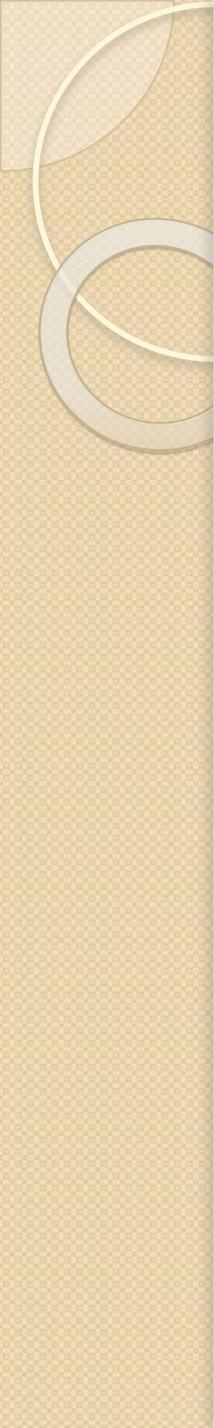


Особо-опасные и актуальные для Ростовской области инфекции



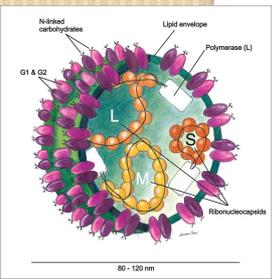
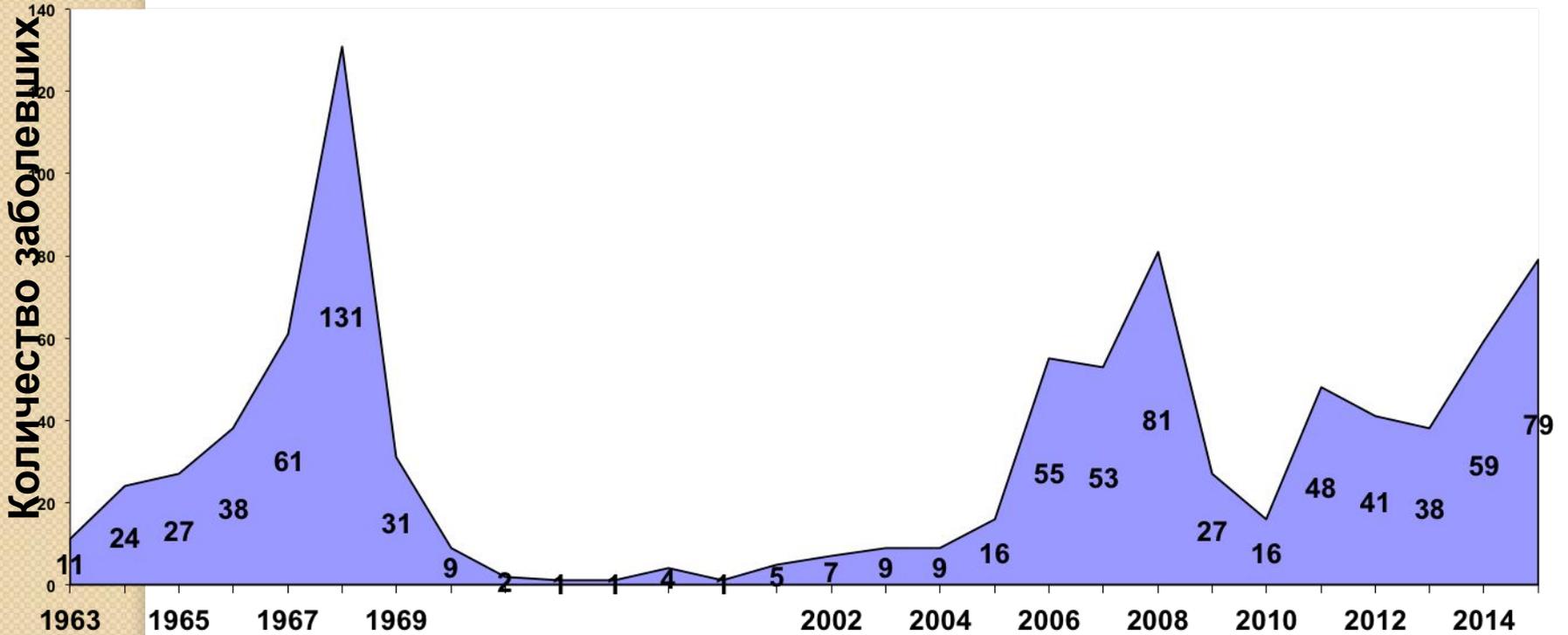


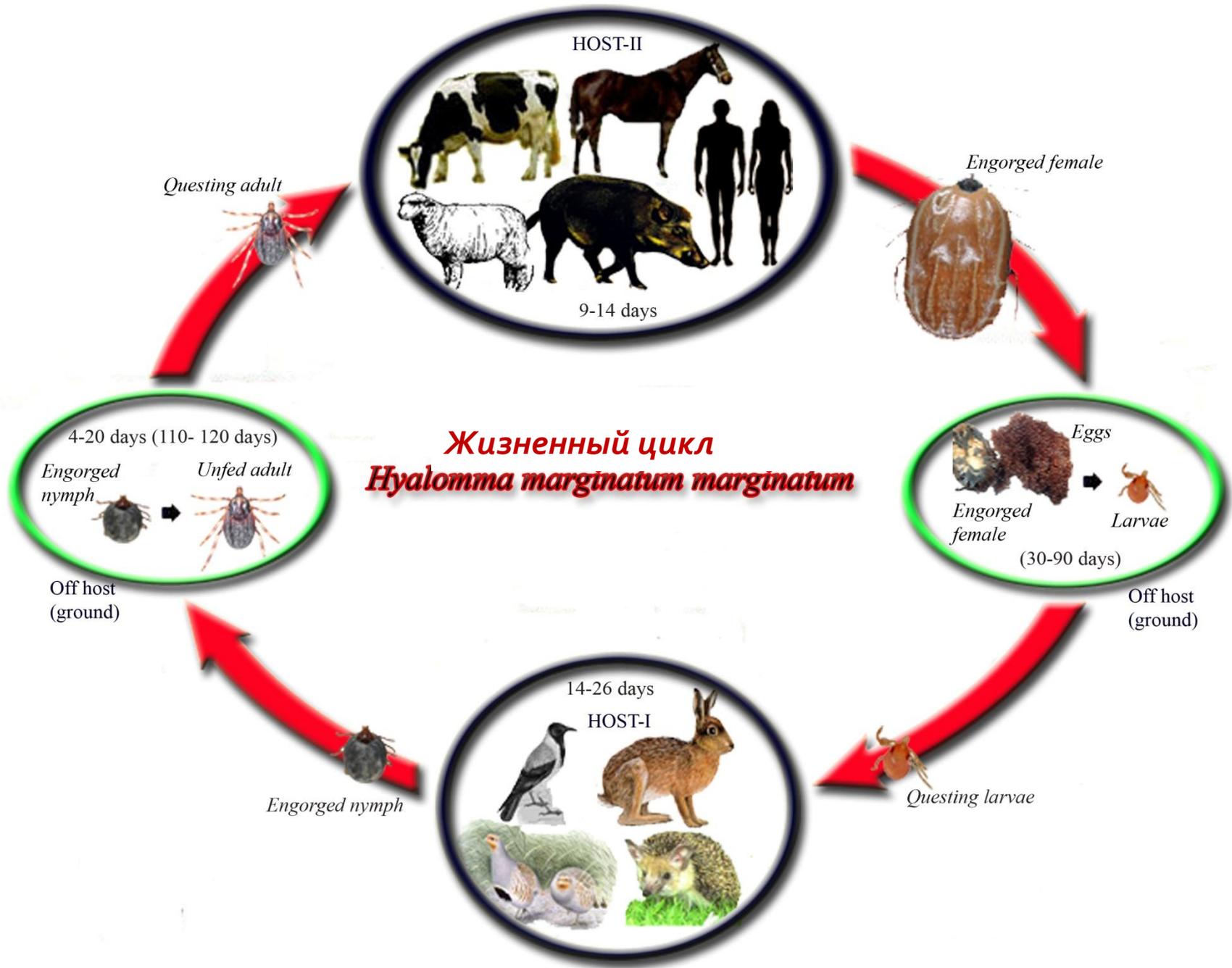
Конго-Крымская геморрагическая лихорадка

Статистика заболеваемости ККГЛ в России 1999-2015 г.г.



