

Министерство образования и науки РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»
МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

***Конференция «Карантинные инфекции»
МДК 02.01.»Сестринский уход при
инфекционных заболеваниях»***

Жёлтая лихорадка

Выполнили студентки
группы 2881 до.
Иванова Вероника
И
Додрикова Анна
Преподаватель :
Л.В.Любомирова

Великий Новгород
Февраль 2016 года

Желтая лихорадка

- острое заболевание вирусной этиологии с природной очаговостью, передаваемое комарами, и характеризующееся тяжелой интоксикацией, геморрагическими проявлениями и поражением жизнеобеспечивающих органов человека – печени, почек. Название «желтая» связано с частым развитием у больных такого симптома как желтуха

Большая часть заболевших желтой лихорадкой регистрируется в странах с тропическим и субтропическим климатом. Выделяют два типа желтой лихорадки:

- 1) Эндемический (распространен в сельской местности или джунглях),
- 2) Эпидемический (преимущественное распространение в городах, антропонозный).

Возбудитель желтой лихорадки

- Желтую лихорадку вызывает арбовирус из семейства Flaviviridae рода Flavivirus. Геном вируса содержит РНК. Штаммы из различных мест Африки и Америки генетически не однородны. Вирус во внешней среде мало устойчив, быстро погибает при воздействии высокой температуры и обычных дез.средств. Вирус длительно сохраняется в замороженном состоянии и при высушивании.
- Вирус желтой лихорадки отнесен к 1 группе патогенности (все виды работ с такими вирусами проводятся в максимально изолированных лабораториях). Вирус может быть выделен из крови больного желтой лихорадкой в течение первых трех дней болезни с использованием белых мышей и обезьян, а также из печени и селезенки в секционных (смертельных) случаях.

Причины возникновения желтой лихорадки

Главный источник и резервуар инфекции при джунглевой форме желтой лихорадки – дикие животные (обезьяны, опоссумы, сумчатые, грызуны и другие), а при городской форме – человек.

Заразный период источника у животных определить невозможно, у человека же этот период начинается незадолго до появления клинических признаков заболевания, длится в течение 3-4 дней.

Переносчиками вируса желтой лихорадки являются комары, как домашние, так и дикие. Комары становятся заразными через 9 – 12 дней после кровососания при температуре окружающей среды до 25° С, через 7 дней при 30 градусах, через 4 дня при 37 градусах, при температуре ниже 18 градусов комар теряет способность передавать вирус. Соответственно, чем более жаркий климат, тем быстрее комар становится заразным. При отсутствии комаров больной человек для окружающих не заразен. Заболеваемость возрастает после сезона дождей, когда увеличивается популяция комаров.

Механизм передачи возбудителя – трансмиссивный, переносчики в городских очагах – комары *Aedes aegypti*, в джунглях некоторые другие представители этого рода. Возможны контактный и парентеральный пути передачи (через инфицированную кровь). Зарегистрированы случаи лабораторного заражения.

Естественная восприимчивость людей высокая, болеют как дети, так и взрослые. В эндемичных странах местное население имеет латентную (бессимптомную) иммунизацию небольшими дозами вируса, они не заболевают, а иммунитет развивается.

После перенесенной инфекции в случае благоприятного исхода развивается стойкий иммунитет (до 6 лет и более).

Симптомы желтой лихорадки

Период инкубации (с момента инфицирования до появления симптомов болезни) в среднем длится от 3-х до 6-и дней. Типичное течение желтой лихорадки имеет своеобразный «двухволновый» характер с 3 периодами:

- 1) начальный;
- 2) период ремиссии (улучшения);
- 3) период венозного стаза (резкое ухудшение).

1. Начальный (лихорадочный) период длится 3-4 дня. Болезнь начинается остро, характеризуется резким подъемом температуры с максимальным уровнем до 40° уже в первый день болезни. Больных беспокоит озноб, выраженная головная боль, мышечные боли в области спины и конечностей, рвота, нередко повторная, жажда, общая слабость. Пульс учащен до 130 в минуту, АД нормальное, тоны сердца приглушены. Для пациентов желтой лихорадкой в начальном периоде характерна так называемая «амарильная маска» (покраснение лица, шеи, конъюктив и склер глаз – инъекция сосудов, отеки век, одутловатое лицо, губы припухшие).

Больных раздражает яркий свет, беспокоит нарушения сна. Пациенты раздражительны, кожа горячая, сухая. Часто нет критики к своему состоянию, но есть испуг и эйфория. Печень и селезенка увеличены в размерах, болезненны при пальпации. В периферической крови – нейтропения и лимфопения, СОЭ не увеличена. В моче – протеинурия.

На 3-й день болезни появляется желтуха (сначала желтеют склеры глаз, затем слизистые рта, век и кожные покровы).



Быстро присоединяются нарушения гемодинамики (артериальное давление падает, кожа приобретает синюшный оттенок). Больному становится хуже: появляются начальные проявления геморрагического синдрома – кровоточивость десен, носовые кровотечения, примесь крови в стуле и рвотных массах. У пациента сильно урежается пульс. При тяжелом течении болезни в этот период больной может погибнуть.

2. При более легком течении болезни наступает **период ремиссии** (на 4-5 сутки от начала болезни): снижается температура, состояние улучшается, прекращается рвота. Такой период может длиться от нескольких часов до суток и при легком течении больной поправляется. Чаще же наблюдаются тяжелые формы и наступает 3-й период.

