



Российское общество  
скорой медицинской помощи



Национальное руководство

# Скорая медицинская помощь

Под редакцией  
С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутия,  
А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллина



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»



АССОЦИАЦИЯ  
МЕДИЦИНСКИХ  
ОБЩЕСТВ  
ПО КАЧЕСТВУ

внутрикожную пробу с разведенной противодифтерийной сывороткой (необходимо 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 (внутривенно, внутримышечно) в условиях ОСМПС.

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 допустимо госпитализировать в отделение реанимации и интенсивной терапии многопрофильного стационара.

#### Наиболее часто встречающиеся ошибки

- Применение жаропонижающих средств при любом повышении температуры тела (в том числе до 38,0 °С).
- Применение ацетилсалициловой кислоты (аспирина\*) при гриппе (усугубление геморрагического синдрома).
- Назначение детям и подросткам ацетилсалициловой кислоты (аспирина\*) при подозрении на ОРВИ (риск развития синдрома Рея).
- Применение антибиотиков при отсутствии показаний к их назначению (например, при вирусных инфекциях, лихорадке неинфекционного генеза).
- Применение антибиотиков до забора материала для бактериологического исследования.
- Введение антибиотиков с бактерицидным действием при менингококковом сепсисе (опасность развития/прогрессирования инфекционно-токсического шока).
- Госпитализация в инфекционный стационар больных с лихорадкой неинфекционной этиологии.
- Несоблюдение режима ограничения физической активности у больного брюшным тифом, в том числе транспортировка его пешком.
- Проведение глубокой пальпации живота больному брюшным тифом (опасность прободения кишечной стенки).
- Применение при дифтерии сердечных гликозидов.
- Назначение ГКК больному чумой без признаков ИТШ (угнетение фагоцитоза и замедление санации организма).

#### СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богомолов Б.П. Инфекционные болезни: неотложная диагностика, лечение, профилактика — М.: Ньюдиамед, 2007. — 653 с.
2. Избранные вопросы терапии инфекционных больных: Руководство для врачей. Под ред. Ю.В. Лобзина. — СПб.: Фолиант, 2005. — 912 с.
3. Инфекционные болезни: национальное руководство. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1056 с.
4. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И. и др. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник. —

3-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 1008 с.

5. Приказ Минздрава России от 07.08.2013 N 549н «Об утверждении требований к комплектации лекарственных препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи».

6. Руководство по инфекционным болезням. В 2 кн. Под ред. Ю.В. Лобзина, К.В. Жданова. 4-е изд., доп. и перераб. СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2011. — Кн. 1—664 с., Кн. 2—774 с.

7. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни: учебник. — 6-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2005. — 694 с.

8. Drugs for parasitic infections. Treatment Guidelines. The Medical Letter Inc. 3rd Ed., Vol. 11., 2013. — [http://gorgas.dom.uab.edu/syllabus/2014/03\\_Parasites/RxParasitesMedicalLetter2013.pdf](http://gorgas.dom.uab.edu/syllabus/2014/03_Parasites/RxParasitesMedicalLetter2013.pdf)

9. Gothard P., Bailey R., Behrens R. Malaria diagnosis and treatment guideline. UCLH. 2013. — [http://www.thehtd.org/Malaria%20guideline\\_final\\_June2013.pdf](http://www.thehtd.org/Malaria%20guideline_final_June2013.pdf)

10. Guidelines and for the early clinical and public health management of bacterial meningitis (including meningococcal disease). Report of the Scientific Advisory Committee of HPSC. January 2012. — [www.hpsc.ie](http://www.hpsc.ie)

11. Meningococcal meningitis and septicaemia. Guidance Notes. Meningitis Research Foundation. BMA. 2008. — [www.meningitis.org](http://www.meningitis.org)

12. Pollard A.J., Cloke A., Glennie L. Bacterial meningitis and meningococcal septicaemia. NICE clinical guideline 102. Quick reference guide. June 2010. — [www.nice.org.uk/guidance/CG102](http://www.nice.org.uk/guidance/CG102)

## 11.2. СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

Т.В. Антонова, Д.А. Лиознов

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Желтуха — клинический синдром, соответствующий окрашиванию в желтый цвет кожи, видимых слизистых оболочек и склер.

Желтуху инфекционного генеза можно наблюдать:

- как кардинальный (основной) признак заболевания, при котором возбудители (вирусы, бактерии, простейшие) приводят к нарушению обмена билирубина с избыточным его накоплением, что является закономерным звеном патогенеза инфекции;
- как одну из форм инфекционного заболевания (наряду с безжелтушными формами), которая нередко отличается более тяжелым течением;
- как осложнение при инфекционном заболевании, для которого она не характерна.

### КЛАССИФИКАЦИЯ

Желтухи классифицируют по интенсивности окрашивания кожного покрова (уровню повышения уровня билирубина в крови) (табл. 11.5).

Наряду с окраской кожи, нарушение обмена билирубина часто сопровождается потемнением мочи за счет желчных пигментов и ахолией кала. К примеру, при острых гепатитах изменение цвета мочи обычно предшествует окрашиванию кожи и имеет значение при раннем выявлении желтухи.

По механизму развития выделяют надпеченочную, подпеченочную, печеночную желтуху.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Надпеченочная (гемолитическая) желтуха обусловлена распадом эритроцитов (гемолизом) и, как правило, сопровождается развитием ретикулоцитоза и анемии.

Подпеченочная (механическая, обтурационная) желтуха связана с нарушением проходимости внепеченочных желчных протоков (блокадой оттока желчи).

Печеночная (паренхиматозная) желтуха возникает при нарушении метаболизма и транспорта билирубина в ткани печени — нарушении захвата, связывания (конъюгации) и выведения (экскреции) билирубина гепатоцитами. Нарушения обмена билирубина происходят вследствие изменения проницаемости мембран гепатоцитов (цитолита), разрыва желчных канальцев (при некрозе печеночных клеток), закупорки внутрипеченочных желчных канальцев густой желчью или в результате деструкции и воспаления (внутрипеченочный холестаз). Эти нарушения приводят к регургитации желчи обратно в синусоиды.

