**Лекция № 16**

**Тема:** **«Оказание медицинской помощи пациентам с малярией, ГЛПС»**

**Малярия**, известная также под названиями «болотная лихорадка», «перемежающаяся лихорадка», «пароксизмальная малярия», острое инфекционное заболевание, вызываемое простейшими рода Plasmodium и передаваемое при укусе комара, характеризующееся повторяющимися приступами лихорадки и периодами нормальной температуры.

Она широко распространена в теплых и влажных регионах со среднегодовой температурой 16° С и выше, встречается также в зонах более умеренного климата и совсем отсутствует в приполярных областях. Заболевание наносит серьезный экономический ущерб странам с тропическим и субтропическим климатом, лидируя среди всех заболеваний как основная причина нетрудоспособности и смертности населения.

**Этиология.** Малярию у человека вызывают в основном три вида плазмодиев: Plasmodium vivax (наиболее частый возбудитель), P. falciparum и P. malariae. Четвертый вид плазмодия, способный вызвать заболевание человека, – P. ovale – распространен лишь в некоторых районах Африки. Малярией болеют пресмыкающиеся и птицы, а также обезьяны и другие млекопитающие. Хотя передачи заболевания между далеко отстоящими биологическими видами животных, как правило, не происходит, один из типов малярии обезьян иногда передается человеку.

**Эпидемиология.** *Источник инфекции*: 1. Больной человек и 2.Паразитоноситель.

*Механизм передачи*: трансмиссивный. *Пути передачи:* 1. Трансмиссивный. 2.Парентеральный. *Фактор передачи:* самка комара рода Anopheles.

В США самая высокая заболеваемость малярией отмечалась на Юге, в особенности во Флориде и соседних штатах, а также в долинах Миссисипи и Ред-Ривер. К середине 1940-х годов заболевание практически исчезло. В конце 1960-х было вновь зарегистрировано довольно много случаев малярии, главным образом среди американцев, служивших во Вьетнаме. Малярия остается довольно распространенным заболеванием и во многих других регионах. В западном полушарии встречается в Вест-Индии, Мексике, Центральной Америке, в северных районах Южной Америки, особенно в долине Амазонки. Малярия представляет постоянную угрозу для многих районов Африки. Она распространена также на побережье Красного и Средиземного морей, на Балканах и Украине. Ежегодно сообщается о многочисленных случаях малярии в Юго-Восточной Азии, в Индии и на севере Австралии.

В малярийных местностях можно заражаться малярией по нескольку раз, так как малярия не дает стойкого иммунитета.

**Клиника.** Малярия характеризуется периодом острых приступов лихорадки (первичная атака), сменяющихся безлихорадочным периодом. У части нелеченных или недостаточно леченых больных лихорадка через 7-14 и более дней в течение 2-3 месяцев после прекращения первичной атаки возобновляется (ранние рецидивы).

После инкубационного периода различной длительности (от 1 до 6 недель в зависимости от вида возбудителя) у неиммунных больных может отмечаться продромальный период, характеризующийся познабливанием, головной болью, субфебрилитетом, недомоганием, миалгиями, иногда поносами (при тропической малярии). Следует помнить, что при трехдневной и овале-малярии возможна длительная инкубация (10-14 месяцев), что связано с наличием в клетках печени «спящих» форм паразита - гипнозоитов.

*Малярийный приступ (пароксизм)* протекает со сменой фаз: потрясающий озноб, жар, пот. В фазу озноба кожа бледная, холодная, шероховатая («гусиная») с цианотичным оттенком. Озноб продолжается от 10-15 минут до 2-3 часов и сопровождается очень быстрым подъемом температуры (до 39-40°С и выше). Усиливается головная и мышечная боль, появляется жажда, иногда рвота, бред. Лицо гиперемировано, кожа сухая, горячая на ощупь, тахикардия. Это стадия жара. Через несколько часов жар сменяется профузным потоотделением, температура тела критически падает до субнормальных цифр. Наступает *безлихорадочный период (апирексии).* Самочувствие улучшается, но остается слабость. При 3-х дневной малярии приступ повторяется через день, при 4-х дневной – через 2 дня. С каждым новым приступом нарастают симптомы анемии.

