**Лекция № 15**

**Тема:** **«Оказание медицинской помощи пациентам с сыпным тифом, болезнью Брилля»**

**Сыпной тиф** - антропонозное инфекционное заболевание, вызываемое риккетсиями Провачека (Rickettsia Prowazekii), для которого характерно развитие генерализованного васкулита.

      ***Этиология сыпного тифа***
 Возбудитель сыпного тифа — риккетсии Провачека (Rickettsia Prowazekii) — относится к группе риккетсии— микроорганизмов, занимающих промежуточное положение между бактериями и вирусами. Риккетсии Провачека мало устойчивы во внешней среде. Прямой солнечный свет, нагревание до 50° и дезинфицирующие растворы в обычно применяемых концентрациях вызывают их гибель в течение нескольких минут. Однако в фекалиях высохших вшей риккетсии могут сохраняться в течение нескольких недель.

***Эпидемиология.***

*Источник инфекции:* больной человек.

*Механизм передачи*: трансмиссивный.

*Путь передачи:* трансмиссивный.

|  |
| --- |
| ***Эпидемиология.*** *Источник инфекции:* больной человек.*Механизм передачи*: трансмиссивный.*Путь передачи:* трансмиссивный.*Фактор передачи:* вши головные и платяные. Вошь заражается риккетсиями Провачека во время сосания крови больного сыпным тифом. Попавшие в ее кишечник риккетсии размножаются в эпителии кишечника, накапливаясь в большом количестве в клетках и вызывая их слущивание в просвет кишечника. Для этого требуется 4-5 дней, после чего вошь становится заразной. Зараженная вошь живет в течение 3-4 недель и погибает, как правило, вследствие разрыва кишечника, поврежденного размножившимися в его эпителии риккетсиями. Во время акта сосания происходит дефекация, а так как при укусе вошь выделяет слюну, вызывающую зуд, то инфицированные риккетсии втираются при расчесах или заносятся на слизистые оболочки глаз, и таким образом происходит заражение сыпным тифом. *Восприимчивость.*  В настоящее время в Европе заболевание практически ликвидировано. Отмечаются единичные завозные случаи. Заболеваемость сохраняется в ряде стран Азии, Африки и Южной Америки. Заболеваемость среди мужчин и женщин не имеет статистически значимых различий.  В начале и середине 20-го века была большая распространенность заболевания. Подъем заболеваемости отмечался на фоне социальных катастроф (войны, голод и т.д.).        ***Клиника.***     1. *Инкубационный период* -7-25 дней, в среднем 14 дней. 2. *Начальный (доэкзантемный, продромальный)* с момента повышения температуры до появления сыпи; он длится 4-5 дней. Начало заболева­ния острое, с повышением температуры до 39-40 ͦ . Нарастает мучительная го­ловная боль, появляется бессонница, раздражительность, беспокойство, поя­вившиеся в первые дни болезни, в дальнейшем переходят в состояние возбуж­дения. У больного помрачение сознания, бред, он агрессивен, иногда стремится выброситься в окно.В первые 3-4 дня болезни появляется гиперемия и одутловатость лица, гиперемия конъюнктивы, сосуды склер инъецированы («кроличьи глаза»). Гиперемирована кожа шеи и верхней части туловища, на переходной складке конъюнктивы иногда отмечаются петехии - симптом Киари-Авцина.Кожа ладоней бывает иногда желтушной. Дыхание обычно учащено. Та­хикардия. АД умеренно снижено. Язык сухой, обложен серо-коричневым нале­том, при высовывании дрожит (симптом Годелье). Положительный симптом жгута. У некоторых больных развивается менингиальные симптомы, а в более тяжелых случаях энцефалитические и бульбарные симптомы нередко гиперестезия.3. *Период разгара* продолжается 4-8 дней — от появления сы­пи до снижения температуры тела. На 4 - 5 лень появляется характерная сыпь, вначале розеолезная, а затем розеолезно -петихеальная, локализуется на боковых поверхностях туловища, груди, спине, сгибательных поверхностях конечностей и в течение 2 - 3 дней покрывает все тело. Сыпь обильная, имеет разную величину и форму, держится в среднем до 12 - 13 дня болезни. С появлением сыпи температура становится еще выше и приобретает характер постоянной или ремитирующей.Со стороны крови в разгар заболевания характерен умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, тромбопения, анэознофилия, СОЭ ускорено до 20- 25 мм в час.К 8-9 дню болезни все патологические симптомы достигают максималь­ного развития, АД снижается, тоны сердца приглушены, расширены границы сердца как проявление миокардита. Увеличивается печень, селезенка. Нарас­тают явления со стороны нервной системы. Отмечается задержка стула, у тяже­ло больных непроизвольные выделения мочи и кала или парадоксальное мочеиспускание.Лихорадочный период держится обычно 10-12 дней. 4. *Период реконвалесценции* с момента нормализации температуры тела до полного выздоровления. С момента снижения температуры на 12-14 день начинается период выздоровления, состояние улучшается, сон становится более спокойным, аппетит восстанавливается. С 7- 8 дня нормальной температуры больной может встать с постели.Выписать больного можно не ранее 12-14 дня нормальной температуры, однако это не означает, что наступило выздоровление. В периоде реконвалесценции резко выражен астенический синдром, снижение памяти, нередко на­блюдается нарушение речи.**Осложнения:** коллапс, миокардит, разрыв сосудов мозга с формировани­ем парезов и параличей, кишечными кровотечениями, тромбозами, психозами. Может присоединиться вторичная инфекция, что приводит к развитию пневмо­нии, отита, абсцессов, фурункулов, нефрозонефрита.**Диагноз** ставится на основании: 1.Эпидемиологических данных (сведения о заболеваемости, наличии завшивленности, контакт с больными сыпным тифом и др.). 2.Характерной клинической картины .3.Лабораторная диагностика сыпного тифа, помимо метода выделения риккетсий от больных (путем заражения мышей, куриных зародышей, вшей), основана преимущественно на применении серологических реакций. Серологические реакции становятся положительными также лишь с 4—7-го дня от начала болезни. Наиболее точные результаты получаются при постановке реакции агглютинации риккетсий сыворотками больных, реакции связывания комплемента, реакция непрямой гемагглютинации. ***Дифдиагностика.