К развитию синдрома желтухи приводят как инфекционные, так и неинфекционные причины (табл. 11.6).

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

Наиболее частыми причинами возникновения желтухи служат вирусные инфекции: острые гепатиты А, В, D, Е и хронические вирусные гепатиты В, С и D. Желтуха бывает закономерным проявлением желтой лихорадки — инфекции, подпадающей по действию ММСП. Герпесвирусные инфекции (цитоме-

галовирусная и герпетическая инфекции, инфекционный мононуклеоз) могут протекать с синдромом желтухи.

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

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

При паразитарной инвазии возможно развитие паренхиматозной желтухи при описторхозе, подпеченочной (механической) желтухи — при эхинококкозе.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Заметное желтушное окрашивание кожи и склер может быть поводом для обращения за медицинской помощью, при интенсивном окрашивании — показанием к госпитализации пациента. При незначительной желтухе важно ее оценивать при хорошем естественном освещении, учитывать изменение цвета мочи и кала.

## ДИАГНОЗ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

При первичном выявлении желтухи на догоспитальном этапе необходимо оценить:

Таблица 11.5. Интенсивность желтухи в зависимости от уровня билирубина в крови

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

Таблица 11.6. Инфекционные и неинфекционные причины развития желтухи

Характер желтухи	Частые причины	
	инфекционные	неинфекционные
Надпеченочная (гемолитическая)	Малярия, гемолитический компонент при лептоспирозе	Гемолитические анемии (наследственные и приобретенные), экзогенное токсическое воздействие на организм (гемолитические яды), болезнь Аддисона–Бирмера, хронический лимфолейкоз, лимфосаркома
Подпеченочная (механическая)	Сдавление желчевыводящих путей кистой при эхинококкозе	Желчнокаменная болезнь, опухоли или метастазы в поджелудочной железе, желчном пузыре и желчных протоках, печени; послеоперационные рубцы, увеличенные лимфатические узлы ворот печени (метастазы, лимфопролиферативные заболевания)
Печеночная (паренхиматозная)	Вирусные (острые и хронические) гепатиты, вирусные циррозы печени, бактериальные, протозойные гепатиты; острая печеночная недостаточность	Токсические и токсико-аллергические гепатиты (включая медикаментозные); метаболические синдромы поражения печени (холестаз беременных и др.); холангит, доброкачественные гипербилирубинемии, первичный и вторичный билиарный цирроз печени, первичный склерозирующий холангит

- интенсивность, сроки появления и темпы нарастания желтухи;
- оттенок желтухи: шафрановый оттенок характерен для паренхиматозной желтухи, лимонный — для гемолитической, зеленоватый — для механической, землистый — для желтухи, связанной с опухолевым процессом;
- изменение цвета мочи и кала:
  - ✦ потемнение мочи (цвет «темного пива», при взбалтывании образуется коричневая пена) и обесцвечивание кала наблюдаются при гепатитах и механической желтухе;
  - ✦ при гемолитической желтухе цвет мочи от нормального до насыщенно-желтого, кал интенсивно окрашен;
  - ✦ при развитии внутрисосудистого гемолиза (гемолитико-уремический синдром при малярии) моча становится почти черной (цвет «мясных помоев»).

При опросе и осмотре пациента следует выявить симптомы, сопутствующие желтухе:

- кожный зуд, расчесы (отсутствуют при гемолитической желтухе, ярко выражены при механической желтухе);
- запах изо рта: специфический «печеночный» запах (запах «сырой печени») характерен при острой печеночной недостаточности; запах алкоголя, химических веществ — при отравлениях;
- абдоминальные боли (характер, интенсивность, локализация, иррадиация, симптомы раздражения брюшины); для острого гепатита характерны боли или ощущение «тяжести» в эпигастриальной области и правом подреберье;
- оценить размеры и консистенцию печени:
  - ✦ при острых гепатитах печень увеличена, плотновато-эластической консистенции, болезненная при пальпации;
  - ✦ при хронических гепатитах печень увеличена, плотная;
  - ✦ при циррозе печень плотная, с заостренным, иногда неровным краем, увеличена или нормальных размеров;
  - ✦ неровная, бугристая печень — при опухолях, кистах, метастатическом поражении и др.;
- пузырьные симптомы [симптом Курвуазье — у больного желтухой с большим напряженным безболезненным желчным пузырем при закупорке общего желчного протока, положителен при механической желтухе (чаще опухоль головки поджелудочной железы или опухоль в области большого сосочка двенадцатиперстной кишки)];
- размеры селезенки:
  - ✦ увеличены при хроническом гепатите, циррозе печени, сепсисе, малярии, инфекционном мононуклеозе, лептоспирозе, иерсиниозе, а также при гемолитической желтухе;
  - ✦ увеличены редко — при острых гепатитах;
  - ✦ не увеличены при механической желтухе;
- геморрагический синдром (кровоизлияния в кожу, склеры, слизистые оболочки; кровоточивость и кровотечения — рвота «кофейной гущей», мелена и др.);

- лихорадку (сопровождает желтуху или предшествует появлению желтухи);
- гастроинтестинальный синдром (снижение/отсутствие аппетита, тошнота, рвота, диарея);
- сыпь, поражение суставов (артралгии, артриты);
- полилимфаденит, тонзиллит;
- признаки поражения почек (боли в поясничной области, снижение диуреза);
- миалгии (локализация: распространенные; преимущественно в икроножных мышцах и др.);
- телеангиэктазии, расширение вен передней брюшной стенки;
- гиперемии ладоней (пальмарная эритема);
- отеки (нижних конечностей, лица), асцит.

В диагностике желтух существенное значение имеет анамнез заболевания.

Необходимо установить, были ли в прошлом эпизоды желтухи, острый вирусный гепатит, хронический гепатит, токсико-аллергические реакции с синдромом желтухи, желчнокаменная болезнь и т.п.