Количество заболевших ККГЛ в Ростовской области в 1963-2015 г.г.





Источник инфекции:

Клещи, домашние животные, дикие мелкие млекопитающие, а также больной человек.

Основные пути передачи вируса ККГЛ:

инокуляционный – при укусе клеща является ведущим;

контаминационный – при раздавливании клеща при уходе за сельскохозяйственными животными и полевых работах;

гемоконтактный – при контакте с кровью животных, убойе или разделке туш сельскохозяйственных животных;

гемоконтактный внутрибольничный – инфицирование вследствие контакта с кровью больных ККГЛ при наличии незащищенных кожных покровов и слизистых;

аспирационный – возможен в лабораторных условиях, наблюдается крайне редко;

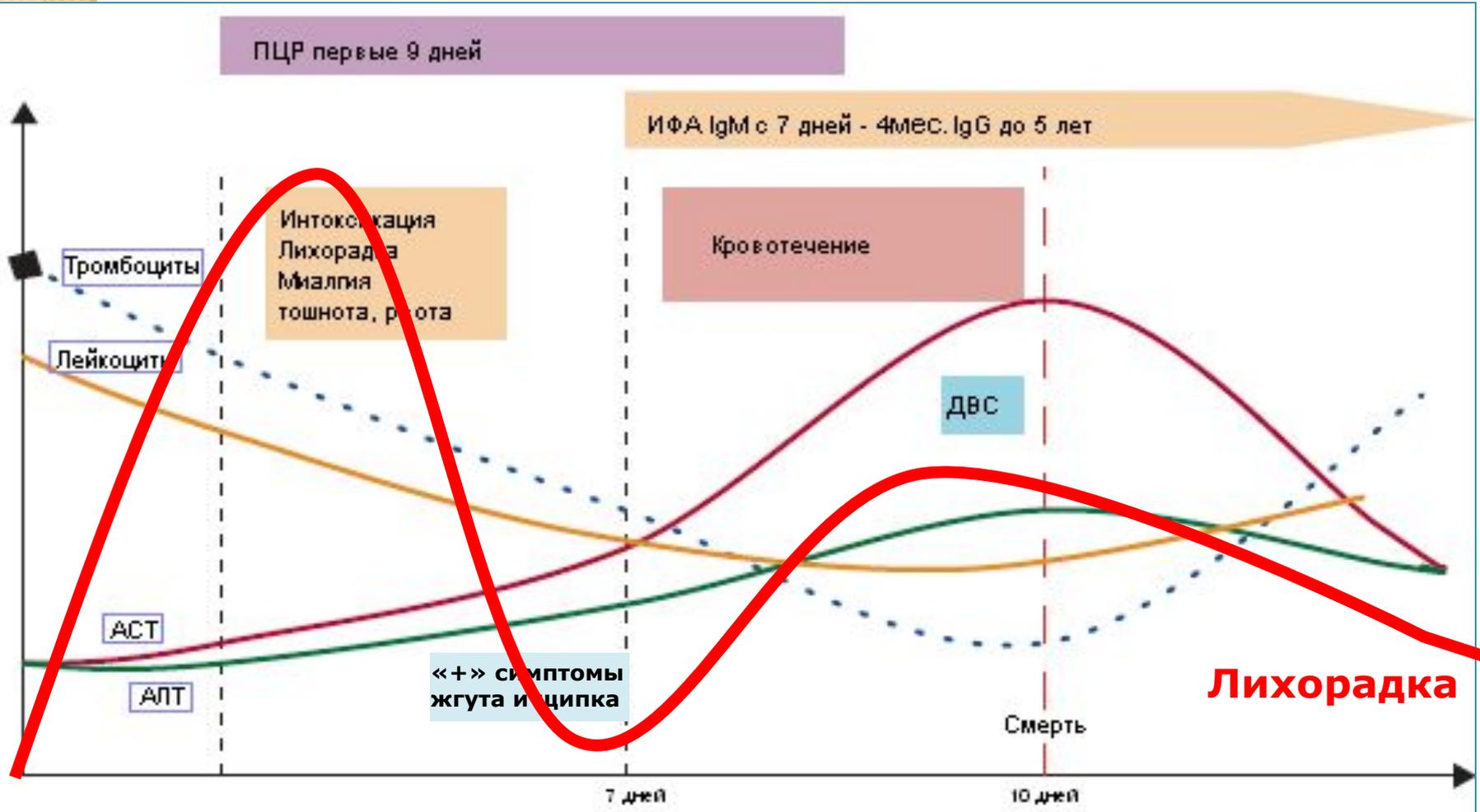
аэрозольный – при проведении процедур, связанных с генерацией аэрозоля

Инкубационный период: от 1 до 14 дней, в среднем - 4-6.

Клинические симптомы ККГЛ*

Лихорадка	100%
Интоксикация	100%
Геморрагический синдром	60%
Сыпь	80%
Симптомы поражения почек	60%
Боль в животе и пояснице	60%
Симптомы поражения печени	70%
Диспепсия	10%
Гиперемия кожи лица и шеи	80%
Гиперемия ротоглотки	40%
Шок	30%
Отек легких	<10%
Энцефалопатия	<10%
Менингеальный синдром	<10%

* Ориентировочные данные



Инкубация

Предгеморрагический период

Геморрагический период

Восстановительный

Клинико - лабораторная характеристика ККГЛ

Критерии диагноза ККГЛ –

сомнительный (предположительный)

- ☐ Высокая лихорадка
- ☐ Острое начало
- ☐ Головная боль
- ☐ Мышечные боли

+

Теплый сезон; пребывание в неблагополучном регионе по ККГЛ

☐ Укус или контакт с клещом

- ☐ Пребывание на природе (возможный контакт с клещом, инфицированными дикими животными)
- ☐ Контакт с больным ККГЛ (при уходе, оказании медицинской помощи, заборе или исследовании образцов крови)
- ☐ Профессия (чабан, скотник, сельскохозяйственный работник, ветеринар и др.)
- ☐ Контакт с больным с лихорадкой неуточненной этиологии

Критерии диагноза ККГЛ

возможный (вероятный)

Пребывание в неблагополучном регионе по ККГЛ: теплый сезон; эпиданамнез (см. предыдущий слайд)

□ Острое начало с лихорадки

□ Лейкопения, тромбоцитопения

□ Геморрагические проявления:

геморрагии, геморрагическая пурпура, носовое кровотечение, кровоточивость десен, рвота кровью, кровохарканье (как минимум 2 признака)

□ отсутствие предрасполагающих факторов и других причин развития геморрагического синдрома

Диагноз ККГЛ – *подтверждённый*

- Клинико-эпидемиологические критерии
- РНК ККГЛ – ПЦР
- Антитела к вирусу ККГЛ

(IgM в титре 1:800, либо нарастание IgG в динамике не менее, чем в 4 раза)





Дозы и схема лечения рибавирином, рекомендуемые ВОЗ

Взрослые

Путь введения	Стартовая доза	1-4 день болезни	5-10 день болезни
пероральный	30 мг/кг однократно (максимум 2 г)	15 мг/кг каждые 6 часов (максимум 1 г)	7 мг/кг каждые 6 часов (максимум 0,5 г)

Дети

Путь введения	Стартовая доза	1-4 день болезни	5-10 день болезни
пероральный	30 мг/кг (максимум 2000 мг) однократно	15 мг/кг (максимум 1000 мг) каждые 6 часов	7,5 мг/кг (максимум 500 мг) каждые 6 часов

Наблюдение за контактными

В течение 14 дней после последнего контакта с больным ККГЛ с проведением 2-х кратной термометрии ежедневно. Госпитализация не рекомендуется за исключением тех случаев, когда ведение контактных лиц невозможно из-за больших расстояний, или когда есть специальное требование медицинского персонала и т.д.