Длительность заболевания трехдневной малярией составляет 18-20 месяцев, тропической - 9-11 месяцев.

**Диагностика.** Наличие паразитов в крови является подтверждением диагноза малярии. Мазки и толстую каплю у больных малярией можно брать во всякое время дня и приступа, так как в крови больного малярией всегда имеются паразиты, но до начала лечения.

**Обследованию на малярию** подлежат лихорадящие больные с неустановленным диагнозом в течение 3 дней в эпидемический сезон и 5 дней в остальное время года; больные с продолжающимися периодическими подъёмами температуры тела, несмотря на проводимое лечение в соответствии с установленным диагнозом; реципиенты крови при повышении температуры тела в последние 3 мес после переливания; лица, проживающие в активном очаге, при любом повышении температуры тела.

**Дифференциально-диагностический** поиск при малярии проводят в зависимости от остроты клинических проявлений болезни и ее длительности. В первую очередь **малярия** дифференцируется от заболеваний, протекающих с длительной лихорадкой, увеличением печени, селезенки, возможным развитием анемии: брюшным тифом и паратифами, бруцеллезом, лептоспирозом, сепсисом, лимфогранулематозом. В первые 5 суток с момента заболевания частым ошибочным диагнозом при малярии в неэндемичных регионах является грипп (или другие ОРВИ).

В тропических странах Южной Америки, Африки, Юго-Восточной Азии, Индии проводится дифференциальный диагноз малярии с геморрагическими вирусными лихорадками (желтая лихорадка, лихорадка денге и др.).

При церебральной форме малярии-falciparum дифференциальная **диагностика малярии**проводится с энцефалопатиями (комой), развивающимися при декомпенсированном сахарном диабете, печеночной и почечной недостаточностях, а также отеком и набуханием головного мозга при менингите или менингоэнцефалите бактериальной или вирусной этиологии.

**Лечение.**

Для лечения малярии используют различные препараты, которые могут предупреждать приступы малярии, быстро купировать симптомы начавшегося приступа или полностью уничтожить возбудителя. Среди них наиболее известны хлорохин, хинин, мефлохин, примахин и хинакрин гидрохлорид, выпускаемый также под названиями атабрин и акрихин. Лицам, планирующим путешествие или длительное проживание в эндемичных по малярии районах, рекомендуется регулярно принимать противомалярийные препараты, например хлорохин.

*Для лечения острых проявлений* малярии назначают гематоциды.

При обнаружении P.vivax, P.ovale, P.malariae назначают препараты из группы 4-аминохинолинов (хлорохин, нивахин, амодиахин и др.). Наиболее распространенный [препарат](http://apteka-ifk.ru/) хлорохин (делагил) назначают по следующей схеме: в 1-е сутки 10мг/кг основания (первая доза) и 5 мг/кг основания (вторая доза) с интервалом 6 часов, на 2-е и 3-е сутки — по 5мг/кг. Всего на курс 25мг/кг основания. Имеются отдельные сообщения о резистентности штаммов P./vivax к хлорохину в Бирме, Индонезии, Папуа-Новой Гвинее и в Вануату. В этих случаях лечение следует проводить хинином.

Хинин сульфат назначается в дозе 10мг/кг с последующим приемом препарата в той же дозе через 8 часов, далее по 10мг/кг один раз в сутки в течение 7-10 дней. Около 25-30% хинина выводится с мочой, 70-75% адсорбируется тканями (печень, селезенка, легкие, сердце, почки, надпочечники, мышцы, мозг). Если прием хинина per os невозможен(например при многократной рвоте), первая доза хинина назначается внутривенно. Если внутривенное введение также невозможно, проводят внутримышечные инъекции хинина с соблюдением мер предосторожности в связи с риском развития абсцессов.