Следует уточнить, что предшествовало появлению желтухи: контакт с токсичными веществами, прием лекарственных препаратов; пищевой анамнез.

Существенное, иногда решающее значение в распознавании желтухи инфекционного генеза имеет эпидемиологический анамнез: сведения о контактах с больными, выезде за пределы региона, в страны с жарким климатом (эндемичные по заболеваемости малярией, желтой лихорадкой, гепатитом А или Е), высоким уровнем заболеваемости кишечными инфекциями, источниках питьевой воды; контактах с животными, нападении кровососущих насекомых; парентеральных вмешательствах (в течение 6 мес до появления желтухи).

Эпидемиологический анамнез имеет решающее значение в диагностике желтой лихорадки, инфекции, на которую распространяются ММСП: пребывание в тропических регионах Африки и Южной Америки в течение 10 дней до заболевания.

**Дифференциальную диагностику** инфекционных заболеваний с синдромом желтухи проводят с учетом следующих основных критериев.

Желтуха и увеличение печени у пациента с нормальной температурой тела с продромальным (предшествующим появлению желтухи) периодом болезни и эпидемиологическими предпосылками (контакт с больным желтухой, посещение регионов с высоким уровнем заболеваемости кишечными инфекциями, в том числе гепатитом А и Е, переливание крови, другие медицинские и немедицинские парентеральные вмешательства в течение последних 6 мес) — вероятен острый вирусный гепатит.

Желтуха, печень плотной консистенции, увеличение селезенки, снижение массы тела у пациента с нормальной или субфебрильной температурой тела, телеангиэктазиями, расширенными венами передней брюшной стенки, асцитом, возможно с геморрагическим синдромом, признаками энцефалопатии — вероятен хронический вирусный гепатит в цирротической стадии (цирроз печени), фаза декомпенсации. В анамнезе у больного возможно указание на вирусный гепатит (хронический, перенесенный ранее острый).

Желтуха, увеличение печени и селезенки у пациента с фебрильной лихорадкой, геморрагическим синдромом и поражением почек (олиго-, анурия) — возможны лептоспироз, желтая лихорадка, осложненное течение малярии.

Разграничить инфекции помогает эпидемиологический анамнез: при лептоспирозе — указание на контакт с животными, профессиональный риск, посещение природных очагов лептоспироза; при желтой лихорадке — пребывание в тропических регионах Африки и Южной Америки; при малярии — посещение стран с жарким климатом, парентеральные вмешательства.

Желтуха, увеличение печени и селезенки у пациента с высокой лихорадкой, полилимфаденитом, ангиной, сыпью — возможен инфекционный мононуклеоз.

Желтуха, увеличение печени и селезенки у пациента с высокой лихорадкой, диареей, поражением суставов, сыпью — вероятен псевдотуберкулез (кишечный иерсиниоз).

**Дифференциальная диагностика неинфекционных причин желтухи** направлена на исключение заболеваний (состояний), требующих неотложной помощи больным.

Необходимо исключить механическую (подпеченочную, обтурационную) желтуху, которую часто сопровождает выраженный болевой синдром (абдоминальные боли, печеночная колика):

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

Наиболее частые причины обтурационной желтухи — желчнокаменная болезнь, опухоль головки поджелудочной железы, первичная гепатокарцинома, увеличение лимфатических узлов в воротах печени (метастазы).

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

В исключении **гемолитического криза** имеют значение анамнестические данные (гемолитические анемии, онкогематологические заболевания, острые отравления гемолитическими ядами):

- при осмотре характерна резкая бледность кожи, лимонный оттенок желтухи;
- увеличение селезенки;
- нормальные размеры печени;
- сохранение нормальной окраски кала.

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

Острый токсический гепатит сопровождается:

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

Своевременной диагностики и помощи требуют состояния, приводящие к развитию **желтухи у беременных**, причинами которых могут быть любые инфекционные и неинфекционные заболевания, сопровождающиеся желтухой, а также состояния, непосредственно связанные с беременностью:

- внутripеченочный холестаз беременных — кожный зуд и умеренная желтуха, возникающие чаще в последнем триместре беременности;
- острая жировая печень беременных (синдром Шихана) — редкое тяжелое заболевание, проявляющееся обычно в последнем триместре первой беременности; при нем развивается острая печеночная недостаточность с возможным присоединением острой почечной недостаточности;
- HELLP-синдром (от Hemolysis — гемолиз; Elevated Liver enzymes — повышение активности печеночных ферментов; Low Platelet — тромбоцитопения) — гемолитическая анемия, тромбоцитопения, артериальная гипертензия, боли в животе на поздних сроках беременности.

При появлении желтухи у беременных необходимо учитывать возможность развития токсических, в том числе медикаментозных гепатитов.

При выявлении заболеваний, сопровождающихся желтухой, следует своевременно диагностировать возможные **осложнения**.

Грозное осложнение многих инфекционных заболеваний, протекающих с развитием желтухи, — острая печеночная недостаточность, возникающая вследствие значительного нарушения жизненно важных функций печени. В основе патогенеза лежит массивный и субмассивный некроз печени при печеночно-клеточной (собственно печеночной, эндогенной) острой печеночной недостаточности или массивный сброс крови в портокавальные анастомозы при портокавальной (шунтовой, портосистемной, экзогенной) острой печеночной недостаточности. Ведущий клинический синдром при этом — печеночная энцефалопатия, максимальная степень выраженности которой приводит к утрате сознания (коме) (табл. 11.7).