Рибавирин следует назначать только тем контактным лицам, у которых был непосредственный контакт с кровью больного или другими биологическими жидкостями по 500 мг 4 раза в сутки в течение 7 дней (дозы для профилактики четко не определены)

ККГЛ в Сальске, 2011

Кластер из 9 случаев ККГЛ в Сальске (2011)

Акушерка

PCR "+",
выжила

Первичный случай

23 летняя женщина (22 недели беременности) поступила в инфекционное отделение ЦРБ 06 мая 2011 (2-й день болезни), умерла 11 мая 2011 (7 день болезни)

Тяжелая 2-х сторонняя пневмония, рвота с примесью крови, кровоизлияния, маточное кровотечение, кровотечение из подключичного. Пациентка получала оксигенацию через назальный катетер, затем была на ИВЛ. Ингалятор-небулайзер также использовался
PCR "+", умерла

Вторичный случай

Анестезиолог
АРО
(проводил ингаляцию и ИВЛ);
PCR "+", выжила

Вторичный случай

Медсестра, кот. выполняла в/в инъекции через катетер и ежедневно проводила контроль ингаляции;
PCR "+", выжила

Вторичный случай

Медсестра в реанимации, контролировала проведение ИВЛ;
PCR "+", выжила

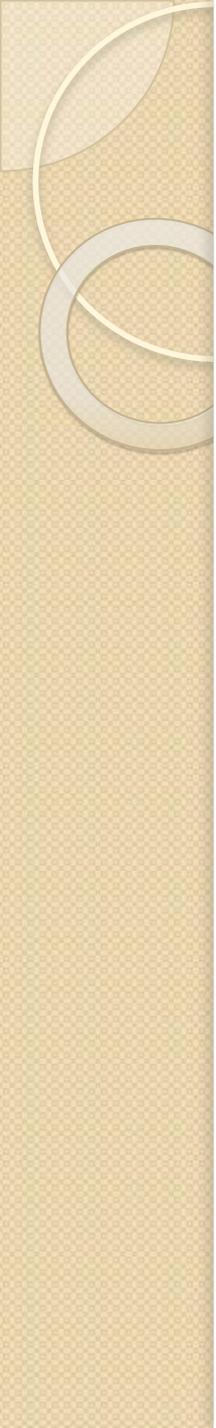
Вторичный случай
Санитарка (смена белья, дезинфекция судна, уборка палаты);
PCR "+", выжила

Вторичный случай

Анестезист
(находилась в палате 10 мин., не имела прямого контакта с пациентом);
PCR "+", выжила

Вторичный случай

Лечащий врач
PCR "+",
выжила

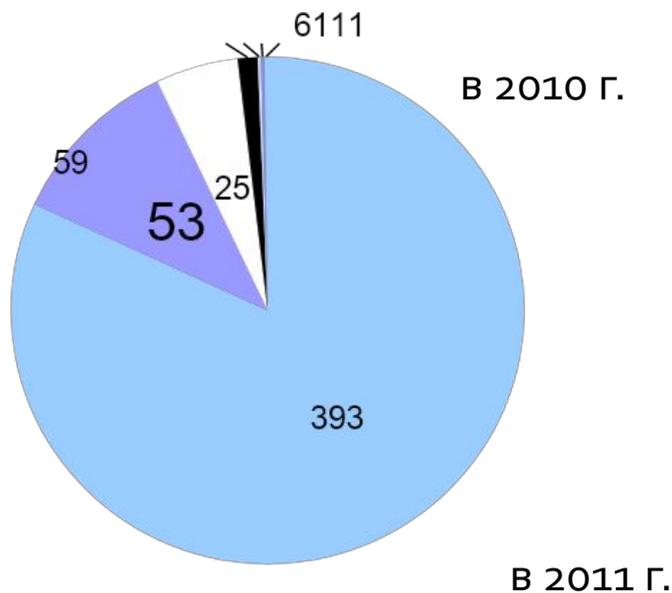


Лихорадка Западного Нила

Миграционные пути птиц



Инцидентность Лихорадки Западного Нила в России в 2010 г.

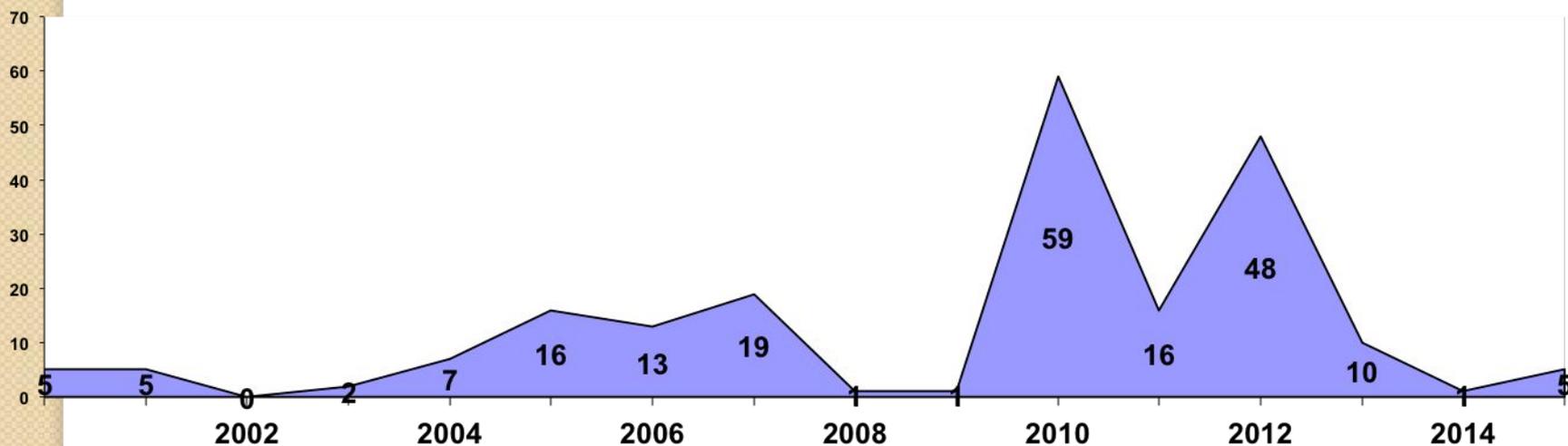


Южный федеральный округ

- Волгоградская область – 393, в т.ч. 5 летальных;
- Ростовская область – 59, в т.ч. 1 летальный
- Воронежская область – 25;
- Астраханская область – 6;
- Калмыкия – 1;
- Краснодарский край – 1;
- Челябинск – 1
- Большинство > 60 лет