3. Период венозного застоя (длится 3-4 суток). Температура вновь повышается, желтуха усиливается, также как и становятся более выраженными геморрагические проявления: носовые, маточные, желудочно-кишечные кровотечения, на коже появляются крупные геморрагии.

Быстро развивается острая почечная недостаточность с выраженной альбуминурией (белок в моче), олигурией (снижение диуреза), возможна анурия (отсутствие диуреза). Артериальное давление падает, тоны сердца приглушены, пульс до 40 ударов в минуту, экстрасистолия, возможен коллапс. Размеры печени увеличены, становится плотной, резко болезненной при пальпации из-за растяжения капсулы печени. При биохимическом обследовании крови: повышаются показатели прямого и непрямого билирубина, АЛТ, снижается содержание лейкоцитов до 1,5-2,5 тыс. в 1 мкл, отмечается нейтропения и лимфопения. Замедляется свертываемость крови, повышается СОЭ. Данные изменения наиболее характерны для 6-7 день болезни. Это критический период для больного, в моче количество белка увеличивается до 10 г/л, появляются зернистые и гиалиновые цилиндры.

Летальный исход наступает в 50% случаев, чаще от острой почечной недостаточности с развитием уремической комы (отек головного мозга, потеря сознания) и токсического энцефалита, реже от печеночной комы или сердечнососудистой недостаточности (миокардита).

При благоприятном течении болезни с 8-9 дня заболевания общее состояние постепенно улучшается, наступает период выздоровления (реконвалесценции), нормализуются лабораторные показатели. Небольшая слабость в виде остаточного явления сохраняется в течение недели.

Диагностика желтой лихорадки

Предварительный диагноз выставляется на основании:

- 1) Прибытия или нахождения в эндемичном регионе (страны Африки и Южной Америки) – тропики и субтропики;
- 2) Симптомов болезни («седловидная» или «двухволновая» температурная кривая, геморрагический синдром, желтуха, поражение почек, печени и селезенки);
- 3) Лабораторных данных: (в биохимии – увеличение билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, в общем анализе крови – угнетение ростков кроветворения – снижение лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов, снижение тромбоцитов, ускорение СОЭ, в моче – белок, цилиндры, эритроциты) и прочее.

Окончательный диагноз подтверждается специфическими лабораторными данными при исследовании крови подозрительного на желтую лихорадку пациента, взятой до 3-4го дня болезни.

- 1) Биологический метод (путем внутримозгового заражения новорожденных или молодых белых мышей).
- 2) Экспресс-диагностика, основанную на индикации антигена - проводят с помощью метода ИФА, результат через 3 часа.
- 3) Из серологических реакций используют РН, РСК, РТГА, РНГА, ставят парными сыворотками, взятыми к концу первой недели болезни и спустя 2-3 дня.
- 4) При летальном исходе гистологически исследуется печень, где выявляются очаги субмассивного и массивного некроза печеночных долек и ацидофильные тельца Каунсильмена.

Желтую лихорадку дифференцируют с гриппом, вирусными гепатитами, тропической малярией, желтушной формой лептоспироза, лихорадкой Денге, клещевым возвратным тифом, крымской геморрагической лихорадкой, с геморрагическими лихорадками Ласса, Эбола, Марбург.

Лечение желтой лихорадки

1. Организационно-режимные мероприятия. Госпитализация всех больных в стационар и строгий постельный режим! Нарушение данного пункта может стоить человеку жизни. Диета молочно-растительная с комплексом витаминов (С, В).
2. Этиотропного (противовирусного) лечения нет.
3. Патогенетическое и симптоматическое лечение:
 - дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы, растворы альбумина);
 - профилактика и лечение геморрагического синдрома (преднизолон, аминокaproновая кислота, коллоидные растворы, по показаниям переливание крови);
 - при почечной недостаточности (дегидратация, стимуляция диуреза, по показаниям гемодиализ);
 - при поражении печени (детоксикация организма – гепасол, гепатопротекторы, глюкоза и др.)
 - при наложении вторичных бактериальных инфекций назначают антибиотики.

Профилактика желтой лихорадки

Профилактические мероприятия направлены на предупреждение заноса инфекции из-за рубежа.

1) Проводят уничтожение комаров и мест их выплода, защиту от них помещений и использования индивидуальных средств защиты.

2) В качестве средства иммунопрофилактики используется однократная иммунизация живой

ослабленной вакциной, преимущественно из штамма 17-D (0,5 мл в разведении 1:10 подкожно), лиц в возрасте от 9 мес. и старше, проживающих на эндемичных территориях или намеревающихся посетить их, с ревакцинацией через 10 лет.

Иммунитет вырабатывается с 10 дня после вакцинации и с 1 – после ревакцинации. В России используется одна вакцина российского производства, отвечающая требованиям ВОЗ. За рубежом назначается вакцина "Стамарил Пастер" производства "Авентис Пастер" (Франция).

Всем вакцинированным выдается международное свидетельство о вакцинации или ревакцинации против желтой лихорадки, которое является индивидуальным и заполняется на английском и французском языках. Свидетельство становится действительным с 10го дня после вакцинации и в течение 10 лет.

Литература

- ◎ **Врач инфекционист Быкова Н.И.**