подмышечные впадины, внутренние поверхности рук, бедер; в течение 1-го дня	Необильная петехиальная, в отдельных случаях кровоизлияния в слизистые оболочки, склеру	Пигментация
Сибирская язва с 1-го дня	Открытые части тела - голова, шея, руки; достигает максимального развития через 3 - 5 дней	Единичные сибиреязвенные карбункулы, инфильтраты пурпурного цвета, окруженные широким отеком кожи. В центре плотная черная корка, вокруг нее пузырьки с кровянистым содержимым, безболезненные	Рубец
Рожа 1-й день	Лицо, волосистая часть головы, нижние конечности, реже другая локализация; развивается в течение 1 - 2 дней	Очаг воспаления ярко-красного цвета, горячий и болезненный при дотрагивании, с приподнятым в виде валика краем, внедряющимся в нормальную кожу в виде "языков пламени"	Шелушение, пигментация
Болезнь Лайма 1-й день болезни (начало заболевания с появления эритемы)	На месте присасывания клеща, чаще на коже туловища, конечностей; вторичные (дочерние) эритемы на любых участках кожи; размеры эритемы увеличиваются («ползучая» эритема)	Мигрирующая эритема, размер от 3 до 10 см (60 см); ярко красного цвета по периферии, бледнеет в центре («кольцевидная»)	Пигментация, шелушение

У больных с лихорадкой сыпь может быть одним из проявлений аллергической (токсико-аллергической) реакции, например на прием медикаментов.

- **Фебрильная лихорадка продолжительностью более 5–7 дней:**
осложнения ОРВИ и гриппа, брюшной тиф, сыпной тиф, инфекционный мононуклеоз, острая ВИЧ-инфекция, бруцеллез, орнитоз, Ку-лихорадка, легионеллез, псевдотуберкулез.

При фебрильной лихорадке инфекционного генеза продолжительностью более недели существенное диагностическое значение приобретают другие характерные **синдромы** заболевания:

- ✓ *увеличение печени и селезенки* (не характерно для ОРВИ, гриппа, острой ВИЧ-инфекции);
- ✓ *увеличение периферических лимфатических узлов* - регионарный лимфаденит или полилимфаденит (инфекционный мононуклеоз; аденовирусная инфекция, острая ВИЧ-инфекция, бруцеллез псевдотуберкулез, сепсис; чума, туляремия (бубоны); ангина);

- ✓ *пневмония* (орнитоз, Ку-лихорадка, легионеллез, легочная форма чумы; туберкулез; вторичная пневмония - осложнения гриппа, ОРВИ и других инфекций);
- ✓ отсутствие значимого эффекта от приема жаропонижающих средств (исключение: грипп и ОРВИ).

При проведении **дифференциальной диагностики** инфекционных заболеваний с синдромом лихорадки необходимо исключить наличие:

- ✓ сепсиса (обнаружение первичного очага инфекции (клинически или анамнестически), наличие выраженного синдрома интоксикации, фебрильная лихорадка с повторными ознобами, сыпь, увеличение печени и селезенки, признаки метастатического поражения органов и тканей, и др.);
- ✓ туберкулеза (фебрильная лихорадка характерна для милиарного, внелегочного туберкулеза); целенаправленно тщательно собрать анамнез жизни и эпидемиологический анамнез;
- ✓ инфекционно-воспалительных очагов (холангит, пиелонефрит, аднексит, синусит, поддиафрагмальный абсцесс и др.);
- ✓ лихорадки неинфекционного генеза (системные заболевания соединительной ткани, злокачественные опухоли, лимфопролиферативные заболевания, тепловой удар и др.).

На основании клинических, анамнестических и эпидемиологических данных сформулировать **предварительный нозологический диагноз**; при невозможности предположить этиологию заболевания допускается диагноз «Лихорадка неясного происхождения».

Оценить **степень тяжести заболевания** с учетом сопутствующей патологии, возраста пациента.

Выявить **осложнения заболевания**.

Определить **показания к госпитализации** больного (клинические и эпидемиологические) и условия транспортировки.

Определить **необходимость оказания реанимационной помощи и ее объем**.

При инфекционных заболеваниях, сопровождающихся фебрильной лихорадкой, относительно частым осложнением является **инфекционно-токсический шок (ИТШ)**. Это разновидность шока, при котором пусковым фактором служит инфекция, приводящая к системным реакциям организма,

сопровождаящимися тяжелыми расстройствами гемодинамики, нарушением микроциркуляции и перфузии тканей кровью.

ИТШ осложняет инфекционные заболевания преимущественно бактериальной природы, но возможно и другой этиологии (вирусной, риккетсиозной, протозойной). Высокий риск развития ИТШ имеют генерализованные инфекции, сопровождающиеся бактериемией (менингококковая инфекция, брюшной тиф, чума и др.). Важная роль в патогенезе ИТШ отводится микробным токсинам (чаще эндотоксинам, реже – экзотоксинам), определяющим развитие патогенетического каскада шока. Возможно развитие шока при локализованных инфекциях (дифтерия, дизентерия), при которых токсины в кровь поступают из первичного очага.

Клинические проявления стадий ИТШ представлены в табл.3.

Таблица 3. Диагностические признаки стадий инфекционно-токсического шока

Клинические признаки	Стадии инфекционно-токсического шока		
	I (ранняя, компенсированная)	II (выраженная, субкомпенсированная)	III (поздняя, декомпенсированная)
Температура тела	Высокая фебрильная, гиперпирексия; м.б. потрясающий озноб	Гипотермия (субнормальная температура тела, возможно критическое снижение)	Гипотермия (ниже 36 °С)
Артериальное давление (АД)	Нормальное с низким пульсовым давлением; м.б. умеренная гипотензия	Снижение систолического давления до 90 мм рт.ст. и ниже	Критическое падение систолического давления (ниже 50 мм рт.ст.)
Пульс	Тахикардия, не соответствующая степени повышения температуры тела	Тахикардия нарастает (более 100 уд/мин), пульс слабого наполнения, м.б. аритмия	Дальнейшее увеличение частоты пульса, пульс м.б. нитевидным
Шоковый индекс (отношение частоты сердечных сокращений в минуту к величине систолического давления)	0,7 – 1,0	1,0 – 1,4	1,5 и выше
Сознание	Беспокойство, возбуждение, м.б. подавленность, тревожность	Заторможенность, апатия	Спутанное сознание, сопор, кома
Жалобы, связанные с интоксикацией	Миалгии, головная боль, боли в животе, пояснице + жалобы, обусловленные нозологической формой	—	—

Кожные покровы	Кожа обычной окраски, теплая сухая; м.б. бледная - «бледная гипертермия» или гиперемирована. Возможна геморрагическая сыпь как признак нозологической формы (менингококкемия, ГЛПС, лептоспироз)	Кожа бледная холодная, влажная; акроцианоз; кровоизлияния в кожу (и слизистые оболочки) – ДВС-синдром	Кожа холодная с землистым оттенком, диффузный цианоз; цианотичные пятна на туловище и конечностях; кровоизлияния в кожу (и слизистые оболочки) – ДВС-синдром
Частота дыхания	Дыхание учащенное	Усиление одышки, дыхание с участием вспомогательных мышц	Усиление одышки, аритмия дыхания
Снижение темпа мочеотделения	Менее 25 мл/ч	Менее 1,0 мл/ч	Анурия

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

Отдельные нозологические формы

Брюшной тиф

Брюшной тиф (возбудитель – бактерия *Salmonella enterica* серотип *typhi*) — острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией, бактериемией, увеличением печени и селезенки, поражением лимфатического аппарата кишечника (преимущественно тонкой кишки).