***В начальном периоде дифференциальная **диагностика эпидемического сыпного тифа** проводится с гриппом, менингококковой инфекцией, пневмонией, геморрагической лихорадкой, клещевым энцефалитом и другими состояниями с проявлениями лихорадки; в период разгара эпидемический сыпной тиф дифференцируют от брюшного тифа, кори, псевдотуберкулёза, сепсиса и других лихорадочных заболеваний, сопровождающихся высыпаниями.**Грипп**отличают более острое начало, резкая слабость, наличие постоянной обильной потливости (при сыпном тифе кожа в подавляющем большинстве случаев сухая*),*отсутствие одутловатости лица и амимии, а также симптома Говорова-Годелье. При гриппе отсутствует сыпь, селезёнка и печень не увеличены. Головная боль локализуется обычно в области лба, надбровных дуг и в височных областях, характерна боль при надавливании на глазные яблоки и при движении ими. Интоксикация наиболее выражена в первые 3 дня болезни, со второго дня доминирует картина трахеита.Дифференциальная диагностика эпидемического сыпного тифа и **пневмоний** осуществляется, учитывая характеристики дыхания, физикальные данные, кашель, умеренную потливость, боль при дыхании в области груди, отсутствие сыпи, симптом Киари-Авцына, поражение ЦНС, рентгенологические данные и картину крови.**Бактериальный менингит**дифференцируют от сыпного тифа по наличию более выраженного менингеального синдрома (ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига и Брудзинского), а также по более высоким показателям лейкоцитоза с нейтрофилёзом. При анализе спинно-мозговой жидкости у больных бактериальным менингитом выявляют цитоз и белок, а при сыпном тифе - явления менингизма.При геморрагической лихорадке, особенно с почечным синдромом, более выражена гиперемия лица и конъюнктивы, сыпь носит характер необильных точечных геморрагии, чаще выявляемых на боковых поверхностях туловища и в подмышечных областях. Характерна: рвота, икота, боли в пояснице и животе, типичны жажда и олигурия. При этих заболеваниях наблюдают эритроцитоз, нормальную или увеличенную СОЭ, повышение мочевины и креатинина в крови, гематурию, протеинурию, цилиндрурию. Развитие геморрагических явлений происходит на фоне снижения температуры.При **брюшном тифе**отмечают бледность лица, общую адинамию, вялость. брадикардию с дикротией пульса. Язык утолщён, обложен, с отпечатками зубов пс краям. Характерны метеоризм и урчание в правой подвздошной области, а также увеличение печени и селезёнки в более поздние сроки. Сыпь скудная розеолёзная, появляется позднее (не ранее 8-го дня болезни) на груди, животе и боковых поверхностях туловища с последующими подсыпаниями. В крови находят лейкопению с эозинопенией, палочкоядерный сдвиг с относительным лимфоцитозом. тромбоцитопению.Дифференциальная диагностика эпидемического сыпного тифа с **клещевым сыпным тифом,**встречающимся в районах Сибири и Дальнего Востока, основывается на характерных для этого заболевания симптомах: на наличии у большинства больных первичного аффекта в месте укуса клеща и на развитии регионарного лимфаденита почти одновременно с первичным аффектом. Розеолёзно-папулёзная сыпь яркая, распространена по всему телу. Характерно появление высыпаний на 2-4-й день болезни.При **орнитозе**важно наличие в эпиданамнезе контакта с птицами. Сыпь только розеолёзная, и располагается она чаще гнёздно на туловище и конечностях. В крови - лейкопения, эозинопения, относительный лимфоцитоз и резкое увеличение СОЭ. Характерна интерстициальная пневмония, подтверждённая рентгенологически.**Сепсис**отличают от сыпного тифа по наличию септического очага и входных ворот инфекта. Для сепсиса характерны температура гектического характера. резкая потливость и озноб, геморрагические высыпания на коже, значительное увеличение селезёнки, чётко очерченные кровоизлияния ярко-красного цвета на слизистой глаза, анемия, лейкоцитоз с нейтрофилёзом, высокая СОЭ.***Лечение.*** **1**.При подозрении на сыпной тиф больной подлежит госпитализации.2.Назначается постельный режим плоть до нормализации температуры тела и пять дней после. Вставать можно на 7-8-й день после стихания лихорадки. Строгий постельный режим связан с высоким риском развития ортостатического коллапса. **2.**Специальной диеты для больных сыпным тифом нет, назначают общий стол Питание - полноценное с обязательным включением продуктов с высо­ким содержанием витаминов группы В и аскорбиновой кислоты.**3**.Назначают комплексную терапию — этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию. 1. Этиотропная терапия: антибиотики: тетрациклин (Hexacyline, Tetracycline, Tetramig) по 0,3-0,4 назначается 4 раза в день не менее 10 дней или доксициклин (Doxycychne, Vibramycine) по 0,1 дважды в день перорально (противопоказаны детям до 8 лет), левомицетин (Chloramphenicol, Tifomycine) по 50 мг/кг/ сут в 4 приема перорально, которые назначают в течение всего периода лихорадки и 1-2 дня последующей апирексии, но не менее 7 дней. При тяжелом и очень тяжелом течении болезни антибиотики (Terra Soluretard, Vibraveineuse, Thiophenicol) вводят внутримышечно или внутривенно. В отдельных случаях, особенно при назначении антибиотиков в первые 2 сут лихорадочного периода, после окончания терапии наблюдаются рецидивы болезни, требующие проведения повторного курса антибактериального лечения.
2. Патогенетическая терапия: с использованием дезинтоксикационных препаратов (коллоидные и кристаллоидные растворы), сердечных гликозидов (дигоксин, строфантин), сосудоукрепляющие препараты ( аскорбиновая кислота и Р-витаминные препараты),
3. По показаниям — антипиретики (парацетамол, ибупрофен), седативные (седуксен, галоперидол, барбитураты) и диуретические средства (фуросемид).
4. При тяжелом течении болезни применяют кортикостероиды.
5. Для предупреждения тромбоэмболических осложнений используют антикоагулянты непрямого действия (фенилин и др.). Для лечения тромбозов применяют гепарин.