166 случаев в целом по России

Инцидентность Лихорадки Западного Нила в Ростовской области в 2000-2015 гг



ЛЗН - ФЕНОМЕН АЙСБЕРГА

Менингит,
энцефалит,
полиомиелит

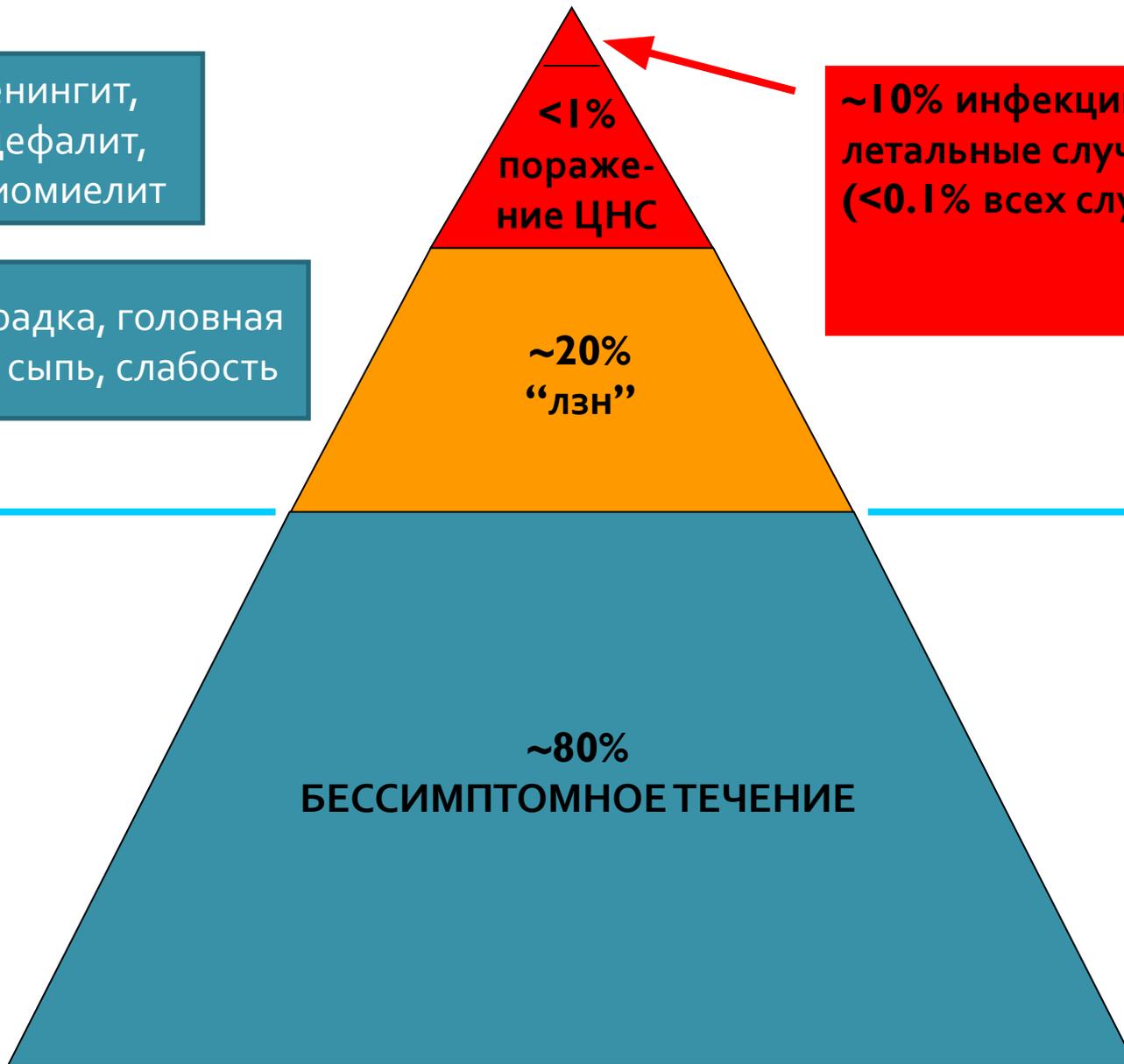
Лихорадка, головная
боль, сыпь, слабость

<1%
пораже-
ние ЦНС

~10% инфекции ЦНС –
летальные случаи
(<0.1% всех случаев)

~20%
“ЛЗН”

~80%
БЕССИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ



Клинический спектр ЛЗН: пересмотр



ЛЗН

- Инкубационный период 3-14 дней
- Основные симптомы:
 - - лихорадка,
 - - интоксикация,
 - - головная боль,
 - - тошнота, рвота, диарея (примерно у 25% больных)
 - - пятнисто-папулезная сыпь (обычно без зуда) - отмечается несколько дней на груди, спине, животе, верхних конечностях
- Менингеальные симптомы (менингизм, менингит)
- Очаговая симптоматика со стороны ЦНС
- Длительная астенизация в течение нескольких месяцев

ЛЗН сыпь



Чаще при: *

- легких формах (лихорадка>менингит>энцефалит)
- у более молодых пациентов (до 65 > свыше 65 лет)

Диагностика ЛЗН

- Подозрение на менингит, энцефалит или вялые параличи ЛЗН-этиологии должно возникать с конца весны и до начала зимы
 - Диф. диагностика с другими менингитами и энцефалитами вирусной этиологии (клещевой энцефалит, энтеровирусная инфекция, грипп, герпесвирусные инфекции, КГЛ и др.)
- Должны учитываться:
 - эпид. обстановка по ЛЗН на данной территории
 - недавние поездки
 - Лабораторная диагностика: ИФА (IgM, IgG), ПЦР, РТГА, РСК, РН

Лечение ЛЗН

- Специфическое лечение не разработано
 - Терапия интерфероном альфа – в стадии клинических испытаний
 - Иммуноглобулин с высоким содержанием антител к вирусу ЛЗН (в Израиле)
 - Вакцина против ЛЗН – на стадии клинических испытаний
 - -----
 - Рибавирин, аналоги нуклеозидов, стероиды

Клещевой боррелиоз

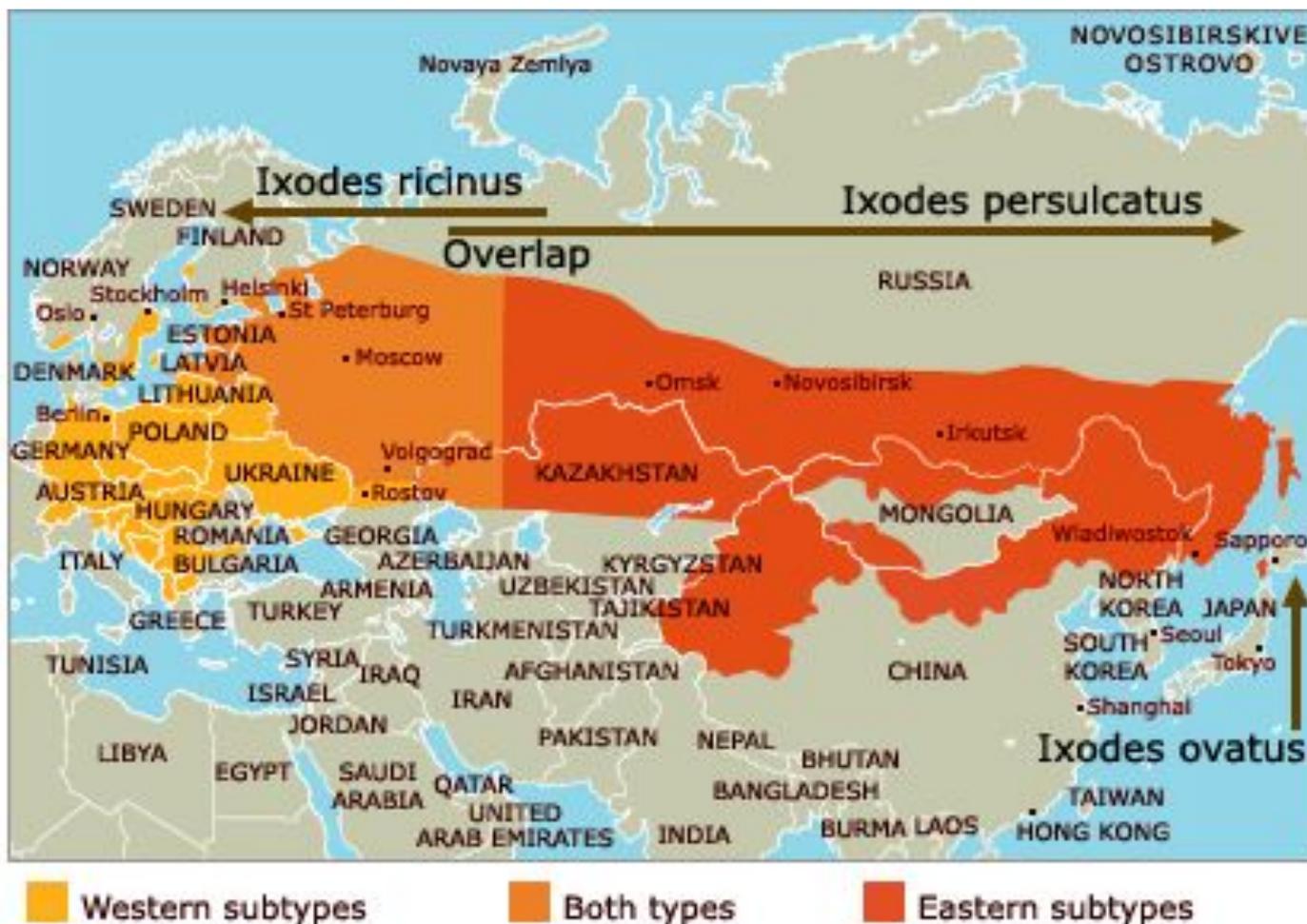
- Эпидемиологическое значение имеют только **два вида:**