Опорные клинические признаки:

- постепенное начало заболевания (постепенно и неуклонно повышается температура тела и одновременно усиливается интоксикация);
- высокая (фебрильная) лихорадка к 5 – 7-му дню заболевания;
- головная боль в сочетании с бессонницей;
- вялость, заторможенность;
- при тяжелой форме возможна оглушенность, спутанность сознания;
- относительная брадикардия;
- язык утолщен, кончик свободен от налета;
- бледность кожи, скудная розеолезная сыпь (с 7 дня болезни);
- увеличение печени и селезенки (к 5–7 дню болезни);
- укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области (симптом Падалки);
- вздутие живота.

К наиболее опасным *осложнениям* относят кишечное кровотечение, перфорацию кишки, ИТШ, инфекционно-токсический миокардит.

Эпидемиологический анамнез: следует установить в течение 1 – 1,5 месяцев до начала заболевания возможный контакт с больными брюшным тифом или

лихорадящими больными; пребывание в регионе с высоким уровнем заболеваемости острыми кишечными инфекциями (низкий санитарно-гигиенический уровень, жаркий климат; дефекты водоснабжения, неисправности канализационной системы) и т.п. Источником инфекции является больной человек или бактерионоситель, пути передачи инфекции – водный, пищевой, контактно-бытовой.

На вызове: обязательная госпитализация в инфекционный стационар, транспортировку осуществляют на носилках.

При подозрении на кишечное кровотечение или перфорацию язвы кишки показана срочная госпитализация, бережная транспортировка, холод на живот (пузырь со льдом).

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС)

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (возбудители – арбовирусы, относящиеся к роду *Hantavirus*, чаще – вирусы *Hantaan*, *Puumala*) — острая природно-очаговая инфекция, протекающая с интоксикационным и геморрагическим синдромами, поражением почек и других органов.

Опорные клинические признаки:

- острое начало;
- высокая (фебрильная) лихорадка с выраженной интоксикацией;
- боль в поясничной области, снижение диуреза;
- последовательное развитие олигоанурического и полиурического периодов заболевания;
- гиперемия лица, шеи, инъекция сосудов склер и конъюнктив;
- геморрагическая сыпь, кровоизлияния в склеры, кровотечения.

Осложнения: ИТШ, острая почечная недостаточность, отек легких, разрыв почки, кровоизлияния в мозг, надпочечники, миокард и другие органы, кровотечения, вторичные пневмонии.

Эпидемиологический анамнез: пребывание в природных очагах ГЛПС за 1 – 7 недель до начала заболевания; источниками инфекции для человека служат животные (преимущественно грызуны); уточнить возможность контактного пути заражения - профессиональная деятельность больного, связанная с контактом с инфицированными объектами внешней среды (водой, почвой), реже – с больными животными; воздушно-пылевого пути - вдыхание пыли с выделениями грызунов; алиментарного - употребление в пищу продуктов и воды, которые могут быть загрязнены выделениями грызунов.

На вызове: больные ГЛПС подлежат госпитализации в инфекционный стационар, при невозможности в случаях, осложненных ОПН — в любой стационар, где есть условия для проведения гемодиализа. Транспортировка пациентов должна быть осторожной, на носилках с матрацем (предупреждение усиления болевого синдрома, нарушения гемодинамики, развития спонтанных субкапсульных разрывов коркового вещества почки и кровоизлияния в околопочечную клетчатку).

Грипп

Грипп (возбудители – вирусы рода *Influenzavirus. serотипы А, В, С*) — острая инфекция, характеризующаяся лихорадкой, выраженными симптомами интоксикации и воспалением слизистой оболочки верхних дыхательных путей с преобладанием трахеита.

Опорные клинические признаки:

- острое начало заболевания;
- высокая лихорадка, повышение температуры тела в первые часы/сутки заболевания;
- выраженная интоксикация (сильная головная боль, боль в глазных яблоках, боли в мышцах);
- першение в горле, саднение за грудиной, сухой болезненный кашель (трахеит).

При тяжелой форме:

- менингеальные симптомы (менингизм),
- геморрагический синдром (петехиальная сыпь на коже, слизистых оболочках, носовые кровотечения, возможно кровохарканье).

Осложнения: острая дыхательная недостаточность, острая сердечнососудистая недостаточность с развитием отека легких, ИТШ, отек-набухание головного мозга; часто вторичные инфекции — пневмонии, синуситы, отит. Грипп может вызвать обострение имеющихся у больного хронических заболеваний.

Эпидемиологический анамнез: контакт с больным гриппом или с внезапно заболевшим лихорадящим больным в течение предполагаемого инкубационного периода (1 - 3 дня); пребывание в регионе с высокой заболеваемостью гриппом в пределах инкубационного периода заболевания; учитывается осенне-зимний сезон подъема заболеваемости.

На вызове: обязательная госпитализация беременных, лиц пожилого и старческого возраста, больных с тяжелой сопутствующей патологией. При транспортировке следить за проходимость дыхательных путей, проводить аспирацию слизи и мокроты.

При оказании помощи больному гриппом персоналу рекомендуется пользоваться средствами индивидуальной профилактики (маски).

Дифтерия

Дифтерия (возбудитель – бактерия *Corynebacterium diphtheriae*) — острое инфекционное заболевание, характеризующееся фибринозным воспалением преимущественно слизистых оболочек с образованием пленчатого налета, явлениями интоксикации, поражением сердечнососудистой, нервной систем, почек.