Чтобы полностью вылечить *(предупреждение отдаленных рецидивов)* от малярии, вызванной P.vivax или P.ovale, по окончании курса гематоцидных препаратов применяют тканевой шизонтоцид — примахин. [Препарат](http://apteka-ifk.ru/) назначают в течение 14 дней в дозе 0.25 мг/кг основания в сутки. Штаммы P.vivax, резистентные к примахину, встречаются на островах Тихого океана и в странах Юго-Восточной Азии. В этих случаях можно рекомендовать принимать примахин в дозе 0.25 мг/кг в сутки в течение 21 дня. Прием примахина может вызвать развитие внутрисосудистого гемолиза у пациентов с дефицитом фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФД) эритроцитов. Таким больным при необходимости можно назначать альтернативную схему лечения примахином: 0.75 мг/кг в сутки 1 раз в неделю на протяжении 8 недель. Примахин также обладает гамонтотропным эффектом.

При лечении тропической малярии со «злокачественным течением» (тяжелое течение с развитием осложнений) применяют хинин в виде внутривенных медленных (в течение 4 часов) капельных вливаний. В этих случаях рекомендуется начинать лечение с дозы хинина 20 мг на 1 кг массы тела, в дальнейшем использовать дозу 10 мг/кг. В качестве вводимой жидкости применяют 5% раствор глюкозы. Интервал между внутривенными капельными вливаниями хинина — 8 часов. Суточная доза хинина не должна превышать 30 мг/кг. Такая терапия проводится до выхода больного из тяжелого состояния, после чего переходят на его пероральное введение. Если у больного развивается острая почечная недостаточность, суточная доза хинина уменьшается до 10 мг/кг, ввиду кумуляции препарата.

Больные со злокачественным течением тропической малярии должны быть экстренно госпитализированы в специализированное отделение, имеющее оборудование для гемодиализа.

|  |
| --- |
|  |

 Такие больные требуют интенсивного наблюдения и ухода. Если у больного отмечаются признаки гипервентиляции, цианоза или послеприступной аспирационной пневмонии, следует получить результаты анализа газового состава крови. Если больной находится в бессознательном состоянии, необходимо сделать люмбальную пункцию с целью исключения бактериального менингита.

Больных в состоянии комы следует уложить на бок, поскольку у них часто бывают рвота и судороги. Ректальная температура не должна превышать 38,5°С ; для этого больного обтирают влажной губкой, используют [вентилятор](http://www.dostavka.ru/Vitek-VT-1908-id_5287067?partner_id=admitad&utm_source=admitad&utm_medium=cpa&utm_campaign=&utm_content=5287067) и применяют жаропонижающие препараты неаспиринового ряда. Следует обеспечить почасовой контроль за мочевыделением . Если появляются какие-либо сомнения о степени гидратации больного или состоянии водного баланса, вводят центральный венозный катетер и осторожно проводят регидратацию больного для поддержания мочевыделения.

**Профилактика.**Одним из наиболее эффективных методов борьбы с малярией в настоящее время является применение инсектицидных средств длительного действия, как ДДТ.
Там, где не проводится обработка помещений препаратами ДДТ, в целях защиты жилых помещений от залета в них комаров необходимо организовать засетчивание окон металлической сеткой или марлей.

**Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС**) - острое ви­русное природно-очаговое заболевание, характеризующееся системным пора­жением мелких сосудов, геморрагическим диатезом, гемодинамическими рас­стройствами и своеобразным поражением почек по типу острого интерстици-ального нефрита с развитием острой почечной недостаточности.
**Этиология**
Вирусная природа геморрагической лихорадки с почечным синдромом была доказана еще в 1944 г. А. А. Смородинцевым, однако лишь в 1976 г. удалось выделить вирус, принадлежащий к самостоятельному роду - Hanta virus.
Вирус ГЛПС относительно устойчив во внешней среде при температуре от 4° до 20СС. В сыворотке крови, взятой у больных людей, сохраняется свыше 4 суток при 4°С. Инактивируется при температуре 50°С в течение 30 мин, при 0-4°С стабилен 12 час. Хорошо сохраняется при температуре ниже -20°С. Ви­рус кислотолабилен - полностью инактивируется при рН ниже 5.0. Чувствите­лен к эфиру, хлороформу, ацетону, бензолу, дезоксихолату натрия, ультрафио­летовым лучам.
**Эпидемиология**
 ГЛПС - строгий природноочаговый зооноз. Резервуа­ром возбудителя служат мышевидные грызуны. *Источниками инфекции* являются: полевая [мышь](http://www.svyaznoy.ru/catalog/notebook/7045/1036833?city_id=133&utm_medium=cpa&utm_source=admitad), красно-серая полевка и азиатская лесная [мышь](http://www.svyaznoy.ru/catalog/notebook/7045/1036833?city_id=133&utm_medium=cpa&utm_source=admitad), домовые крысы и мыши. Грызуны переносят эту инфекцию в виде латентного вирусоносительства.. Возбудитель выделяется во внешнюю среду с калом, мочой, слюной.
 Заражение человека происходит преимущественно *воздушно-пылевым путем* (до 80%), при вдыхании высохших испражнений инфицированных гры­зунов. Передача вируса возможна также *контактным путем*, через поврежден­ные кожные и слизистые покровы, при соприкосновении с грызунами или ин­фицированными объектами внешней среды (хворост, солома, сено и т.п.). До­пускается возможность заражения человека *алиментарным путем,* например, при употреблении продуктов, которые не подвергались термической обработке (капуста, морковь и др.), загрязненных инфицированными грызунами. Переда­чи инфекции от человека к человеку не происходит.

Заболевают чаще мужчины (70-90% больных) наиболее активного воз­раста (от 16 до 50 лет), преимущественно рабочие промышленных предпри­ятий, водители, трактористы, работники сельского хозяйства. Заболеваемость ГЛПС характеризуется выраженной сезонностью: с мая по декабрь.

ГЛПС по уровню заболеваемости занимает первое место в Российской Федерации среди природно-очаговых болезней . Наиболее активные очаги находятся в Среднем Поволжье и Приуралье.ГЛПС распространена по всему миру. Она наблюдалась в скандинавских странах (Швеция, Норвегия, Финляндия), Болгарии, Югославии, Чехословакии, в Бельгии, Франции, на Дальнем Востоке (КНР, КНДР, Южная Корея).

Перенесенная инфекция оставляет стойкий пожизненный типоспецифический иммунитет. Известны единичные случаи повторного заболевания.