**4.** Обязателен уход за кожей и слизистыми в связи с высоким риском трофических расстройств (осуществление гигиенических процедур, профилактика [пролежней](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/bedsore), [стоматитов](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/stomatitis), воспаления ушных желез).***Выписывать*** пациента из стационара можно не ранее 12-14-го дня после нормализации температуры тела при отсутствии осложнений. Сроки нетрудоспособности определяются индивидуально, но не ранее чем через 2 нед после выписки.***Прогноз.***В прошлом летальность составляла около 10%, достигая во время некоторых эпидемий 30-80%. При использовании антибиотиков летальные исходы редки (менее 1%).***Диспансеризацию***проводят в КИЗе в течение 3 мес, при наличии остаточных явлений - 6 мес. До полной нормализации функции ЦНС необходимо наблюдение невропатолога, при миокардите - наблюдение терапевта.***Профилактика сыпного тифа***      Профилактика сыпного тифа основывается на проведении общесанитарных мер, направленных на борьбу с педикулезом, противоэпидемических мер в очагах сыпного тифа, а также на применении профилактических прививок.      Поскольку вши являются переносчиками сыпного тифа, то в системе мер по борьбе с этим заболеванием важное место занимает ликвидация педикулеза.      Больной сыпным тифом подлежит изоляции в инфекционную больницу с предварительной камерной дезинсекцией одежды и белья. В очаге, где обнаружен больной, одежда и [постельное белье](http://www.wildberries.ru/catalog/743186/detail.aspx) также подвергаются камерной дезинсекции, а помещение и находящиеся в нем предметы — влажной дезинсекции.       Лица, находившиеся в общении с заболевшим, подлежат медицинскому наблюдению в течение 45 дней со времени изоляции больного или соответственно 60 дней со времени заболевания. При этом необходимо провести тщательное эпидемиологическое обследование для определения границ очага, так как общение с заболевшим могли иметь не только проживающие в данной квартире или общежитии, но и другие лица, проживающие в других местах. Все они также должны пройти санитарную обработку      ***Прогноз при сыпном тифе*** Прогноз для жизни, как правило, благоприятный. При несоблюдении протоколов лечения смертность до 15%.  |

**Болезнь Брилля** – это повторный сыпной тиф, описано в 1919 году Бриллем. Болеют ею люди среднего и пожилого возраста, переболевшие в прошлом классическим ЭСТ. Клинически протекает легче. Такие больные представляют опасность в завшивленном очаге и являются источниками ЭСТ.

**Лечение:** в условиях стационара, как при ЭСТ.