Опорные клинические признаки дифтерии ротоглотки:

- фебрильная лихорадка, при токсической форме – высокая;
- умеренная боль в горле при глотании;

- гнусавый голос;
 - умеренная с цианотичным оттенком гиперемия слизистой оболочки ротоглотки;
 - отечность миндалин и окружающих тканей;
 - **пленчатый фибриновый налет** - плотный грязно-серый с четко очерченными краями, выступает над поверхностью миндалин, с трудом снимается с кровоточивостью подлежащей слизистой оболочки:
 - ✓ - *локализованная форма* – налет на миндалинах (пленчатая - миндалины полностью покрыты налетом; островчатая – налеты в виде плотных островков белого или серовато-белого цвета);
 - ✓ - *распространенная и токсическая формы* – налет распространен за пределы небных миндалин на небные дужки, мягкое и твердое небо, стенки глотки;
 - отек шейной клетчатки (безболезненный, тестоватой консистенции) – признак *токсической формы* дифтерии (I, II, III степени):
 - *I степени* - отек до середины шеи,
 - *II степени* - до ключиц,
 - *III степени* - распространяется ниже ключиц;
 - кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки – *при геморрагической форме*.
- Опорные клинические признаки дифтерии гортани (дифтерийного крупа):*
- хриплый, сиплый или беззвучный голос;
 - «лающий» или беззвучный кашель;
 - одышка, сопровождающаяся чувством нехватки воздуха, шумное дыхание, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, втяжение податливых частей грудной клетки;
 - цианоз,
 - асфиксия - может наступить мгновенно;
 - тахикардия;
 - лихорадка субфебрильная (или нормальная температура тела).

Осложнения дифтерии: миокардиты; параличи и парезы; стеноз гортани (ОДН); токсический нефроз; ИТШ.

Эпидемиологический анамнез: контакт с больным дифтерией или пребывание в эпидемическом очаге дифтерии в сроки инкубационного периода (за 2 – 10 дней до начала заболевания); отсутствие прививки от дифтерии. Сезонные подъемы заболеваемости наблюдаются в осенне-зимний период.

На вызове: больных дифтерией госпитализируют в инфекционный стационар. При распространенной и токсической формах дифтерии ротоглотки и дифтерийном крупе — транспортировка на носилках. При дифтерии дыхательных путей — ингаляция увлажненного кислорода через носовые катетеры, по показаниям интубация трахеи, трахеостомия, ИВЛ.

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).

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 осложненными формами заболевания, длительной лихорадкой и интоксикацией.

Клещевой энцефалит

Клещевой энцефалит (возбудитель – вирус клещевого энцефалита из семейства *Flaviviridae*, рода *Flavivirus*) — природно-очаговая инфекция, преимущественно передающаяся иксодовыми клещами, протекающая обычно с лихорадкой и поражением центральной нервной системы: синдромами менингита, энцефалита, миелита или их сочетанием.

При манифестном течении различают лихорадочную, менингеальную, энцефалитическую, менингоэнцефалитическую, менингоэнцефалополиомиелитическую, полирадикулоневритическую формы болезни.

Опорные клинические признаки:

- лихорадка (фебрильная): острое быстрое повышение температуры тела до 39 – 41 °С;
- общая слабость, недомогание, сильная головная боль;
- миалгии;
- гиперемия и одутловатость лица, шеи и верхней части груди;
- инъекция сосудов конъюнктивы;
 - ✓ *лихорадочная форма:*
 - лихорадка 2 – 5(6) дней;
 - интоксикация;
 - ✓ *менингеальная форма* - серозный менингит и интоксикация:
 - рвота; светобоязнь и гиперестезия, упорная головная боль;

- ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского и др.;
- ✓ *энцефалитическая форма* (очаговое или диффузное поражение головного мозга):
 - признаки пареза черепных нервов (лицевого, глазодвигательного, языкоглоточного, диафрагмального и других черепных нервов);
 - нарушение сознания (вплоть до комы),
 - двигательное возбуждение, судороги;
 - гемипарезы, гемиплегии;
 - нарушения дыхания, гемодинамики;
 - менингеальный синдром (менингоэнцефалитическая форма);
- ✓ *полиомиелитическая форма (менингоэнцефалоплиомиелитическая)*:
 - слабость, онемение в конечностях;
 - вялые параличи мышц шеи, плечевого пояса, верхних конечностей, межрёберных мышц, диафрагмы;
 - атрофия мышц;
- ✓ *полирадикулоневритическая форма*:
 - парестезии, невралгии и парезы различных групп скелетных мышц и диафрагмы;
 - корешковые симптомы, болезненность мышц и нервов;
 - нарушение функции тазовых органов.

Эпидемиологический анамнез: указание на нападение иксодовых клещей (присасывание, раздавливание, удаление) при посещении лесов, лесопарков, преимущественно в весенне-летний период в пределах инкубационного периода от 3-х до 21 дня (в среднем 10 – 14 дней). Употребление в пищу сырого козьего (реже – коровьего) молока.

Осложнения: отек мозга, острая дыхательная недостаточность.

На вызове: больные клещевым энцефалитом подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар или стационар с наличием отделения интенсивной терапии. При транспортировке больных тяжелыми формами необходимо предупреждение аспирации рвотных масс, воды; поддержка дыхания.

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);
- желтуха;
- увеличение печени и селезенки;
- менингит;
- геморрагический синдром (геморрагическая сыпь на коже, кровоизлияния в склеры, желудочно-кишечные, носовые кровотечения).

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;
- постепенное развитие желтухи, сочетающейся с бледностью кожных покровов;
- рецидивирующее течение.

Осложнения:

- при тропической малярии у неиммунных лиц — энцефалопатия вплоть до комы, острая почечная недостаточность, острая печеночная недостаточность, сердечно-легочная недостаточность, массивный геморрагический синдром, острый внутрисосудистый гемолиз с возникновением гемоглобинурии;
- при четырехдневной малярии — нефротический синдром с прогрессирующей почечной недостаточностью;
- при трехдневной и ovale-малярии — 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.

Менингококковая инфекция

Менингококковая инфекция (возбудитель — менингококк *Neisseria meningitidis*) — острое антропонозное заболевание, протекающее с разнообразием клинических форм — от бактерионосительства и назофарингита до гнойного менингита, менингоэнцефалита и сепсиса.

К генерализованным формам относят менингококковый сепсис (менингококкемия), менингит (гнойный), менингоэнцефалит; смешанные (менингококкемия + менингит или менингоэнцефалит).

Опорные клинические признаки генерализованных форм:

- острое с ознобом повышение температуры тела;
- высокая фебрильная лихорадка (до 39 – 40°С и более);
 - *менингококковый менингит:*
 - интенсивная нарастающая мучительная головная боль, не купируемая анальгетиками;

- повторная рвота без предшествующей тошноты, не приносит облегчения;
- резкая общая слабость;
- фотофобия (светобоязнь), гиперакузия (болезненные ощущения при восприятии звуков), тактильная гиперестезия;
- возможно психомоторное возбуждение, сменяющееся заторможенностью и нарушением сознания;
- кожа лица и шеи гиперемирована, часто – герпетические высыпания;
- менингеальные симптомы: ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского и др.;
- вынужденная поза больного в кровати - лежа на боку с запрокинутой головой и согнутыми руками и ногами («поза легавой собаки»).

- При *менингоэнцефалите* дополнительно:

- очаговые неврологические симптомы,
- судороги,
- нарушение гемодинамики;
- расстройства дыхания.