**Клиническая картина**
*Инкубационный период* продолжается от 4 до 49 дней (чаще всего от 14 до 21 дня).
*Начальный период*(лихорадочный), продолжается до 3-10 дней (в среднем 4-6) и харак­теризуется острым началом, повышением температуры тела до 38-40°С, кото­рая иногда сопровождается ознобом.. Появляется сильная головная боль, сла­бость, сухость во рту, снижение аппетита, тошнота, ломота в теле. Признаков воспаления верхних дыхательных путей не отмечается. Характерными являют­ся жалобы на боли в глазных яблоках и снижение остроты зрения («туман» пе­ред глазами, «мушки»), которые бывают кратковременными и бесследно исче­зают через 1-5 дней. Возможны кровянистые выделения из носа, образование геморрагических «корочек» в носовых ходах. У тяжелых больных в этот период присоединяются боли в пояснице и животе, рвота, макрогематурия, олигурия.
 При осмотре больных отмечается гиперемия кожи лица, шеи, верхних отделов груди. Слизистая оболочка зева гяперемирована, сосуды склер инъеци­рованы, на фоне гкперемированных конъюнктив иногда можно заметить ге­моррагическую сыпь. Со 2-3-го дня болезни у большинства больных на слизи­стой оболочке мягкого неба появляется геморрагическая энантема, а с 3-5-го дня (у 10-25% больных) - петехиальная сыпь в подмышечных впадинах, на гру­ди, в области ключиц, иногда на шее, лице. Сыпь необильная, носит сгруппиро­ванный характер и сохраняется от нескольких часов до 3-5 дней. На 4-6 день болезни, особенно при нарушении лечебно-охранительного режима (физический труд, посещение бани, злоупотребление алкоголя и т.п.), возрастает риск развития ИТШ (кол­лапса)
 *Олигоурический период* (почечных и геморрагических проявле­ний), с 3-6-го по 8-14-й день болезни. Температура тела снижается до нормы в виде короткого лизиса или замедленного кризиса, иногда повышаясь вновь до субфебрильных цифр - «двугорбая» кривая. Одна­ко снижение температуры тела не сопровождается улучшением состояния больного, чаще оно даже ухудшается. Достигают максимума общетоксические проявления: усиливается головная боль, сухость во рту, тошнота, появляются неукротимая рвота, икота, анорексия, отмечается выраженная адинамия. Наи­более типичным проявлением этого периода являются боли в пояснице различ­ной выраженности, боли в животе, диарея до 2-10 раз. Степень выраженности олигурии (менее 500 мл мочи в сут.). Геморрагические проявления могут выражаться в носовых, желудочно-кишечных, маточных кровотечениях, макрогематурии. Кровоизлияния в жиз­ненно важные органы - ЦНС, гипофиз, надпочечники - в этот период могут быть причиной летального исхода.
 При осмотре отмечаются одутловатость лица, пастозность век, сухость кожи. Сохраняется гиперемия лица и шеи, слизистых оболочек зева и конъюнк­тив, инъецированность склер, экзантема, снижение остроты зрения. При пальпации живота определяют болезненность, чаще в области проек­ции почек, а у тяжелых больных - напряжение брюшной стенки (явления перитонизма). Печень обычно увеличена, селезенка - реже. Симптом Пастернацкого положителен, иногда даже пальпация проекции почек со стороны поясницы вызывает резкую болезненность.
 *Полиурический* период наступает с 9-13-го дня болезни. Прекращается рвота, постепенно исчезают боли в пояснице и животе, нормализуются сон и аппетит, увеличивается суточное количество мочи (до 3-10 л), характерна ник-турия. Сохраняется слабость, сухость во рту, появляется жажда. Состоя­ние больного прогрессивно улучшается.
 *Период реконвалесценции* (ранний - до 2 мес. и поздний - до 2-3 лет) начинается с заметного улучшения общего состояния, восстановления суточного диуреза, нормализации показателей мо­чевины и креатинина.
**Осложнения** при ГЛПС подразделяются на две группы: а) специфические - ИТШ, ДВС-синдром, азотемическая уремия, отек легких, отек головного мозга, кровоизлияния в мозг, гипофиз, надпочечники, миокард, профузные кро­вотечения, эклампсия, острая сердечно-сосудистая недостаточность, инфекци­онный миокардит, надрыв или разрыв капсулы почек, серозный менингоэнцефалит и др.; б) неспецифические - пиелонефрит, пневмонии, гнойные отиты, абсцессы, флегмоны, паротит, сепсис и др.
**Прогноз**
Смертность в Китае колебалась от 7 до 15%, в Корее в 1951-1976 гг. в среднем равнялась 6,6%. В России в период с 1962 по 1990 г. смерт­ность колебалась в пределах 1-3,5% (на Дальнем Востоке до 8-10%). С 1957 по 1999 г.г. по РБ летальность составила 0,7%.
**Диагностика**
Основанием для постановки клинического диагноза яв­ляется характерное сочетание картины острого лихорадочного заболевания, протекающего с поражением почек (развитием ОПН) и геморрагическим син­дромом. При этом необходимо учитывать эпидемиологические данные, сезон­ность и цикличность течения болезни: закономерную смену инфекционно-токсических проявлений начального периода признаками нарастающей почеч­ной недостаточности олигоурического периода. Вероятность правильного ди­агноза еще более возрастает при появлении таких почти специфических сим­птомов ГЛПС, как: кратковременное снижение остроты зрения, выраженные проявления ОПН без признаков печеночной недостаточности, массивная протеинурия с быстрой положительной динамикой.

Лабораторная диагностика: серологические методы исследования (РНИФ, ИФА, Р ИА).