- ***Ixodes Persulcatus***

- ***Ixodes Ricinus***



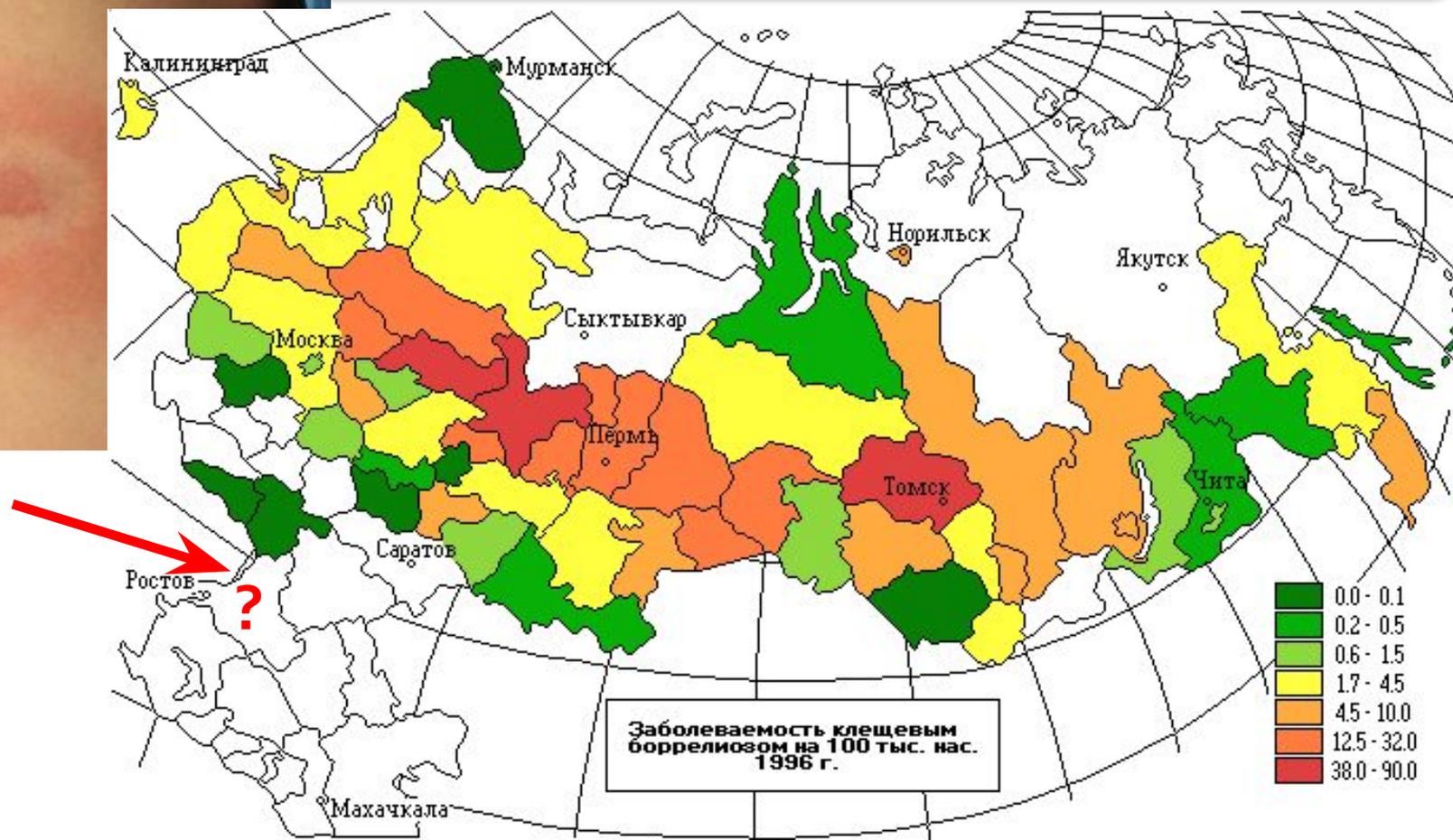
Зоны распространения клещей *I. persulcatus* и *I. Ricinus*



Barrett, PN, Dorner F, Ehrlich H, Plotkin SA.. Tick-Borne Encephalitis Virus Vaccine. In Plotkin SA, Orenstein WO. Vaccines. 4th Edition. Saunders 2004; 1039–1055

Клещевой иксодовый боррелиоз – новая инфекция в Ростовской области

8 верифицированных случаев клещевого боррелиоза в 2015 г.
и 1 - в 2014 г



КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ИКБ

(Ю.В. Лобзин и др., 1996)

- *Форма болезни:* Латентная, манифестная
- *По течению:* острое (до 3 мес), подострое (от 3 до 6 мес), хроническое (более 6 мес).
- *По клиническим признакам:*
- острое и подострое течение: **эритемная и безэритемные** формы с преимущественным поражением нервной системы, сердца, суставов;
- *хроническое течение:* непрерывное и рецидивирующее (течение) с преимущественным поражением нервной системы, сердца, суставов, кожи.
- *По тяжести:* легкое, средней тяжести, тяжелое.

Лайм-боррелиоз

Инкубационный период 1-20 дней

Основные клинические симптомы

Частота встречаемости (%)

Ранний период (5-10 дней)

Локальная инфекция (местное воспаление кожи)

90

Лихорадка

90

Интоксикация

<70

Сыпь

<40

Вторичные эритемы

<50

Миалгии, артралгии

<50

Менингеальные симптомы

<10

Регионарный лимфаденит

<30

Лимфоаденопатия

<20



<http://lymediseaseguide.org/wp-content/uploads/2011/09/erythema-migrans-lyme-disease-rash.jpg>





Лайм-боррелиоз

Основные клинические симптомы

Частота встречаемости (%)

Период диссеминации (несколько недель)

Локальная инфекция (местное воспаление кожи)

30

Лихорадка

90

Интоксикация

<70

Поражение ЦНС (менингит, менингоэнцефалит)

<60

Поражение периферической НС (плекситы, полирадикулиты)

<50

Поражение ССС (А-В блокада, дилат. кардиомиопатия)

<50

Панкреатит

20

Миалгии

10

Костно-суставные боли

10

Лимфоцитома



Поздние кожные проявления

Лимфоцитомы



Наблюдения проф. Курдиной М.И. и к.м.н. Макаренко Л.А.

Поздние кожные проявления

Склеродермия при боррелиозе



Наблюдения проф. Курдиной М.И. и к.м.н. Макаренко Л.А.

Хроническая форма болезни Лайма

- **Нейроборрелиоз:**
 - моно(поли)неврит
 - прогрессирующий энцефаломиелит
 - цереброваскулярные нарушения
 - энцефалопатия
 - эпилепсия
 - хорея
- **Дерматоборрелиоз:**
 - хронический атрофический акродерматит
 - доброкачественная лимфоцитома кожи
 - очаговая склеродермия
- **Моно(поли)артрит**
- **Лаймкардит:**
 - АВ-блокада I-III степени
 - миокардиодистрофия

Лайм-боррелиоз

Основные клинические симптомы

Частота встречаемости (%)

Поздний период

Миокардиодистрофия (лайм-кардит)

40

Олигоартрит

70

Полиартрит

20

Энцефаломиелит (прапарез, атаксия), радикулопатия, полиневропатия

40

Хронический атрофический акродермит

30

Хронический атрофический акродерматит



Диагностика

- РНИФ (нарастание титра Ат в 4 раза)
- ИФА
- ПЦР

Лечение I стадии с мигрирующей эритемой

- **Доксициклин** 100 мг x 2 раза (суточная доза 0,2 г внутрь), курс 10-14 дней.
- **Азитромицин (зитролид, сумамед, азитрокс, хемомицин)** 1000 мг/сут в 1 день, 500мг/сут со 2 по 5 дни.
- **Амоксициллин** 0,5 г x 3 раза (суточная доза 1,5 г) внутрь, курс 10-14 дней.
- **Пенициллин** 500 000 ЕДx 4 раза в сутки в/мышечно, курс 10-14 дней.