- *Менингококкемия (менингококковый сепсис):*

- высокая фебрильная лихорадка,
- выраженный интоксикационный синдром
- кожа бледная, цианоз;
- геморрагическая сыпь: появляется на коже нижних, затем верхних конечностей, позднее и на туловище; крупные элементы сыпи неправильной (звездчатой) формы, плотные на ощупь, иногда выступают над уровнем кожи, в центре быстро развивается некроз; могут быть некрозы кончиков пальцев кистей и стоп, ушных раковин и т.п.

- *Молниеносная форма менингококкемии:*

- острейшее внезапное начало;
- бурное развитие с признаками инфекционно-токсического шока;
- обильная геморрагическая сыпь с тенденцией к слиянию (багрово-цианотичные пятна);
- судороги;
- протрация, потеря сознания.

Осложнения: ИТШ, отек-набухание головного мозга (с дислокацией), острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауса-Фридериксена), эпендиматит (вентрикулит).

Эпидемиологический анамнез: контакт с больным любой формой менингококковой инфекции или пребывание в очаге в сроки инкубации (2 – 10 дней). Воздушно-капельный путь передачи.

На вызове: больные менингококковой инфекцией подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар и помещаются в боксы или полубоксы.

При генерализованных формах инфекции лечебные мероприятия носят неотложный характер. В связи с угрозой стремительного развития опасных

осложнений их следует начать лечить еще на догоспитальном этапе (см. Лечение на догоспитальном этапе) и продолжить в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Чума

Чума (возбудитель – энтеробактерия *Yersinia pestis*) — острое природно-очаговое заболевание, характеризующееся тяжелой интоксикацией, поражением лимфатических узлов, легких, других органов, способностью к септическому течению. Это инфекция, подпадающая под действие Международных медико-санитарных правил и подлежащая международному санитарно-эпидемиологическому надзору.

Различают кожную, бубонную, кожно-бубонную; первично-септическую, вторично-септическую, первично-легочную, вторично-легочную формы чумы.

Опорные клинические признаки:

- внезапное начало заболевания с сильного озноба, повышения температуры тела до 39 – 40°С;
- на фоне высокой фебрильной лихорадки выраженная интоксикация:
 - ✓ боли в мышцах, мучительная головная боль и головокружение;
 - ✓ беспокойство, суетливость, бред, галлюцинации, может быть заторможенность;
 - ✓ нарушение координации движения, смазанная, неразборчивая речь;
 - ✓ геморрагический синдром: кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки глаз, ротоглотки; кровавая рвота;
 - ✓ снижение артериального давления, тахикардия.

- *бубонная форма чумы (наиболее частая)*

- наличие бубона – увеличение одного или нескольких лимфатических узлов (паховых, шейных, подмышечных), спаянных с подкожной клетчаткой; неподвижное опухолевидное образование плотной консистенции с нечеткими контурами, резко болезненное; кожа над бубоном напряжена, красного или багрово-синюшного цвета; возможен прорыв бубона с образованием свища и истечением гноя с высокой концентрацией возбудителя;

- сильная боль в области бубона заставляет больного принимать вынужденные позы (согнутая нога, отведенная в сторону рука).

- *кожная форма*

- болезненные некротические язвы, фурункулы, карбункулы;
 - часто с бубоном в области регионарных лимфатических узлов (*кожно-бубонная форма*).

- *септическая форма*

- резкое повышение температуры тела до высоких фебрильных цифр;
- возбуждение, бред, возможны признаки менингоэнцефалита;
- геморрагический синдром, проявляющийся кровоизлияниями в кожу и слизистые оболочки; кровотечениями;
- прогрессивное ухудшение состояния, раннее развитие ИТШ;
- наличие бубонов (*вторично-септическая форма* как осложнение бубонной).

- *легочная форма:*

- развитие молниеносное;
- стремительно нарастает интоксикация (лихорадка, озноб, головная боль, рвота, часто – бред),
- режущие боли в груди,
- одышка;
- тахикардия;
- кашель с мокротой: вначале прозрачная, стекловидная, вязкая, затем становится пенистой, кровянистой;
- наличие бубонов (*вторично-легочная форма* как осложнение бубонной);
- геморрагический синдром;
- признаки ИТШ;
- прогрессирующая острая дыхательная недостаточность.

Осложнения: ИТШ (включая бубонную форму), острая дыхательная недостаточность, массивный геморрагический синдром (кровотечения), менингоэнцефалит.

Эпидемиологический анамнез: пребывание в природных очагах чумы (геологоразведочные экспедиции, археологические раскопки и т.п.; обработка шкур промысловых животных; употребление в пищу зараженного верблюжьего мяса; контакт с больными чумой), пребывание в районах и странах, неблагополучных по заболеваемости чумой, в сроки инкубации – до 6 дней.

Источник и резервуар инфекции – грызуны; механизм заражения – трансмиссивный, переносчик – блоха. Возможны контактный и пищевой пути заражения. Источником инфекции может быть человек — больной легочной формой (путь воздушно-капельный) или бубонной формой чумы (при непосредственном контакте с гнойным содержимым бубона).

На вызове: при генерализованных формах инфекции и осложненной бубонной форме лечебные мероприятия носят неотложный характер. При развитии осложнений лечение начинают на догоспитальном этапе (см. Лечение на догоспитальном этапе) и продолжают в отделении реанимации и интенсивной терапии.

В случае подозрения на чуму больные подлежат строгой изоляции и обязательной госпитализации в инфекционный стационар. Тактика оказания помощи больным строится согласно соответствующим федеральным и региональным инструкциям и рекомендациям.

Сыпной тиф (болезнь Брилла-Цинссера)

Сыпной тиф (возбудитель – *Rickettsia prowazekii*) – острая антропонозная инфекция с трансмиссивным механизмом передачи, характеризующаяся развитием генерализованного васкулита и проявляющаяся тяжелой интоксикацией, фебрильной лихорадкой, розеолезно-петехиальной сыпью, поражением нервной системы.

Болезнь Брилла-Цинссера – рецидив сыпного тифа, возникающий через многие годы после первичного заболевания, характеризуется относительно легким течением, но типичными для сыпного тифа клиническими проявлениями.

Опорные клинические признаки:

- подъем температуры тела до 39-40°C в течение 2 - 3-х дней;
- мучительная нестерпимая головная боль;
- бессонница;
- беспокойство, эйфория, возбуждение, раздражительность;
- нарушение сознания – нарушение ориентировки во времени и пространстве, торопливая смазанная речь, приступы буйства, делирий (при тяжелой форме);
- одутловатость, гиперемия лица, блестящие глаза, инъекция сосудов склер («кроличьи глаза»); кровоизлияния в конъюнктиву;
- сыпь розеолезная и петехиальная на коже груди, боковых поверхностях туловища, спины, сгибательных поверхностях конечностей;
- менингеальный синдром (ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского);
- тремор языка, невозможность высунуть язык за пределы нижних зубов, его толчкообразные движения (симптом Говорова-Годелье);
- сглаженность носогубной складки, нистагм;
- тахикардия, снижение артериального давления;
- увеличение печени и селезенки.