Острая печеночная недостаточность осложняет течение тяжелых и fulminантных форм острого гепатита В, D, микст-вирусных гепатитов (В, С, D);

Таблица 11.7. Клинические проявления стадий острой печеночной недостаточности

Стадии острой печеночной недостаточности	Клинические признаки	
	энцефалопатия	другие проявления
Прекома I стадии (предвестник комы)	Резкая общая слабость, головокружение в покое, ощущение «провала в пропасть», адинамия, заторможенность, замедленное мышление, нарушение координации движения, эмоциональная лабильность, тревожный сон с яркими «кошмарными» сновидениями, вегетативные расстройства (зевота, потливость, шум в ушах), легкий тремор пальцев рук и век; повторная немотивированная рвота	Желтуха, часто нарастающая; геморрагический синдром (кровоточивость в кожу, геморрагическая сыпь, носовые кровотечения и др.)
Прекома II стадии (сомноленция, угрожающая кома)	Спутанность сознания, нарушение ориентировки во времени и пространстве, снижение памяти, стереотипия речи и поведения, быстрое истощение с возможной кратковременной потерей сознания, может возникнуть острое психомоторное возбуждение (делирий), «хлопающий тремор», тремор языка	Уменьшение размеров печени, тестоватая ее консистенция, резкая болезненность при пальпации; тахикардия, «печеночный запах» изо рта; геморрагический синдром (рвота «кофейной гущей», мелена), возможно повышение температуры тела
Кома (сопор)	Потеря сознания, сохранение реакции на сильные раздражители, «плавающие» глазные яблоки; появление патологических рефлексов, непроизвольные мочеиспускание и дефекация	При остром гепатите нередко печень пальпаторно и перкуторно не определяется (симптом «пустого подреберья»)
Глубокая кома	Потеря сознания с арефлексией	—

гепатита E у беременных. Частая причина острой печеночной недостаточности — декомпенсация цирротической стадии хронических вирусных гепатитов. Возможно развитие острой печеночной недостаточности при тяжелом течении лептоспироза, малярии, желтой лихорадки.

Острую печеночную недостаточность наблюдают при острых токсических гепатитах (включая медикаментозные, например связанные с передозировкой тетрациклина, парацетамола, применением галотана, цитостатиков и др.).

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

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

Советы позвонившему:

- больному соблюдать покой, постельный режим;
- обратить внимание на цвет мочи и кала больного, количество мочи;
- больному не принимать пищу и ограничить прием лекарств до приезда врача;
- больному употреблять большое количество жидкости (минеральная вода без газа, не кислые морсы, компоты, некрепкий чай и др.);
- при болях в животе принять 1–2 таблетки дробавина.

## Отдельные нозологические формы

### ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

Вирусные гепатиты — группа антропонозных заболеваний, вызываемых гепатотропными вирусами с различными механизмами заражения, характеризующиеся преимущественным поражением печени

с развитием синдрома интоксикации, гепатомегалии, нередко — желтухи.

Выделяют гепатит A (вызываемый HAV) и гепатит E (вызываемый HEV) с фекально-оральным механизмом заражения; гепатит B (HBV), гепатит C (HCV) и гепатит D (HDV) с гемоконтактным (парентеральным) механизмом заражения.

В распознавании инфекции имеет значение закономерная смена периодов болезни.

#### Основные клинические признаки

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

Варианты преджелтушного периода:

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

Период разгара (желтушный):

- желтуха (сначала желтушность склер, затем кожи и слизистых оболочек);
- нормальная температура тела;
- общая слабость;
- снижение аппетита/анорексия, боли в правом подреберье, часто в эпигастриальной области.

ощущение «тяжести» в эпигастральной области, особенно после приема пищи;

- гепатомегалия;
- при тяжелой форме — повторная рвота, сонливость, геморрагический синдром (кровоизлияния в кожу в местах инъекций, носовые кровотечения и др.).

Осложнения:

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

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

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

**На вызове:** обязательная госпитализация в инфекционный стационар больных с подозрением на острый гепатит В и острый гепатит беременных. В остальных случаях — госпитализация при имеющихся клинических и/или эпидемиологических показаниях.

## ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

Причиной хронических вирусных гепатитов служат вирусы с гемоконтактным (парентеральным) механизмом заражения: вирусы гепатитов В, С, D.

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

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

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

### Основные клинические признаки

Хронический вирусный гепатит без формирования цирроза:

- астеновегетативный синдром (общая слабость, недомогание, снижение работоспособности, повышенная утомляемость и др.);
- диспептический синдром (снижение аппетита, тошнота, боли в верхней половине живота, метеоризм);

- гепатомегалия; печень плотной консистенции, реже — спленомегалия;
- при декомпенсации функций печени:
  - ✦ желтуха кожи и склер, темная моча, ахолия кала;
  - ✦ геморрагический синдром (повышенная кровоточивость десен, носовые кровотечения, кровоизлияния в кожу, петехиальная сыпь).

При циррозе печени присоединяются следующие симптомы:

- субфебрильная лихорадка;
- печеночная энцефалопатия (от латентной до прекомы/комы);
- сосудистые «звездочки» на коже, «печеночные» ладони;
- снижение массы тела;
- гинекомастия;
- печень плотной консистенции (может быть увеличена или нормальных размеров);
- увеличение селезенки;
- отеки стоп, голеней, асцит;
- расширение вен передней брюшной стенки.

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

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

**На вызове:** госпитализация в инфекционный стационар при имеющихся клинических и/или эпидемиологических показаниях.

## ЖЕЛТАЯ ЛИХОРАДКА

(см. раздел 11.1 «Лихорадка инфекционного генеза»)

Относится к инфекциям, подпадающим под действие ММСП и подлежащим международному санитарно-эпидемиологическому надзору.

Желтуха появляется на 3–4-й день болезни, усиливается в разгар заболевания на фоне высокой фебрильной лихорадки и выраженного синдрома интоксикации; печень увеличенная, болезненная; заболевание сопровождается массивным геморрагическим синдромом, олиго- или анурией.

**Осложнения:** ИТШ, острая печеночная и почечная недостаточность, отек головного мозга.

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.

**На вызове:** в случае подозрения на желтую лихорадку больные подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар. Тактику оказания помощи больным выстраивают согласно соответствующим федеральным и региональным инструкциям и рекомендациям. При развитии осложнений неотложные лечебные мероприятия начинают на догоспитальном этапе и продолжают в отделении реанимации и интенсивной терапии. Больного транспортируют на носилках.

## ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ

Псевдотуберкулез (возбудитель — *Yersinia pseudotuberculosis*) — острое зоонозное инфекционное заболевание, характеризуется интоксикацией, поражением желудочно-кишечного тракта и регионарных лимфатических узлов, полиморфными внекишечными проявлениями (часто экзантемой), с возможностью генерализации и рецидивирующего течения.

Основные клинические признаки:

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

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

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

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

## АМЕБИАЗ

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

Острый кишечный амебиаз характеризуется стулом до 10–20 раз в сутки, необильным, с большим количеством слизи, позже — с примесью крови, болями и болезненностью по ходу толстой кишки, нормальной или субфебрильной температурой тела.

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

Основные клинические признаки острого амебного гепатита (желушная/безжелтушная формы):

- температура тела субфебрильная, с периодическим повышением до фебрильной;
- печень увеличена (иногда значительно), уплотнена и умеренно болезненна;
- боли в правом подреберье;
- желтуха (иногда).

Амебный абсцесс печени:

- подъем температуры тела до 39 °С и выше, ознобы;
- выраженная интоксикация, тахикардия, артериальная гипотензия, глухость сердечных тонов;
- печень увеличена и болезненна, желтуха (иногда);
- боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, усиливающиеся при глубоком дыхании, движении, пальпации печени;
- вздутие живота, возможно мышечное напряжение в правом подреберье.

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

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

**На вызове:** при развитии желтухи обязательна госпитализация в инфекционный стационар.

## ОПИСТОРХОЗ

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

**Основные клинические признаки** в ранней фазе:

- повышение температуры тела;
- боли в мышцах и суставах;
- диарея;
- аллергическая сыпь на коже;
- гиперемия, отек и инъекция сосудов конъюнктивы век;
- при токсико-аллергическом гепатите: увеличение печени и селезенки; боли в области печени; слабовыраженная желтуха.

В поздней фазе:

- субфебрильная лихорадка;
- гиповитаминозы;
- снижение массы тела;
- при холангите, перихолангите, холангиохолецистите: боли в эпигастральной области и правом подреберье, часто с иррадиацией в спину и левое подреберье, нередко боли по типу желчной колики; желчный пузырь увеличен и напряжен (дискинезия желчного пузыря чаще по гипокинетическому типу);
- при холангиогепатите: астеновегетативный синдром, диспептический синдром, увеличение и уплотнение печени, желтуха, анемия (редко).

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

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

### ЭХИНОКОККОЗ

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

**Основные клинические признаки** эхинококкоза печени:

- астения, снижение массы тела;
- субфебрилитет;
- симптомы аллергии (сыпь, зуд);
- боли в правом подреберье;
- тошнота, рвота;
- увеличение печени (значительное, больше за счет правой доли), при пальпации печень плотная, болезненная).

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

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

### ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

(см. раздел 11.1. «Лихорадка инфекционного генеза»)

Желтуха возникает на фоне лихорадки, сопровождается полилимфаденитом, тонзиллитом (возможно с пленчатыми налетами), увеличением селезенки и печени.

**На вызове:** госпитализации подлежат больные с желтушной формой и осложнениями заболевания.

### ЛЕПТОСПИРОЗ

(см. раздел 11.1. «Лихорадка инфекционного генеза»)

Желтуха обычно появляется на 4–6-й день болезни на фоне фебрильной лихорадки, в последующие дни усиливается и становится яркой.

Больные жалуются на боли в мышцах, преимущественно икроножных, боли в поясничной области, головную боль (возможен менингеальный синдром).

При осмотре выявляют гиперемии конъюнктив, инъекцию сосудов склер, яркую желтуху шафранового оттенка, увеличение печени и селезенки, снижение диуреза.

При тяжелой форме быстро прогрессирует геморрагический синдром (кровоизлияния в склеры, под кожу, носовые, желудочно-кишечные кровотечения).

**Осложнения:** ИТШ, острая почечная и почечно-печеночная недостаточность, массивные кровотечения, гемолитическая анемия, инфекционно-токсический миокардит, вторичные инфекции.

**На вызове:** больные лептоспирозом подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар. При тяжелой форме больного транспортируют на носилках.

### МАЛЯРИЯ

(см. раздел 11.1. «Лихорадка инфекционного генеза»)

Желтуха развивается у больных тяжелой, реже — среднетяжелой формой тропической малярии, часто сочетается с бледностью кожи. Появление желтухи при малярии — признак тяжелого течения болезни.

Для малярии характерна приступообразная лихорадка: типичные малярийные пароксизмы с ознобом, быстрым повышением температуры тела до 39–40 °С, чувством жара в течение нескольких часов, затем критическим снижением температуры тела и повышенным потоотделением; правильное чередование лихорадочных приступов; увеличение селезенки и печени.

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

**На вызове:** больные малярией подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар. При тяжелой и осложненной форме больного транспортируют на носилках.

### ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

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

Определяют клинические и эпидемиологические показания к госпитализации в стационар больного с желтухой инфекционного генеза.

Клинические показания:

- желтуха;
- подозрение на лептоспироз, малярию, острый гепатит В, желтую лихорадку;
- тяжелые и осложненные формы заболевания;
- признаки острой печеночной недостаточности;
- отсутствие эффекта от лечения на дому;
- подозрение на острый вирусный гепатит у беременных (особенно гепатит Е);
- тяжелая сопутствующая патология.

Эпидемиологические показания:

- инфекции, на которые распространяются ММСП (с соблюдением всех необходимых мероприятий для ограничения распространения этих инфекций с момента их выявления) — желтая лихорадка;

- подозрение на острый гепатит (А, Е) у декретированного контингента лиц (работники предприятий пищевой промышленности, общественного питания, торговли пищевыми продуктами, работники детских и ЛПУ, школ, школ-интернатов, оздоровительных и спортивных учреждений для взрослых и детей, лица, обслуживающие водопроводные сооружения, работающие на предприятиях бытового обслуживания населения, на всех видах транспорта, связанные с непосредственным обслуживанием пассажиров);
- подозрение на острый гепатит (А, Е) и невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства или выявления больного (лица, проживающие в общежитиях, находящиеся в учреждениях закрытого типа, общих и коммунальных квартирах без удобств и др.).