Лечение II стадии

(с развитием вторичных элементов эритемы, неврита лицевого нерва, АВ блокады I степени)

- **Доксициклин** 0,1 г x 2 раза (суточная доза 0,2 г внутрь), курс 14-30 дней.

Лечение II стадии

(с выраженными неврологическими и кардиальными проявлениями) и III стадии

- **Цефтриаксон** (лонгацеф, офрамакс) 2 г 1 раз в сут. в/венно, курс 14-21 день.
- **Цефотаксим** (клафоран) по 2 г – 2 раза в сут. в/венно, курс 14-21 день.
- **Пенициллин G** (натриевая соль) 18-24 млн в сут. в/венно, курс 14 дней.

Профилактика

- После укуса клеща в эндемичных по Лайм-боррелиозу районах – доксициклин 200 мг однократно



Лептоспироз

2013 г – 5 случаев,
2012 г – 2 случая

Клинико-патогенетическая классификация лептоспироза

Степень тяжести	Форма течения	Исходы
<ol style="list-style-type: none">1. Легкая2. Средне-тяжелая3. Тяжелая4. Очень тяжелая	<ol style="list-style-type: none">1. Острая2. Затяжная3. Желтушная4. Безжелтушная5. Без рецидивов6. С рецидивами7. Без осложнений8. С осложнениями: инфекционно-токсический шок, острая почечная недостаточность, острая почечно-печеночная недостаточность, ДВС-синдром, РДСВ, менингит, пневмония, миокардит, ирит, иридоциклит, помутнение стекловидного тела, паротит, отит, гингивит и др.	<ol style="list-style-type: none">1. Выздоровление2. Резидуальные проявления со стороны внутренних органов3. Смерть

Резервуар и источник

Резервуар и источники инфекции разделяют на две группы:

- **Основной природный резервуар первой группы** — грызуны (серые полёвки, мыши, крысы) и насекомоядные (ежи, землеройки).
- **Основной резервуар второй группы** — различные домашние животные (свиньи, крупный рогатый скот, овцы, козы, лошади, собаки), а также пушные звери клеточного содержания (лисицы, песцы, нутрии), формирующие сельскохозяйственные очаги.



пути передачи

- **Путь передачи** — водный, меньшее значение имеют контактный и пищевой.
- **Ворота инфекции** в организме человека и животного - незначительные повреждения кожи и неповреждённые слизистые оболочки полости рта, носа, глаз, ЖКТ и мочеполового тракта.

Симптомы начального периода заболевания у больных иктерогеemorрагическим лептоспирозом

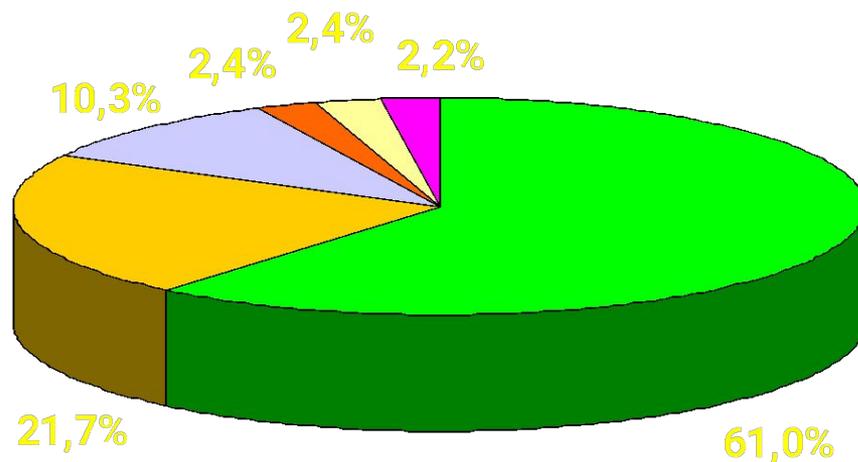


Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика лептоспироза проводится с

- гриппом и другими ОРЗ;
- геморрагическими лихорадками;
- тифо-паратифозными заболеваниями;
- вирусными и токсическими гепатитами;
- иерсиниозами;
- сепсисом и менингитами различной этиологии;
- другими болезнями, протекающими остро с лихорадкой и выраженным синдромом интоксикации.

Диагнозы заболевания у больных лептоспирозом при направлении в стационар



- лептоспироз
- грипп, ОРВИ
- острый вирусный гепатит
- острый гастроэнтерит
- геморрагическая лихорадка
- менингококковая инфекция

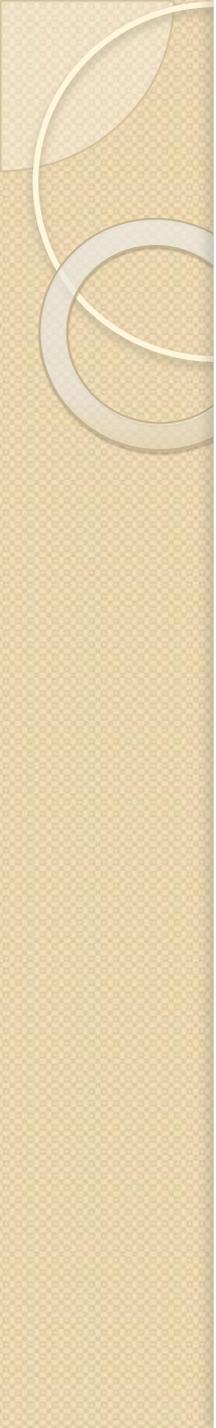
Специфическая лабораторная диагностика

- «Золотым стандартом» диагностики лептоспироза во всем мире является реакция микроагглютинации лептоспир (РМАЛ)
- ИФА
- ПЦР (ДНК лептоспир)

Лечение больных лептоспирозом

Основная задача интенсивной терапии больных с тяжелым течением лептоспироза заключается в своевременном назначении этиотропной терапии и профилактике полиорганной недостаточности с помощью следующих лечебно-диагностических мероприятий:

- Установление индивидуального диагноза и объективная оценка тяжести состояния больного.
- Антибактериальная терапия.
- Коррекция эндотоксикоза.
- Гемодинамическая и респираторная поддержка (терапия).
- Профилактика и лечение ДВС-синдрома.
- Заместительная терапия, коррекция метаболических расстройств, адекватное обеспечение энергопластических потребностей организма (нутритивная поддержка).
- Применение эфферентных методов детоксикации и гемокоррекции.



МАЛЯРИЯ

Синдромальная модель 3-х дневной малярии



Синдромальная модель 4-х дневной малярии



Синдромальная модель тропической малярии

Лихорадка	+++++
Интоксикация	+++++
Диспепсия	++
Гепатоспленомегалия	++++
Анемия	++++
Энцефалопатия	++
Геморрагический синдром	+++
Почечно-печеночная недостаточность	+

Диагностика малярии

- микроскопия тонкого мазка и толстой капли крови, окрашенных по Романовскому-Гимзе
- Серологические исследования
 - РФА
 - РНГА
 - Para Sight-F тест (паратест) – для диагностики тропической малярии. Основой его является определение протеина, специфичного только для этого вида плазмодия.
 - Иммунохроматографические тесты

Лечение

P. vivax, *P. ovale*, *P. malariae* – **делагил (хлорохин)** - 1 день 1,5 г (6 табл), 2 и 3 день 0,5 г.

При малярии, вызванной *P. vivax*, *P. ovale* с 4 по 17 день - **примахин** по 0,027г (3 табл) ежедневно в 1 или 2 приема.