Осложнения: острая сердечно-сосудистая недостаточность, психоз, пролежни, тромбозы, тромбофлебиты.

Эпидемиологический анамнез: контакт с больным сыпным тифом или болезнью Брилла-Цинссера; при наличии педикулеза - контакт с больным с высокой лихорадкой не установленной этиологии. Инкубационный период 6 - 25 дней. Для болезни Брилла-Цинссера – указание на перенесенный в прошлом сыпной тиф.

На вызове: больные с подозрением на сыпной тиф или болезнь Брилла-Цинссера подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар и помещаются в боксы или полубоксы. Транспортировка щадящая, на носилках, наблюдение за поведением больного.

Лихорадка Западного Нила

Лихорадка Западного Нила (возбудитель - вирус Западного Нила, рода *Flavivirus* семейства *Flaviviridae*, группа В) - острое трансмиссивное заболевание,

характеризующееся лихорадкой, серозным менингитом (энцефалитом), системным поражением слизистых оболочек и полилимфаденитом.

Опорные клинические признаки:

- быстрое повышение температуры тела до 38-40°C, озноб;
- продолжительность лихорадки в среднем 5-7 дней;
- ремитирующий характер температурной кривой с периодическими ознобами и повышенной потливостью;
- выраженная интоксикация:
 - мучительная головная боль, боли в глазных яблоках;
 - распространенные мышечные боли (сильные в мышцах шеи и пояснице);
 - артралгии (без воспаления суставов);
 - многократная рвота (на высоте интоксикации);
 - резкая общая слабость, сохраняющаяся после снижения температуры тела;
- яркая гиперемия конъюнктив век (конъюнктивит) и инъекция сосудов склер (склерит);
- гиперемия кожи, редко – сыпь;
- гиперемия слизистых оболочек мягкого и твердого неба;
- увеличение периферических лимфатических узлов;
- умеренное увеличение печени и селезенки (в половине случаев);
- менингеальный синдром (серозный менингит в 50% случаев);
- рассеянная очаговая симптоматика (горизонтальный нистагм, асимметрия глазных щелей, снижение сухожильных рефлексов и др.).

Осложнения: отек мозга, острая дыхательная недостаточность (энцефалит), острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Эпидемиологический анамнез: указание на пребывание в тропических и субтропических регионах (Северная и Восточная Африка, Азия, часто – страны Средиземноморья, южные регионы России); сведения об укусах комаров или нападении клещей в пределах инкубационного периода – 2 - 3 недели (чаще 3-6 дней). Учитывается сезонность (сезон активности комаров). Источники и резервуары инфекции – птицы и грызуны.

На вызове: больные госпитализируются в инфекционный стационар по клиническим показаниям: лихорадка 39°C и выше; выраженная интоксикация, признаки менингита и/или энцефалита. Транспортировка на носилках, контроль за состоянием сердечно-сосудистой и дыхательной системы (оксигенотерапия, по показаниям – ИВЛ).

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 прострация, бред, психомоторное возбуждение;
- гиперемия и одутловатость лица, шеи, верхних отделов груди, «кроличьи глаза»; в разгар заболевания – бледность, цианоз;
- с 3–4 дня болезни появляется желтуха, усиливающаяся в разгар заболевания;
- увеличенная болезненная печень;
- геморрагический синдром – распространенные кровоизлияния в кожу, кровоточивость десен, носовые, желудочно-кишечные и другие кровотечения;
- тахикардия/брадикардия, артериальная гипотензия;
- олигурия или анурия.

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.

Лечение

Больному с фебрильной лихорадкой

• жаропонижающие средства (А, 1+): парацетамол 500 мг или метамизол натрия 500 мг показаны:

- ✓ при высокой температуре тела ($\geq 39^{\circ}\text{C}$);
- ✓ при температуре тела $\geq 38^{\circ}\text{C}$ - пациентам пожилого возраста, больным с сопутствующими заболеваниями, при

индивидуальной плохой переносимости лихорадки;

- пузырь со льдом к голове и крупным сосудам (D, 3);
- при тяжелой интоксикации - инфузионная дезинтоксикационная терапия (раствор декстрозы 5%, раствор натрия хлорида 0,9%, натрия хлорида раствор сложный [калия хлорид+кальция хлорид+натрия хлорид], другие кристаллоидные растворы в объеме 400 – 500 мл) (A, 1+).

При признаках ИТШ (A, 1++):

- внутривенное введение кристаллоидных растворов (лактосол 500 мл и др.)
- или раствор натрия хлорида 0,9% 400 мл;
- при ИТШ II – III стадии — коллоидные растворы (декстран 400 мл);
- фуросемид 40 мг внутривенно струйно;
- преднизолон 120 мг внутривенно;
- по показаниям допамин 200 мг в 250 мл 0,9% раствора натрия хлорида (10-20 мкг/кг/мин) внутривенно медленно 5–8 капель в минуту;
- антибактериальная терапия соответственно предполагаемой нозологической форме; при невозможности предположить этиологию заболевания — антибиотики широкого спектра действия.

При отеке-набухании головного мозга (A, 1++):

- преднизолон 60 – 120 мг внутримышечно;
- фуросемид 80 мг внутривенно;

При судорогах, психомоторном возбуждении (A, 1++):

- магния сульфат– 25% раствора 4-8 мл (1-2 г) внутривенно;
- раствор магния сульфата в ампулах разбавляют инъекционными растворами: 0,9% натрия хлорида или 5% декстрозы;
- диазепам – 10 - 20 мг (0,5% раствор 2–4 мл внутримышечно);
 - метамизол натрия 2 мл 50% раствора внутримышечно.

При острой печеночной недостаточности:

•немедленная госпитализация, в случае нарушения сознания транспортировка больного проводится в положении на боку со слегка запрокинутой головой;

- дезинтоксикационная терапия (A, 1+):
 - внутривенное капельное введение 5% раствора декстрозы 800 мл с добавлением 10 ЕД инсулина 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.

Особенности оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при менингококковой инфекции, дифтерии, чуме, лихорадке Западного Нила

При генерализованной форме менингококковой инфекции (кроме менингококкемии):

- бензилпенициллин 3 млн ЕД внутримышечно, при позднем поступлении (более 1 суток) - 4 млн ЕД внутримышечно или внутривенно или цефтриаксон 2 г в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно (В, 2++);
- профилактика развития отека-набухания головного мозга (А, 1++):
 - ✓ преднизолон 60 мг внутримышечно;
 - ✓ фуросемид 40 мг внутримышечно.