При показаниях к госпитализации с подозрением на инфекционное заболевание больного доставляют в инфекционную больницу или инфекционное отделение многопрофильного стационара.

При выявлении инфекций, подпадающих под действие ММСП, тактику оказания помощи больному выстраивают согласно соответствующим федеральным и региональным инструкциям и рекомендациям.

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

**Лечебные мероприятия на догоспитальном этапе** зависят от характера желтухи, тяжести состояния пациента, имеющихся осложнений.

Больным с синдромом желтухи рекомендовано обильное питье.

При выраженной желтухе и признаках интоксикации проводят инфузионную дезинтоксикационную терапию [5% раствор декстрозы, изотонический раствор натрия хлорида сложный (калия хлорид+кальция хлорид+натрия хлорид) и другие кристаллоидные растворы в объеме 400–500 мл].

При признаках острой печеночной недостаточности показана немедленная госпитализация, в случае нарушения сознания больного транспортируют в положении на боку со слегка запрокинутой головой.

**Дезинтоксикационная терапия:**

- внутривенно капельно 5% раствор 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 мл 5% раствора внутривенно;
- преднизолон в дозе 60–120 мг внутривенно капельно.

**При психомоторном возбуждении:**

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

Пациентам с отеочно-асцитическим синдромом, с признаками острой почечной недостаточности необ-

ходимо раннее введение салуретиков: фуросемида в дозе 40 мг (4 мл 1% раствора) внутривенно медленно.

При сильных болях у пациентов с печеночной коликой показано введение спазмолитических средств папаверина 20–40 мг (2–4 мл 2% раствора) или 2–4 мл дротаверина внутримышечно.

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

- транспортировка больного лежа на носилках с приподнятых головным концом;
- прием внутрь кубиков льда; холод на живот;
- зонд Блэкмора при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода;
- этамзилат — 4 мл 12,5% раствора (внутримышечно, внутривенно).

## ПРОГНОЗ

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

## ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

При характерной клинической картине 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 можно осуществить алгоритм диагностики.

В случаях когда диагноз инфекции не установлен на догоспитальном этапе, пациент с желтухой поступает в ОСМПС с ошибочным диагнозом или с диагнозом «неуточненная желтуха».

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

При желтухе обязательно проведение ряда лабораторных тестов, позволяющих уточнить диагноз. Существенное значение имеют показатели функционального состояния печени, данные общих клинических исследований, в ряде случаев — результаты инструментальных методов обследования больных.

Лабораторное обследование включает следующие показатели:

- клинический анализ крови, включая подсчет количества ретикулоцитов и тромбоцитов;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови: АЛТ, билирубин общий, фракции, белково-осадочные пробы (тимоловая проба, сулемовая проба), протромбиновый индекс, общий белок, протеинограмма, щелочная фосфатаза,  $\gamma$ -глутамилтранспептидаза, 5-нуклеотидпептидаза, креатинин, мочевины, амилаза, глюкоза, электролиты ( $K^+$ ,  $Na^+$ ,  $Cl^-$ );
- показатели кислотно-основного равновесия (по показаниям).

По показаниям проводят инструментальные обследования:

- УЗИ брюшной полости, почек;

- ФЭГДС;
- рентгенографию грудной клетки;
- КТ органов брюшной полости;
- лапароскопию (при эхинококкозе печени).

### Диагностическое значение лабораторных показателей

При остром вирусном гепатите:

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

При хроническом вирусном гепатите:

- возможно колебание активности АЛТ от нормальных значений до десятикратного увеличения;
- уровень общего билирубина увеличивается преимущественно за счет прямой фракции;
- положительные белково-осадочные пробы (повышение тимоловой, снижение сулемовой проб);
- протромбиновый индекс снижен;
- диспротеинемия (уменьшение количества альбумина и увеличение уровня  $\gamma$ -глобулинов);
- билирубин, уробилин, желчные пигменты в моче.

При цирротической стадии хронического вирусного гепатита:

- нормальные значения АЛТ;
- положительные белково-осадочные пробы;
- выраженная гипопроteinемия (уменьшение количества общего белка) и диспротеинемия (значительное снижение уровня альбумина и повышение уровня  $\gamma$ -глобулинов);
- низкие значения протромбинового индекса;
- увеличение уровня общего билирубина (за счет прямой фракции);
- анемия, тромбоцитопения;
- билирубин, уробилин, желчные пигменты в моче;
- расширение портальной вены при УЗИ органов брюшной полости;
- варикозное расширение вен пищевода при ФЭГДС.

При механической желтухе:

- высокие уровни общего билирубина (за счет прямой фракции);
- положительные холестатические пробы (щелочная фосфатаза,  $\gamma$ -глутамилтранспептидаза, 5-нуклеотидпептидаза превышают норму в 5 раз и более);
- АЛТ, протромбиновый индекс, протеинограмма и белково-осадочные пробы в норме;
- в моче выявляют билирубин, уробилин (может отсутствовать при полной обтурации желчных путей) и желчные пигменты;

- расширение общего желчного протока при УЗИ органов брюшной полости.

При гемолитической желтухе:

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

При токсическом поражении печени:

- значительное повышение активности АЛТ;
- увеличение уровня общего билирубина за счет обеих фракций;
- при внутривенном холестазае — высокие значения щелочной фосфатазы,  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы, 5-нуклеотидпептидазы;
- белково-осадочные пробы не изменены;
- протеинограмма в норме;
- при тяжелом поражении (острая печеночная недостаточность) — снижение протромбинового индекса;
- при сочетании с острой почечной недостаточностью — повышение в крови уровня креатинина, мочевины, электролитов.