При резистентных формах *P. vivax* - **хинина сульфат** 650 мг 3 раза в день+ **доксциклин** 100 мг 2 р в день 7 дней и др. схемы

P. falciparum – **хлорохин** 1 день 1,5 г (6 табл), 2 -5 день 0,5 г.,

При резистентных формах -

хинина сульфат 650 мг 3 раза в день+ **доксциклин** 100 мг 2 р в день 7 дней;

мефлохин (лариам) 750 мг (3 табл) однократно, затем 500 мг (2 табл) спустя 6-12 и спустя 6-8 часов еще 250 мг (1 табл)

и др. схемы

Профилактика

- Делагил (хлорохин) 500 мг (2 табл) 1 раз в нед. за неделю до выезда, весь период пребывания эндемичном районе и 4 нед после приезда;
- Мефлохин (лариам) 1 табл (250 мг) за 2-3 нед до выезда, весь период пребывания в энд районе и 4 нед после приезда
- др схемы

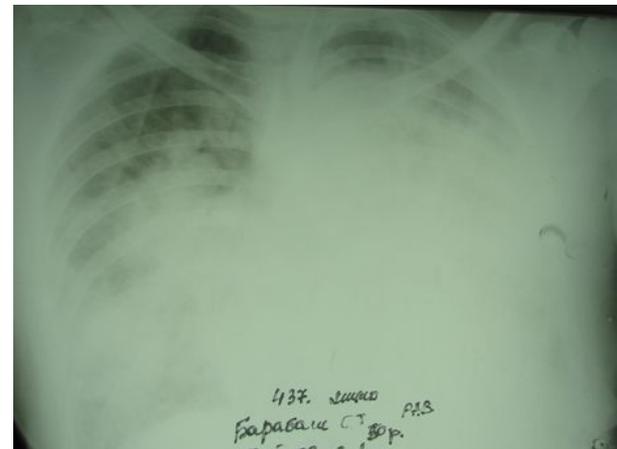


Грипп

реститив гриппу... дивиденд



теках немає масок...



ГРУППЫ РИСКА ПО ОСЛОЖНЕННОМУ ТЕЧЕНИЮ ГРИППА

- ✓ дети первых двух лет жизни
- ✓ беременные женщины (особенно 2-3 триместр)
- ✓ лица любого возраста с хроническими заболеваниями легких (астмой, ХОБЛ и др.)
- ✓ лица любого возраста с хроническими заболеваниями ССС
- ✓ лица с нарушениями обмена веществ (диабет, ожирение 2-3 ст)
- ✓ лица с хроническими заболеваниями почек, печени, нервной системы, гемоглобинопатиями
- ✓ лица в возрасте 65 лет и старше



Ситуация сезона 2015-2016: можно ли было предвидеть?

1. Предвестники:

рост заболеваемости и смертности в других странах от гриппа А (H1N1)pdm2009 в 2015 году

Индия, февраль 2015 года - в течение сезона умерли 833 человека, 14484 заболели
Иран, ноябрь-декабрь 2015 года. 112 человек умерли, 1190 заболели
США, Нью-Йорк -2013-2014 гг., Непал и Кувейт 2014-2015 - рост заболеваемости среди молодых людей и лиц среднего возраста

2. Пандемия 2009 года пришла на Юг России в ослабленной форме, многие не переболели;

3. Вирус (H1N1)pdm2009 продолжил циркулировать в последующие годы, но не доминировал

4. Низкий охват вакцинацией

В России, особенно на Юге, и ряде других стран образовалась массивная прослойка населения, не имевшая постинфекционного или поствакцинального иммунитета

ПАЦИЕНТ С ПРИЗНАКАМИ ГРИППА И ОРЗ

Пациент

- 1) относится к группе риска по осложненному течению гриппа и ОРВИ;
либо
- 2) нуждается в госпитализации в связи с тяжестью состояния

НЕ
Т

Противовирусные препараты,
не относящиеся к ингибиторам
нейраминидазы (ИН):
Кагоцел,
Арбидол, Амизон, Ингавирин и
др.

ДА

Занамивир (РЕЛЕНЗА®) –
предпочтителен у беременных
или
Осельтамивир (ТАМИФЛЮ®) – с
учетом чувствительности вируса
гриппа А
+
другие противовирусные препараты, не
относящиеся к интерферонам или их
индукторам:
ингавирин и др.

ГРИПП В и диарея

Сезон 2014-2015: грипп В

Ростов-на-Дону (50 случаев)

- ✓ Течение заболевания у 40% больных характеризовалось афебрильным продромальным периодом в течение 2-3 дней либо волнообразным течением
- ✓ В 24% случаев грипп В сопровождался диареей (12 пациентов)
- ✓ В 16% случаев ошибочный диагноз при поступлении: ОКИ (8 больных)
- ✓ Диарея у лиц старше 40 лет, все – женщины, у всех наблюдалась лейкопения
- ✓ Наши данные согласуются результатами исследования ученых из Китая, наблюдавших в 2001-2002 гг. диарею у 26% больных гриппом В и только у 6% у больных гриппом А (всего в исследование было включено 193 взрослых пациента)

Виноградова М.В., Пшеничная Н.Ю., Усаткин А.В., Шмайленко О.А., Постнова Л.Н., Швец Ю.М. Диарея у больных гриппом В/Phuket/3073/2013//Сборник тезисов международной научно-практической конференции «Дифференциальная диагностика, лечение и профилактика инфекций, актуальных для Юга России» - Ростов-на-Дону, 2015. – С.18-20.

Kaji M, Watanabe A, Aizawa H: **Differences in clinical features between influenza A H1N1, A H3N2, and B in adult patients.**

Respirology 2003, **8**(2):231-233.



Несколько случаев сыпи, ассоциированной с вирусом гриппа типа В, у школьников (Канада, Британская Колумбия, 2014)

B/Yamagata-lineage
B/Massachusetts/02/2012

На 3-й день от начала болезни – эритематозная и макуло-папулезная сыпь, начиналась с лица и рук с последующем распространением на ладони, туловище, нижние конечности, стопы. Сопровождалась слезотечением и Фотофобией, держалась 9 дней. Связь сыпи с приемом с пищевой и медикаментозной аллергией не установлена



Новая коронавирусная инфекция nCoV

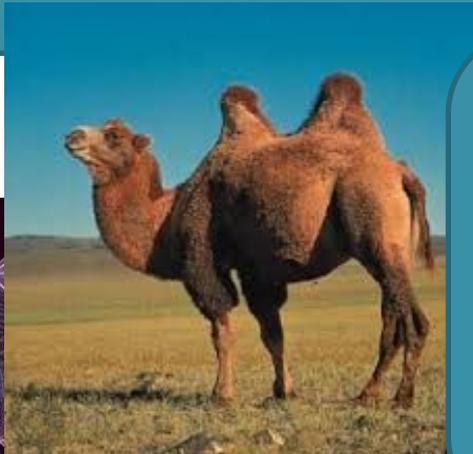
Ближневосточный респираторный синдром MERS-Cov

На 25 февраля 2016 (с 2012 года) : 1644 подтвержденных случаев, 590 летальных, в ряде случаев заболевание осложнилось ОПН, 63% - мужчины, ср возраст 50 лет, летальность 43%

Страны, где произошло инфицирование – Катар, Иордания, Саудовская Аравия, ОАЭ

Завоз и последующие местные случаи произошли в Великобританию, Францию, Германию, Италию, Тунис, Грецию, Турцию – всего MERS подтвержден в 26 странах

Нет специфического лекарственного средства или вакцины – лечение симптоматическое только. Количество случаев растет



В 58% случаев доказана передача инфекции от человека к человеку: в 12% произошло заражение медработников, в 33% - внутрибольничное заражение других пациентов, 13% - внутрисемейные; 38% - от животных, в 4% - источник не установлен



Ближневосточный респираторный синдром MERS-CoV: Вспышка в Южной Корее

Подавляющее большинство случаев связано с медицинскими учреждениями.
185 вторичных случаев, 36 летальных

Начало: 20 мая 2015. Заболел 68-летний бизнесмен, 18-29 и 29- апреля-2 мая 2015 г он посетил Бахрейн, 29-30 апреля ОАЭ, 1-2 мая 2015 – Саудовскую Аравию и 2-3 мая – Катар. Из Катара 4 мая прилетел в Сеул, был здоров.

Заболел 11 мая, с 12 по 15 мая лечился амбулаторно, поступил в госпиталь 15 мая, выписан 17 мая, вечером того же дня обратился в приемный покой другого госпиталя, госпитализирован, 20 мая получен положительный результат мазков из ротоглотки на MERS-CoV, изолирован. 21 мая MERS-CoV выявлен у жены и соседа по палате во время его 1-й госпитализации 15-17 мая (находились в одной палате 6 часов). В течение 14 дней до обнаружения вируса у пациентов не было никаких других потенциальных контактов с резервуарами, источниками и переносчиками инфекции. 25 мая заболела дочь соседа по палате 1-го пациента, ее сначала отказались госпитализировать.