При менингококкемии (менингококковом сепсисе):

- хлорамфеникол 2 г внутримышечно, внутривенно (В, 1++);
- при ИТШ — противошоковая терапия (А, 1++);
- при *острой недостаточности надпочечников (синдром Уотерхауса-Фридериксена)* противошоковые мероприятия дополняют введением глюкокортикостероидных гормонов с заместительной целью (В, 2++):
 - ✓ гидрокортизона гемисукцинат 100 – 150 мг внутривенно струйно;
 - ✓ гидрокортизона гемисукцинат 100 – 150 мг в 500 мл в равных количествах 0,9% раствора натрия хлорида и 5% раствора декстрозы внутривенно капельно в течение 3 – 4 часов со скоростью 40 – 100 капель в мин;
 - ✓ гидрокортизона ацетат (суспензия) 50 – 75 мг внутримышечно;
 - ✓ дезоксикортон (5 мг) 1 мл внутримышечно.

Гидрокортизон вводят внутривенно до купирования коллапса и повышения артериального давления выше 100 мм рт.ст.

При дифтерии:

- при ИТШ — противошоковая терапия (А, 1++);
- при *острой дыхательной недостаточности* (В, 2+):
 - ✓ ингаляция увлажненного кислорода через носовые катетеры;
 - ✓ при стенозе гортани и признаках ОДН II–III степени — интубация трахеи, трахеостомия (предпочтительна при нисходящем крупе).

При чуме:

лечение начинают немедленно, не ожидая лабораторного подтверждения диагноза (антибактериальная терапия после забора материала для бактериологического исследования);

- *бубонная форма* (В, 2+)
 - стрептомицин 500 мг внутримышечно;
 - или гентамицин 160 мг внутримышечно;
 - или цефтриаксон 2 г внутримышечно;
 - или цефотаксим 2 г внутримышечно

- *генерализованная форма* (легочная и септическая) (В, 2+)

- цефтриаксон 1 г и гентамицин 0,08 г внутримышечно или внутривенно; или ципрофлоксацин 0,2 г и цефтриаксон 1г внутривенно

При ИТШ – противошоковая терапия (А, 1++).

При острой дыхательной недостаточности (В, 2+):

- ✓ ингаляция кислородно-воздушной смеси;
- ✓ при ОДН II–III степени — интубация трахеи, трахеостомия, по показаниям – ИВЛ.

При лихорадке Западного Нила (С, 2-):

- при тяжелой менингоэнцефалитической форме – ингаляция кислородно-воздушной смеси;
- по показаниям – перевод на ИВЛ;
- помощь при отеке-набухании головного мозга.

Что нельзя делать

- Вводить бактерицидные средства при менингококковом сепсисе (опасность развития/прогрессирования инфекционно-токсического шока).
- Транспортировать больного брюшным тифом пешком, расширять двигательный режим (опасность прободения кишечной стенки).
- Проводить глубокую пальпацию живота больному брюшным тифом (опасность прободения кишечной стенки).
- Применять анальгин и аспирин при тяжелом течении гриппа (усугубление геморрагического синдрома).
- Назначать подросткам аспирин при подозрении на ОРВИ (риск развития синдрома Рейе).
- Требуется осторожности назначение жаропонижающих средств при гриппе (риск развития коллапса при высокой фебрильной лихорадке и гиперпирексии).
- Применять при дифтерии сердечные гликозиды.
- Назначать глюкокортикостероиды больному чумой без признаков ИТШ (угнетение фагоцитоза и замедление санации организма).

Дальнейшее ведение пациента

Показания к доставке в стационар больного с лихорадкой инфекционного генеза

1. Клинические:

- обязательная госпитализация пациентов с подозрением на лептоспироз, ГЛПС, малярию, дифтерию, менингококковую инфекцию, брюшной тиф;
- тяжелые и среднетяжелые формы заболевания с фебрильной лихорадкой и выраженной интоксикацией (например, грипп — при наличии менингизма, геморрагического синдрома, гиперпирексии);
- осложненные формы болезни;
- отсутствие эффекта от лечения на дому;

- лица с тяжелой сопутствующей патологией,
- пациенты пожилого и старческого возраста.

2. Эпидемиологические:

- инфекции, на которые распространяются Международные медико-санитарные правила (с соблюдением всех необходимых мероприятий для ограничения распространения этих инфекций с момента их выявления) — чума, желтая лихорадка, контагиозные геморрагические вирусные лихорадки;
- антропонозы с риском распространения инфекции (менингококковая инфекция, брюшной тиф, сыпной тиф);
- невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства (грипп).

При наличии показаний для госпитализации больного с подозрением на **инфекционное заболевание** 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.

Прогноз

Развитие инфекционно-токсического шока и других осложнений при лихорадках 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

Инфекции, сопровождающиеся лихорадкой, представлены большой группой бактериальных и вирусных 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 фебрильной лихорадкой поступает в СтОСМП с ошибочным диагнозом или с диагнозом «Лихорадка неясного происхождения».

Клинико-эпидемиологическая диагностика лихорадочных состояний в стационарном отделении скорой медицинской помощи аналогична проводимой на догоспитальном этапе.

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

Таблица 4. Основные методы верификации инфекций

<i>Нозологическая форма</i>	<i>Методы исследования</i>		
	<i>Материал для исследования</i>	<i>Экспресс-диагностика</i>	<i>Основные методы</i>
<i>Менингококковая инфекция</i>	Кровь, спинномозговая жидкость, носоглоточная слизь	Микроскопия мазка крови, спинномозговой жидкости — обнаружение диплококков	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя; РНГА, ИФА
<i>Брюшной тиф</i>	Кровь, кал, моча	—	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя; РНГА
<i>Чума</i>	Кровь, мокрота, пунктат бубона	Микроскопия мазка, специфическая люминесценция	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя; РНГА, ИФА, ПЦР
<i>Сыпной тиф</i> <i>болезнь Брилла-Цинссера</i>	Кровь	В конце первой недели: сыпной тиф - специфические IgM; болезнь Брилла-Цинссера - IgM и IgG методом ИФА, РНИФ	ИФА, РНИФ; нарастание титров специфических антител при исследовании парных сывороток РСК, РНГА;
<i>Легионеллез</i>	Плевральный экссудат, мокрота	—	ИФА, РИФ, ПЦР

<i>Лептоспироз</i>	Кровь, моча, спинномозговая жидкость	Бактериоскопия мазка крови, мочи, спинномозговой жидкости в темном поле - обнаружение лептоспир	Посев крови, мочи, спинномозговой жидкости с выделением лептоспир; РМА; ПЦР
<i>Грипп</i>	Слизь из носоглотки, мазки-отпечатки, кровь	РИФ, ПЦР, МФА	ПЦР, РСК, РНГА, ИФА
<i>Малярия</i>	Кровь из пальца, кровь из вены	Микроскопия толстой капли и тонкого мазка	Микроскопия толстой капли и тонкого мазка; ИФА
<i>Дифтерия</i>	Мазок из ротоглотки, носа, раны и т.д.	—	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя
	Кровь		РНГА, ИФА; выявление токсина в реакции латекс- агглютинации, ИФА, РН в культуре клеток
<i>ГЛПС</i>	Кровь	—	ИФА, НРИФ, ПЦР
<i>Инфекционны й мононуклеоз</i>	Кровь	Клинический анализ крови (атипичные мононуклеары)	ИФА, ПЦР (вирус Эпштейна-Барр)
<i>Клещевой энцефалит</i>	Спинномозговая жидкость, кровь	ИФА (IgM)	ПЦР, РСК, РПГА, ИФА
<i>Желтая лихорадка</i>		-	РСК, РНГА, РТГА в парных сыворотках; ИФА – обнаружение специфических IgM
<i>Лихорадка Западного Нила</i>	Кровь, спинномозговая жидкость	ПЦР, прямой метод флюоресцирую щих антител	ПЦР ИФА; РТГА, РСК, РА

Сенсус	Кровь, отделяемое из первичного очага, выделения больного (моча, мокрота)	Микроскопия мазка, окрашенного по Граму	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя
---------------	---	---	---

В условиях стационара проводятся лабораторные и инструментальные исследования, позволяющие уточнить диагноз и оценить тяжесть состояния больного.