**Дифференциальная диагностика**

Дифференциальная **диагностика геморрагической лихорадки с почечным синдромом** проводится с другими геморрагическими лихорадками, однако ареал их распространения не совпадает с ареалом распространения геморрагической лихорадки с почечным синдромом, кроме Омской ГЛ. В начальном периоде болезни проводят дифференциальную диагностику с гриппом, риккетсиозами, клещевым энцефалитом, в дальнейшем с болезнями, характеризующимися триадой симптомов: лихорадка, поражение почек, геморрагический синдром. Актуальна дифференциальная диагностика с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Нозоформы** | **Общие симптомы** | **Различия** |
| ОГЛ | Острое начало, лихорадка геморрагический синдром | Лихорадка двухволновая геморрагический синдром выражен слабо, протеинурия невысокая. ОПН не развивается. Боли в животе и пояснице отсутствуют или незначительные. Характерно поражение ЦНС и лёгких. Обнаруживают специфические антитела в РСК и РН |
| Риккетсиозы из группы пятнистых лихорадок | Острое начало, лихорадка геморрагический синдром поражение почек | Лихорадка длительная, доминирует поражение ЦНС и сердечно-сосудистой системы. Первичный аффект сыпь обильная преимущественно розеозно-пятнисто-папулёзная, со вторичными петехиями увеличение селезенки полиаденопатия В тяжёлых случаях - носовые кровотечения. Поражение почек ограничивается протеинурией Обнаруживают в РИФ и РСК специфические антитела |
| Менингококкемия | Острое начало лихорадка. геморрагический сиидром. поражение почек с развитием ОПН | В течение первых суток появляется геморрагическая сыпь, ОПН геморрагический синдром только на фоне ИТШ. который развивается в первые сутки болезни У большинства больных (90°:) развивается гнойный менингит Отмечают лейкоцитоз. В крови и СМЖ бактериоскопически и бактериологически обнаруживают менингококк, положительная РЛА |
| Острые хирургические заболевания органов брюшной полости | Боль в животе и болезненность при пальпации, симптом раздражения брюшины. лихорадка лейкоцитоз | Болевой синдром предшествует лихорадке, другим симптомам. Боли и признаки раздражения брюшины вначале носят локализованный характер Геморрагический синдром и поражение почек не характерны Нейтрофильный нарастающий лейкоцитоз в крови с первых часов болезни |
| Острый диффузный гломерулонефрит | Лихорадка поражение почек с олигурией возможны ОПН, геморрагический синдром | Лихорадка, ангина, ОРЗ предшествуют поражению почек в сроки от 3 сут до 2 нед. Характерны бледность кожи, отёки. стойкое повышение АД. Геморрагический синдром возможен на фоне азотемии, проявляется положительным симптомом жгута. новыми кровотечениями |
| Лептоспироз | Острое начало, лихорадка геморрагическая сыпь, поражение | Начало бурное лихорадка длительная, резко выражена миалгия часто менингит желтуха с первого дня высокий лейкоцитоз. протеинурия. умеренная или невысокая. Анемия. Обнаружение лептоспир в мазках крови мочи СМЖ Реакция микронейтрализации и РАЛ - положительные |