В ОСМПС при подозрении на инфекционную желтуху или для ее исключения для верификации диагноза необходимо забрать материал от больного на исследование, при бактериальных инфекциях — до начала антибактериальной терапии (табл. 11.8).

Лечебные мероприятия на стационарном этапе планируют в соответствии с предполагаемой нозологической формой; режим — в соответствии с тяжестью состояния больного.

Диета:

- при болях в животе показан голод до уточнения диагноза;
- обильное питье;
- стол № 5 по Певзнеру;
- при циррозе, острой почечной недостаточности — ограничение в пище белка, поваренной соли, жидкости.

### Этиотропная терапия

Антибактериальную терапию назначают, исходя из предполагаемой этиологии заболевания (исключая гепато- и нефротоксичные препараты).

При лептоспирозе без менингита: бензилпенициллина натриевая соль 100–200 тыс. ЕД/кг в сутки (1–2 млн ЕД 6 раз в сутки) внутримышечно; при лептоспирозном менингите: бензилпенициллина натриевая соль 400 тыс. ЕД/кг в сутки (3 млн ЕД 8 раз в сутки) внутримышечно.

Антибиотик резерва: амоксициллин+клавулановая кислота по 50 мг/кг в сутки за 3 приема внутрь или внутривенно 1 г (по амоксициллину) 3–4 раза в сутки.

При псевдотуберкулезе:

- цефтриаксон по 1 г 2 раза в сутки внутривенно;
- ципрофлоксацин в дозе 200 мг 2 раза в сутки внутривенно; или ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в сутки внутрь.

При малярии этиотропную терапию начинают с момента выявления больного.

Таблица 11.8. Методы верификации инфекционных болезней с синдромом желтухи

Нозологические формы	Лабораторные методы диагностики	Методы ранней диагностики
Острый вирусный гепатит	ИФА: HB <sub>s</sub> Ag, анти-HAV IgM, анти-HEV IgM, анти-HDV IgM, анти-HCV; ПЦР: ДНК HBV, рибонуклеиновая кислота HDV, HCV	Биохимический анализ крови: АЛТ, билирубин, тимоловая проба; анализ мочи на уробилиноген и желчные пигменты
Хронический вирусный гепатит	ИФА: HB <sub>s</sub> Ag, анти-HCV, анти-HDV; ПЦР: рибонуклеиновая кислота HBV, HCV, HDV	Биохимический анализ крови: АЛТ, билирубин, тимоловая проба, протромбиновый индекс, общий белок, протеинограмма; анализ мочи на уробилиноген и желчные пигменты
Лептоспироз	Посев крови, мочи, спинномозговой жидкости с выделением лептоспир; реакция микроагглютинации и лизиса; ПЦР	Бактериоскопия мазка крови, мочи, спинномозговой жидкости в темном поле (обнаружение лептоспир)
Псевдотуберкулез, кишечный иерсиниоз	Посев кала, крови на питательные среды с выделением иерсиний; обнаружение специфических антител методом парных сывороток в реакции агглютинации, реакция пассивной гемагглютинации, РСК, ИФА	Обнаружение антигенов в реакции агглютинации, реакция агглютинации лейкоцитов, реакция иммунной флюоресценции, реакции непрямой иммунофлюоресценции, ИФА, ПЦР
Малярия	Микроскопия крови — тонкий мазок и толстая капля	Микроскопия крови — тонкий мазок и толстая капля
Инфекционный мононуклеоз	Обнаружение в периферической крови атипичных мононуклеаров (более 15%); ИФА — обнаружение IgM к вирусу Эпштейна–Барр	Обнаружение в периферической крови атипичных мононуклеаров (более 15%); ИФА — обнаружение IgM к вирусу Эпштейна–Барр
Цитомегаловирусная инфекция	ИФА — обнаружение IgM и IgG к цитомегаловирусу; РСК, РНГА; ПЦР	ИФА — обнаружение IgM к цитомегаловирусу; ПЦР
Желтая лихорадка	РСК, реакция пассивной гемагглютинации, реакция торможения гемагглютинации в парных сыворотках; ИФА — обнаружение специфических IgM	Нет
Амебиаз	Микроскопия кала — обнаружение вегетативных форм и цист амеб; ПЦР; определение специфических антител методами ИФА, непрямая реакция иммунофлюоресценции	Микроскопия кала (нативного) — обнаружение вегетативных форм амеб
Эхинококкоз	Определение специфических антител методами ИФА, РНГА, РЛА	УЗИ органов брюшной полости; рентгенография грудной клетки; КТ головного мозга
Описторхоз	ИФА — обнаружение специфических антител	Микроскопия кала, желчи — обнаружение яиц гельминта

HAV — вирус гепатита А; HBV — вирус гепатита В; HCV — вирус гепатита С; HDV — вирус гепатита D; HEV — вирус гепатита E; ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота.

При тропической малярии (неосложненной) применяют мефлохин внутрь в дозе 15 мг/кг основания в 2 приема: 0,75 г, через 6 ч еще 0,25–0,5 г.

При тяжелых и осложненных формах тропической малярии применяют хинин<sup>®</sup>, первая доза 20 мг/кг препарата. Разовую дозу 20 мг/кг вводят в 250 мл 5% раствора декстрозы или изотонического раствора натрия хлорида внутривенно капельно в течение 1,5–3 ч, повторные введения в дозе 10 мг/кг с интервалом 8–10 ч, при олигоанурии разовую дозу уменьшают вдвое; хинидин (хинидина глюконат) в дозе 10 мг/кг (максимально 600 мг) в 250 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно в течение 1–2 ч, далее введение продолжают со скоростью 0,02 мг/кг в минуту.