Лабораторные методы исследования:

- клинический анализ крови, включая ретикулоциты и тромбоциты;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови с учетом предполагаемого диагноза:
 - ✓ аланинаминотрансфераза (АлАТ)
 - ✓ билирубин общий, фракции
 - ✓ протромбиновый индекс
 - ✓ общий белок
 - ✓ протеинограмма
 - ✓ щелочная фосфатаза
 - ✓ гаммаглутаминтранспептидаза (ГГТП)
 - ✓ 5- нуклеотидпептидаза (5-НУК)
 - ✓ креатинин, мочевины
 - ✓ амилаза
 - ✓ глюкоза
 - ✓ С-реактивный белок
 - ✓ ревматоидный фактор
- электролиты (K^+ , Na^+ , Cl^-);
- показатели кислотно-основного равновесия (по показаниям);
- копрограмма.

По показаниям инструментальное обследование:

- УЗИ брюшной полости, почек, сердца;
- ФГДС;
- рентгенография грудной клетки; костей черепа и пазух;
- компьютерная томография органов брюшной полости, грудной клетки, головного мозга;
- магнитно-резонансная томография.

По показаниям больному с фебрильной лихорадкой проводятся консультации различных специалистов.

Лечение

Режим и диета — в соответствии с нозологической формой и тяжестью состояния больного.

– **Этиотропная терапия:**

- ✓ антибактериальную терапию назначают исходя из предполагаемой этиологии заболевания;
 - ✓ при невозможности предположить этиологию заболевания — антибиотики широкого спектра действия в случаях тяжелой интоксикации и развитии или риске развития ИТШ;
 - ✓ при необходимости этиотропную терапию корректируют после получения результатов бактериологического исследования, анализа чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам и состояния больного.
- при *тяжелых формах гриппа* противовирусные средства (А, 1+):
 - римантадин: первые сутки 300 мг в три приема, на 2-е и 3-и сутки – 200 мг в два приема; на 4-е сутки 100 мг один раз (при инфекции, вызванной вирусом гриппа А);
 - осельтамивир по 150 мг в два приема 5 - 7 дней (при гриппе А и В).
 - при *малярии* этиотропную терапию начинают с момента выявления больного (А, 1++)
 - ✓ При *трехдневной, ovale- и четырехдневной* малярии в хлорохин чувствительном регионе:
 - хлорохин (делагил) 10 мг/кг основания внутрь; делагил 4 табл. на один прием в течение 1-го и 2-го дня лечения, 2 табл. на прием в 3-й день;
 - при тяжелом течении в первые сутки лечения препарат вводят внутривенно капельно в 5% растворе декстрозы или 0,9% растворе натрия хлорида; или внутримышечно по 10 мг/кг с интервалом 8 часов.
 - ✓ В хлорохин-резистентном регионе для *P. vivax*:
 - хинин (хинина сульфат) 10 мг/кг каждые 8 часов 3 дня и доксициллин 100 мг 1 раз в день 7 дней
 Для малярии, вызванной *P. vivax* или *P. ovale* добавить:
 - примахин 0,25 мг/кг (основания) в сутки 14 дней
 - ✓ При *тропической малярии* применяют:
 - мефлохин – внутрь 15 мг/кг основания в 2 приема: (1-й прием - 0,75 г, через 6 часов еще 0,25 – 0,5г);
 - ✓ При *тяжелых и осложненных формах тропической малярии*:
 - хинин – первая доза 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.
- хинидин (хинидина глюконат) 10 мг/кг (максимум 600 мг) в 250 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно в течение 1 - 2 часов, далее продолжить со скоростью 0,02мг/кг/мин.

Специфическая терапия:

- ✓ Антитоксин дифтерийный (сыворотка противодифтерийная лошадиная очищенная концентрированная) при *дифтерии* вводят в максимально ранние сроки от начала заболевания, после постановки внутрикожной пробы, дробно (десенсибилизация по методу Безредки) (А, 1++);
- ✓ при *клещевом энцефалите* — иммуноглобулин против клещевого энцефалита (6 – 9 мл в сутки внутримышечно в течение 3 дней) (А, 2+).

3. Дезинтоксикационная терапия:

- ✓ управляемая гемодилюция (А, 1++);
- ✓ энтеросорбция (D, 3)

4. Интенсивная терапия (А, 1++):

при развитии ИТШ, отека-набухания головного мозга — терапия в соответствии с протоколом в условиях ОРИТ.

5. Симптоматическая терапия:

- ✓ жаропонижающие средства (А, 1+);
- ✓ физические методы охлаждения (D, 3).

Особенности оказания скорой медицинской помощи на стационарном этапе при менингококковой инфекции, чуме и дифтерии

- При неосложненной генерализованной форме менингококковой инфекции (кроме менингококкемии):
 - бензилпенициллин 200-500 тыс. ЕД/кг (3 млн ЕД 8 раз в сутки внутримышечно;
 - или цефтриаксон 1 – 2 г в сутки внутривенно, внутримышечно) (В, 2++);
 - профилактика развития отека-набухания головного мозга (А, 1++):
 - преднизолон 5-20 мг/кг в сутки внутримышечно;
 - фуросемид 40-80 мг внутримышечно.
- При менингококкемии (*менингококковом сепсисе*):
 - хлорамфеникол 50 - 100 мг/кг в сутки внутривенно или внутримышечно 4 раза в день (для предотвращения реакции Яриша-Герксгеймера);
 - затем бензилпенициллин 500 тыс. ЕД/кг сутки (внутримышечно 8 раз в сутки) (В, 1++);

При позднем поступлении (более 1 суток), гнойном менингоэнцефалите, эпендиматите:

- бензилпенициллин калиевая соль 800-1200 тыс. ЕД/кг в сутки внутривенно или внутримышечно 8 раз в сутки (В, 1++);
- при ИТШ — противошоковая терапия в необходимом объеме в условиях ОРИТ (А, 1++);

➤ При острой недостаточности надпочечников противошоковые мероприятия дополняют введением гормонов с заместительной целью (А, 1++):

- гидрокортизона гемисукцинат 100 – 150 мг внутривенно струйно;
- гидрокортизона гемисукцинат 100 – 150 мг в 500 мл в равных количествах натрия хлорида 0,9% раствора и 5% раствора декстрозы внутривенно капельно в течение 3 – 4 часов со скоростью 40 – 100 капель в мин;
- гидрокортизона ацетат (суспензия) 50 – 75 мг внутримышечно 4 – 6 раз в сутки, постепенно уменьшая дозу и увеличивая интервал введения в течение 5 – 7 дней;
- дезоксикортон (5 мг) 1 мл внутримышечно 2 – 3 раза в первые сутки, 1 – 2 раза на второй день, постепенно снижая дозу в последующие дни.