**Лечение.**
Комплексное, проводится с учетом коррекции основных патогенетических син­дромов - интоксикации, ОПН, ДВС и развившихся осложнений, а также сопут­ствующих заболеваний. Объем помощи зависит от тяжести и периода заболева­ния. Таким образом, лечение больного ГЛПС должно быть индивидуализиро­ванным.
• Необходима наиболее ранняя госпитализация - в начале лихорадочно­го, периода, т.е. в первые 3 дня болезни. Недопустимо амбулаторное наблюде­ние больного с подозрением на ГЛПС.
• Транспортировка больного максимально щадящая - на сан.транспорте, или, если это невозможно, легковым автотранспортом с сопровождающим мед­работником.
• Перевод из больницы в больницу и хирургические вмешательства не­допустимы.
• Необходимо соблюдение *постельного режима* до прекращения полиурии, в среднем: при легкой форме - 7-10 дней, среднетяжелой -2-3 недели и тяжелой - не менее 3-4 недель от начала заболевания.
• Требуется строгий учет вводимой жидкости (питье, инфузии) и ее потерь (диурез, рвотные массы, [стул](http://www.dostavka.ru/Buro-Vici-id_6093610?partner_id=admitad&utm_source=admitad&utm_medium=cpa&utm_campaign=&utm_content=6093610)).
 *Диета*: Рекомендуется [стол](http://www.dostavka.ru/Khokhloma-Osen-7266-id_6707940?partner_id=admitad&utm_source=admitad&utm_medium=cpa&utm_campaign=&utm_content=6707940) №4 без ограничения соли, при тяжелых фор­мах и осложнениях - стол №1. Питание должно быть полноценным, дробным, в теплом виде. При олигоанурии исключаются продукты богатые белком (мясо, рыба, бобовые) и калием (овощи, фрукты). В полиурии, наоборот, эти продукты наиболее необходимы. Питьевой режим должен быть дозированным с учетом выделенной жидкости. Количество выпиваемой и вводимой внутрь жидкости не должно превышать объема выведенной (моча, рвотн. массы, [стул](http://www.dostavka.ru/Buro-Vici-id_6093610?partner_id=admitad&utm_source=admitad&utm_medium=cpa&utm_campaign=&utm_content=6093610)) более чем на 500-700 мл.
 *Медикаментозная терапия.*
В начальном лихорадочном периоде болезни основными принципами лечения являются: противовирусная терапия, дезинтоксикационная, профилактика ДВС-синдрома, антиоксидантная терапия, предупреждение и лечение ИТШ.

1. Этиотропное лечение может проводиться с использованием двух основных подходов:
а) иммунобиологическими средствами - гипериммунная плазма, донор­ский специфический иммуноглобулин против ГЛПС, комплексный иммуноглобулиновый [препарат](http://apteka-ifk.ru/) (КИП), препараты интерферонов, как парентерально (лейкинферон, реаферон), так и ректально (суппозитоферон /ЧЛИ/, виферон), и
б) химиопрепаратами: производными нуклеозидов - рибавирин (рибами-дил, виразол, ребетол), а также индукторами интерферонов - амиксин, цикло-ферон, йодантипирин, анандин, интерлейкин-2 и т. п. Обязательное условие проведения противовирусной терапии - назначение препаратов в первые 3-5 дней заболевания.

2. Дезинтоксикационная терапия включает внутривенные инфузии глюко­зы 5-10%, физ. раствора до 1,0-1,5 л/сут с аскорбиновой кислотой, кокарбокси-лазой. Допустимо однократное введение гемодеза или реополиглюкина. Проти­вовоспалительные средства (анальгин, аспирин, парацетамол) назначаются при гиперпирексии (39-41°С).

3. Профилактика ДВС-синдрома включает:
а) дезагреганты - пентоксифиллин (трентал, пентилин, агапурин, пенто-мер, флекситам), ксантинола-никотинат (компламин, теоникол, ксавин), дипи-ридамол (курантил); с целью улучшения микроциркуляции в этот период пока­заны также гепарин до 5000 ед/сут, [кот](http://www.wildberries.ru/catalog/178961/detail.aspx)орый вводится внутривенно капельно или под кожу живота по 1500 ед. 2-3 раза в сутки, и низкомолекулярные гепарины: надропарин кальция (фраксипарин) 0,3 мл/сут, эноксапарин натрия (клексан) 0,2 мл/сут, дальтепарин натрия (фрагмин) 0,2 мл/сут, ревипарин натрия (клива-рин) 0,25 мл/сут, п/к;
б) ангиопротекторы - глюконат кальция, рутин, этамзилат натрия (дицинон), продектин (пармидин, ангинин), кальция добезилат (доксиум);
в) при тяжелых формах болезни целесообразно раннее назначение свеже­замороженной плазмы (СЗП) и ингибиторов протеаз (контрикал, гордокс, трасилол).

4. Антиоксиданты: токоферол, убихинон (убинон, кофермент Q).