Дезинтоксикационная терапия:

- обильное щелочное питье;
- внутривенное введение:
  - ✦ кристаллоидных растворов по 800–1200 мл в сутки: 5% раствор декстрозы с инсулином (1 ЕД инсулина на 4 г декстрозы);
  - ✦ полиионных солевых растворов [изотонический раствор натрия хлорида, раствор натрия

хлорида сложный (калия хлорид+кальция хлорид+натрия хлорид) и др.];

- ✦ дополнительно: калия и магния аспарагинат по 10–20 мл, или калия хлорид 50 мл 3%, или 10 мл 10% раствора на 400 мл 5% раствора декстрозы;
- ✦ инозина в дозе 400–600 мг (20–30 мл 2% раствора) вводят медленно струйно или капельно (40–60 капель в минуту) в изотоническом растворе натрия хлорида или 5% растворе декстрозы до 250 мл;
- ✦ аскорбиновой кислоты 5 мл 5% раствора.

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

Коллоидные растворы: 5–20% раствор альбумина\*, плазма, декстраны, производные гидроксипектина.

Форсируют диурез с помощью фуросемида в дозе 20–40 мг (2–4 мл 1% раствора) внутривенно. По показаниям проводят эфферентную терапию (гемодиализ, гемосорбцию, плазмаферез, гемофильтрацию).

При геморрагическом синдроме:

- этамзилат по 5–10 мг/кг 12,5% раствора 2–4 мл 2–4 раза в сутки внутривенно или внутримышечно;
- аминокaproновая кислота 200 мл 5% раствора 2 раза в сутки внутривенно капельно;
- менадиона натрия бисульфит 1% раствор 3 мл внутримышечно 1 раз в сутки;
- свежемороженая плазма до 500 мл/сут внутривенно капельно;
- эндоскопические методы гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода, зонд Блэкмора.

При развитии острой печеночной и/или почечной недостаточности терапию в необходимом объеме проводят в условиях ОРИТ.

Симптоматическая терапия: жаропонижающие средства, физические методы охлаждения, купирование психомоторного возбуждения.

Оказание медицинской помощи на госпитальном этапе при циррозе печени с выраженным отечно-асцитическим синдромом:

- строгое ограничение объема вводимой жидкости (согласно диурезу);
- минимизация натрия с пищей и инфузией;
- альбумин — 200 мл 10–20% раствора внутривенно капельно;
- плазма 500 мл внутривенно капельно;
- калия и магния аспарагинат по 10–20 мл внутривенно;
- базисная диуретическая терапия калийсберегающими средствами: спиронолактон в дозе 100–200 мг/сут внутрь;
- по показаниям для усиления диуреза: фуросемид в дозе 40 мг внутрь (внутривенно);
- препараты лактулозы по 15–45 мл/сут внутрь;
- антибиотики широкого спектра действия (исключая гепатотоксические);
- в случае развития и прогрессирования энцефалопатии на фоне длительного приема салуретиков в больших дозах показано срочное определение уровня калия в крови и коррекция гипокалиемии.

При подозрении на токсический гепатит: немедленное прекращение поступления токсичного вещества в организм, быстрое его удаление (промывание желудка и кишечника, инфузионная дезинтоксикационная терапия, эфферентные методы детоксикации, применение антидотов).

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

#### Наиболее часто встречающиеся ошибки

- Применение анальгетиков при болях в животе.
- Применение гепатопротекторов в остром периоде заболевания (при выраженной желтухе).
- Применение гепатотоксичных препаратов при паренхиматозной желтухе (например, препаратов тетрациклинового ряда, парацетамола).
- Применение нефротоксичных ЛС при острой печеночно-почечной недостаточности (например, при лептоспирозе).

- Введение больших объемов жидкости без форсирования диуреза (например, салуретиками) при признаках острой печеночно-почечной недостаточности.
- Проведение лапароцентеза больному с асцитом без адекватного восполнения дефицита альбумина.
- Госпитализация в инфекционный стационар больных желтухой неинфекционной этиологии.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение. Под ред. Ю.В. Лобзина. — СПб.: Фолиант, 2006. — 192 с.
2. Избранные вопросы терапии инфекционных больных: Руководство для врачей. Под ред. Ю.В. Лобзина. — СПб.: Фолиант, 2005. — 912 с.
3. Инфекционные болезни: национальное руководство. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1056 с.
4. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И. и др. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 1008 с.
5. Приказ Минздрава России от 07.08.2013 N 549н «Об утверждении требований к комплектации лекарственных препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи».
6. Руководство по инфекционным болезням. В 2 кн. Под ред. Ю.В. Лобзина, К.В. Жданова. 4-е изд., доп. и перераб. СПб.: Фолиант, 2011. — Кн. 1—664 с., Кн. 2—774 с.
7. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни: учебник. — 6-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2005. — 694 с.
8. Drugs for parasitic infections. Treatment Guidelines. The Medical Letter Inc. 3rd Ed., Vol. 11., 2013. — [http://gorgas.dom.uab.edu/syllabus/2014/03\\_Parasites/RxParasitesMedicalLetter2013.pdf](http://gorgas.dom.uab.edu/syllabus/2014/03_Parasites/RxParasitesMedicalLetter2013.pdf)
9. Gothard P., Bailey R., Behrens R. Malaria diagnosis and treatment guideline. UCLH. 2013. — [http://www.thehtd.org/Malaria%20guideline\\_final\\_June2013.pdf](http://www.thehtd.org/Malaria%20guideline_final_June2013.pdf)

## 11.3. СИНДРОМ ДИАРЕИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

*Д.А. Лиознов, Е.Ю. Карнаухова*

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

По определению ВОЗ, диарея — это неоформленный или жидкий стул три раза и более в течение 24 ч (или чаще, чем обычно для конкретного человека). К диарее не относят частый оформленный стул и неоформленный, «пастообразный» стул детей, находящихся на грудном вскармливании.

Диарея инфекционного генеза — нарушение стула, вызванное действием патогенных или условно-патогенных микроорганизмов и/или их токсинов. Диарея — типичное клиническое проявление кишечных инфекций.

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Возбудителями диареи могут быть инфекционные агенты бактериальной, вирусной, протозойной и микотической природы.

Фекально-оральный механизм передачи — единственный для возбудителей кишечных инфекций,