Гидрокортизон вводят внутривенно до купирования коллапса и повышения артериального давления выше 100 мм рт.ст., затем продолжают внутримышечное его введение. В дальнейшем больного переводят на пероральное лечение преднизолоном и кортизоном.

➤ При дифтерии:

- антитоксин дифтерийный (противодифтерийная сыворотка) (А, 1++)
 - при локализованной форме вводят только при отрицательных результатах кожной пробы;
 - при среднетяжелой и тяжелой формах дифтерии ротоглотки, при дифтерии дыхательных путей вводят обязательно:
при положительной кожной пробе сыворотку вводят в условиях ОРИТ после предварительного введения глюкокортикостероидов и антигистаминных средств.

Доза сыворотки и способ введения (внутримышечно или внутривенно) зависит от клинической формы и тяжести течения заболевания.

- антибиотики широкого спектра действия:
 - бензилпенициллин – 100 тыс. ЕД/кг в сутки (1–2 млн. ЕД 6 раз в сутки внутримышечно) (А, 1+);
 - амоксициллин/клавулат 50 мг/кг в сутки за 3 приема внутрь; или внутривенно 1 г (по амоксициллину) 3 – 4 раза в сутки (А, 1+).
- при ИТШ — противошоковая терапия в необходимом объеме в условиях ОРИТ (А, 1++);
- при острой дыхательной недостаточности (В, 2+):
 - лечение в условиях ОРИТ;

- ингаляция увлажненного кислорода через носовые катетеры;
- при стенозе гортани и признаках ОДН II–III степени — интубация трахеи, трахеостомия (предпочтительна при нисходящем крупе), по показаниям — перевод на ИВЛ.
- при тяжелых полирадикулоневритах — ИВЛ.

➤ *При чуме:*

Лечение начинают немедленно, не ожидая лабораторного подтверждения диагноза (антибактериальная терапия после забора материала для бактериологического исследования):

- *бубонная форма (В, 2+)*

- стрептомицин 30 мг/кг в сутки, (2 раза в день внутримышечно);

или

- гентамицин 5 мг/кг в сутки (3 раза в день внутримышечно);

- цефтриаксон 2 г 1 раз внутримышечно;

- доксициклин 0,2 г 2 раза в 1-й день, затем 0,1 г 2 раза в день внутрь или внутривенно

- *генерализованная форма (легочная и септическая) (В, 2+)*

- цефтриаксон 1 г и гентамицин 0,08 г 2 раза в день внутримышечно или внутривенно;

или ципрофлоксацин 0,2 г и цефтриаксон 1 г 2 раза в день внутривенно.

При ИТШ – противошоковая терапия (А, 1++).

При острой дыхательной недостаточности (В, 2+):

- ингаляция кислородно-воздушной смеси;

- при ОДН II–III степени — назо- или оротрахеальная интубация, трахеостомия, по показаниям – ИВЛ.

Что нельзя делать

- Вводить бактерицидные средства при менингококковом сепсисе (опасность развития/прогрессирования инфекционно-токсического шока).
- Транспортировать больного брюшным тифом пешком, расширять двигательный режим (опасность прободения кишечной стенки).
- Проводить глубокую пальпацию живота больному брюшным тифом (опасность прободения кишечной стенки).
- Применять анальгин и аспирин при тяжелом течении гриппа (усугубление геморрагического синдрома).
- Назначать подросткам аспирин при подозрении на ОРВИ (риск развития синдрома Рейе).
- Требуется осторожности назначение жаропонижающих средств при гриппе (риск развития коллапса при высокой фебрильной лихорадке и гиперпирексии).
- Применять при дифтерии сердечные гликозиды.
- Назначать глюкокортикостероиды больному чумой без признаков ИТШ (угнетение фагоцитоза и замедление санации организма).

Дальнейшее ведение пациента

При выявлении инфекционного заболевания на госпитальном этапе необходимо временно поместить больного в инфекционный изолятор, осуществить забор материала от больного для специфической диагностики, начать терапию в соответствии с нозологией и, при наличии показаний для лечения в условиях стационара, направить больного в инфекционную больницу или инфекционное отделение многопрофильного стационара.

Показания к переводу больного в инфекционную больницу или инфекционное отделение многопрофильной больницы

1. Клинические:

- подозрение на лептоспироз, ГЛПС, малярию, дифтерию, менингококковую инфекцию, брюшной тиф, клещевой энцефалит, сыпной тиф или болезнь Брилла-Цинссера;
- среднетяжелые и тяжелые формы инфекционного заболевания;
- осложненные формы инфекционного заболевания;
- инфекционные заболевания у лиц с тяжелой сопутствующей патологией;
- инфекционные заболевания у лиц пожилого и старческого возраста.

2. Эпидемиологические:

- инфекции, на которые распространяются Международные медико-санитарные правила (с соблюдением всех необходимых мероприятий для ограничения распространения этих инфекций с момента их выявления) — чума, желтая лихорадка, контагиозные геморрагические вирусные лихорадки;
- антропонозы с риском распространения инфекции (менингококковая инфекция, брюшной тиф, сыпной тиф);
- невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства (грипп).

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

При чуме (выявление или подозрение) стационар, принимающий больного (или больных), перестраивает свою работу на строгий противоэпидемический режим. Медицинские работники переводятся на казарменное положение, вакцинируются, получают химиопрофилактику (доксициклин), работают в противочумных костюмах.

Больному дифтерией в период пребывания в стационарном отделении скорой медицинской помощи необходимо провести внутрикожную пробу с разведенной противодифтерийной сывороткой (документально зафиксировать время постановки пробы, серию сыворотки). В случае промедления с переводом больного в инфекционное отделение/стационар — оценить результат

внутрикожной пробы, ввести первые дозы противодифтерийной сыворотки (в/в, в/м) в условиях СтОСМП.

Больные лептоспирозом, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом при развитии острой почечной недостаточности могут получать лечение в неинфекционном стационаре, имеющем возможность проводить гемодиализ.

Больных тяжелыми формами клещевого энцефалита при наличии показаний допустимо госпитализировать в отделение реанимации и интенсивной терапии многопрофильного стационара.

Прогноз

Развитие инфекционно-токсического шока и других осложнений при лихорадках 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++
Д	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+