5. Своевременная (ранняя) госпитализация, строгий постельный режим и вышеприведенные мероприятия, как правило, предупреждают развитие **ИТШ.** Тем не менее, как показывает статистика, около 3-4% больных ГЛПС поступают в клинику с той или иной степенью шока, который развивается чаще всего на 4-6-й день болезни. При этом необходимо проводить следующие неотложные мероприятия:
 а) реополиглюкин 400 мл.+ гидрокортизон 10 мл. (250 мг.) в/в капельно; если есть возможность, то лучше СЗП или альбумин;
 б) ГКС (в расчете на преднизолон) -1 ст. ИТШ: 3-5 мг/кг/сут, макс, до 10 ;П ст. ИТШ: 5-10 мг/кг/сут, макс, до 20; Ш ст. ИТШ: 10-20 мг/кг/сут, макс, до 50, первая доза должна составлять 14 от суточной, последующие вводятся каждые 4 часа, в/в струйно; отмена - после стабилизации гемодинамики;
 в) гидрокарбонат натрия 4% 200 мл., в/в капельно, одновременно в дру­гую вену или после реополиглюкина;
 г) сердечные гликозиды и кардаотоники - строфантин, коргликон, кор­диамин, в/в.;
д) при неэффективности первичных мероприятий, отсутствии мочи после 1,2-1,5 л. введенной жидкости или поступлении больного в III ст. ИТШ, назна­чается - ДОПАМИН (допмин, дофамин) 0,5% или 4% по 5 мл. (25 или 200 мг.), [кот](http://www.wildberries.ru/catalog/178961/detail.aspx)орый разводится соответственно в 125 или 400 мл 5% глюкозы или физ. раствора и вводится капельно со скоростью 15-20 кап/мин.;
 е) коррекция развивающегося при ИТШ ДВС-синдрома: при гиперкоагу­ляции - гепарин до 10000-15000 ед/сут, при гипокоагуляции - до 5000 ед/сут, в/в; СЗП до 600-800 мл/сут, в/в кап.; ингибиторы протеаз (контрикал до 1000 ед/кг/сут); ангиопротекторы (дицинон до 6-8 мл /сут); при желудочно-кишечных кровотечениях: циметидин (гистодил, квамател, омепразол) 200 мг 2-3 раза в сутки, в/в, 5% аминокапроновая кислота охлажденная (per os), антациды (алмагель, маалокс);
 ж) мочегонные препараты назначаются после нормализации гемодинами­ки (или ЦВД > 120 мм вод ст) - лазикс 40-80 мг/сут; при ГЛПС противопоказа­но введение маннитола;
 з) ДОКСА по 10 мг 1-2 раза в сут., в/м (при П-Ш ст. ИТШ); и) оксигенотерапия.

6. Общеукрепляющая терапия включает - витамины, рибоксин, АТФ, ко-карбоксилазу и т.п.
**Правила выписки**.
Сроки выписки реконвалесцентов ГЛПС из стационара при:
легкой форме - не ранее 17-19 дня болезни;
среднетяжелой - не ранее 21-23 дня болезни;
тяжелой форме - не ранее 25-28 дня болезни.
Учитывая возможность развития осложнений, уменьшать сроки госпита­лизации не рекомендуется. Больные выписываются с открытым больничным листом, [кот](http://www.wildberries.ru/catalog/178961/detail.aspx). должен быть продолжен не менее чем на 2 недели, под наблюдение врача-инфекциониста и терапевта по месту жительства.
**Профилактика.**
Специфическая профилактика не разработала. Она сво­дится к уничтожению грызунов в очагах ГЛПС и к защите людей от соприкос­новения с грызунами или предметами, загрязненными их выделениями. В насе­ленных пунктах, располагающихся около леса, необходимо хранить продукты на складах, защищенных от грызунов. Территорию около жилья следует осво­бождать от кустарника, бурьяна. При размещении в летних лагерях, туристиче­ских базах и т.п. выбирать места, не заселенные грызунами, свободные от за­рослей бурьяна. Мусорные ямы в этих случаях располагают не менее чем в 100 м от палаток.