26 мая заболели врач и медсестра, лечившие 1-го пациента

Медсестра Сеульского медицинского центра Samsung, инфицированная БВРС-КоВ, 2 недели продолжала ходить на работу. Она была заражена 27 мая, но работала до 10 июня, когда уже появились признаки заболевания. В Сеульском медицинском центре Samsung, где работал врач, были заражены коронавирусом более 70 человек.



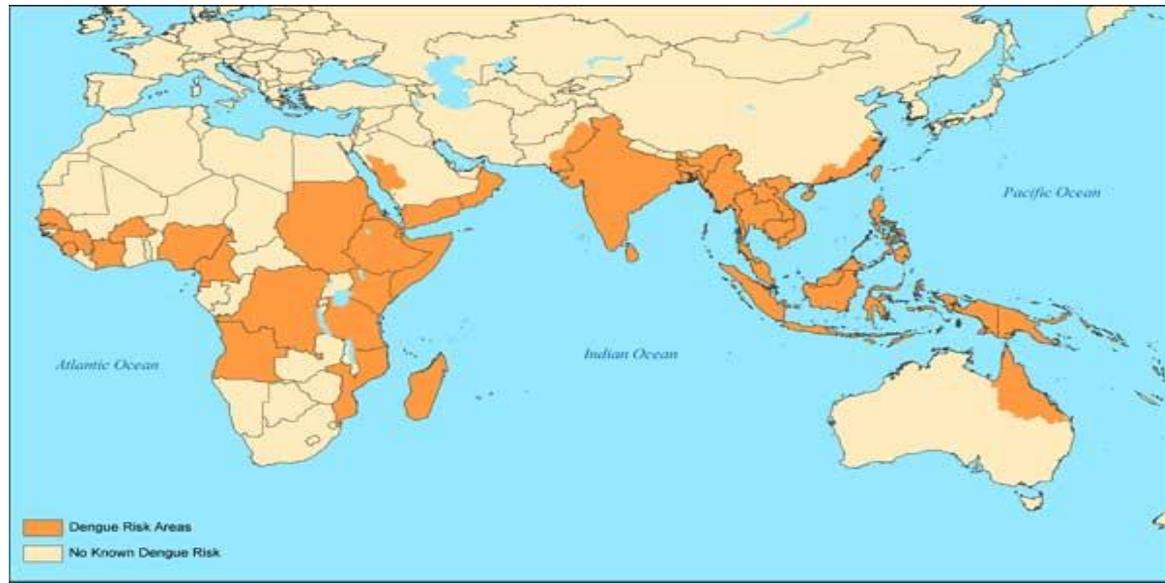
Экзотические инфекции-трансмиссивные зоонозы

- Лихорадка денге
- Лихорадка чикунгунья

лихорадка, миалгия, артралгия, экзантема, лимфаденопатия, геморрагический синдром, лейкопения, энцефалит, менингит, психоз, полиневрит, пневмония, паротит, отит.

С начала **2013** года эпидемические вспышки лихорадки Денге отмечаются в Таиланде, Перу, Парагвае, Венесуэле, Бразилии, Мексике, Никарагуа, Колумбии, Вьетнаме, Шри-Ланке, Малайзии, на Каймановых островах, в 2014 – в Японии

Существует вероятность завоза из стран Юго-Восточной Азии, Индии, Кубы, Бразилии, курортов Средиземноморья, Японии





Лихорадка Денге



Согласно официальным данным Роспотребнадзора за последние 4 года завозные случаи лихорадки денге зарегистрированы в 25 субъектах Российской Федерации. Всего в 2012-2015 гг. зарегистрировано более 420 случаев завоза лихорадки Денге на территорию Российской Федерации, из них в 2015 году - более 100 случаев. За этот период завозные случаи заболевания происходили из Таиланда, Индонезии, Индии, Вьетнама, Бангладеш, Гонконга. Лихорадка денге регистрировалась также у вернувшихся из стран Африки (Ангола, Танзания, Демократическая Республика Конго), Южной Америки (Перу), Северной Америки (Мексика), Индии, Республики Филиппины и некоторых других государств.

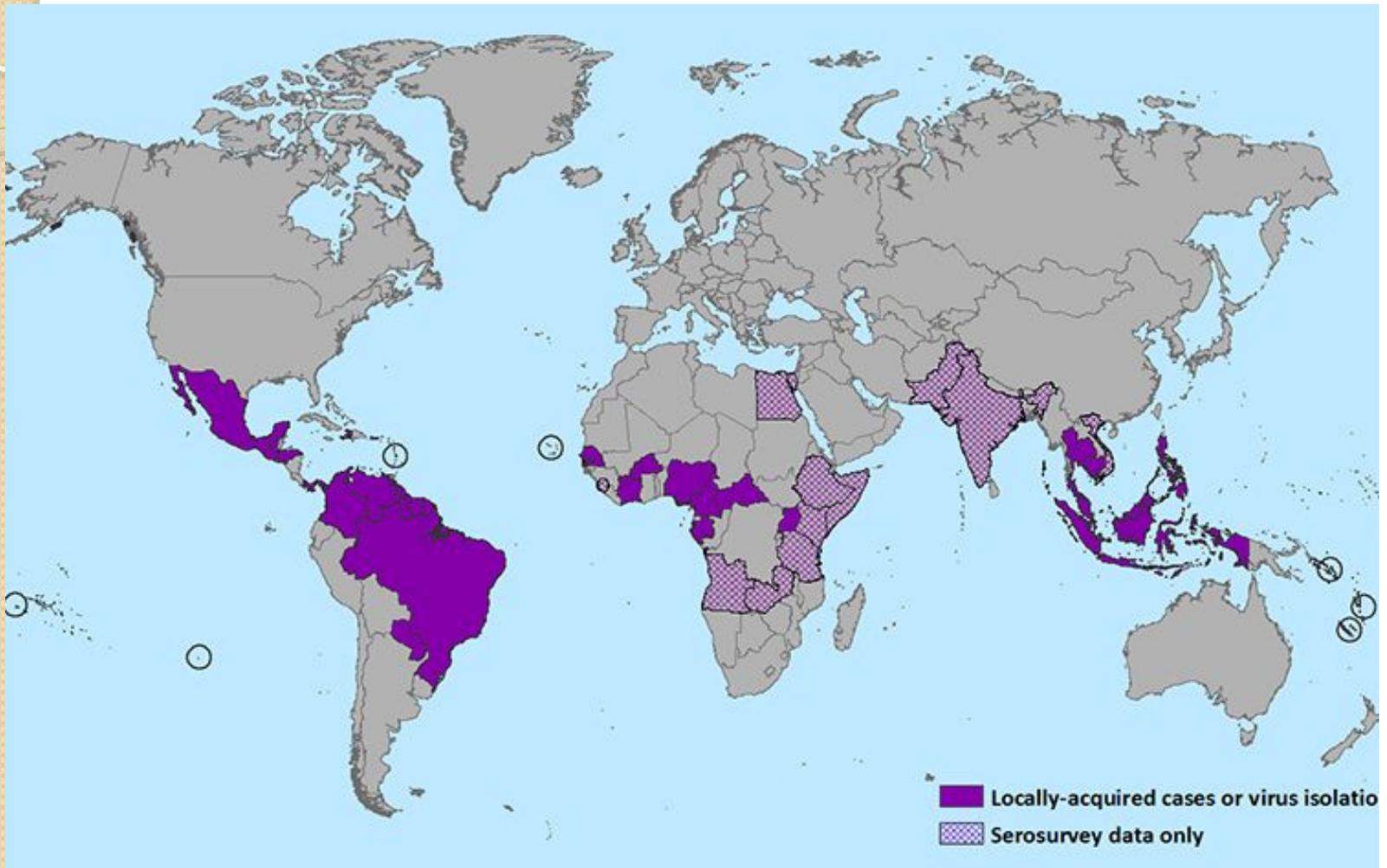


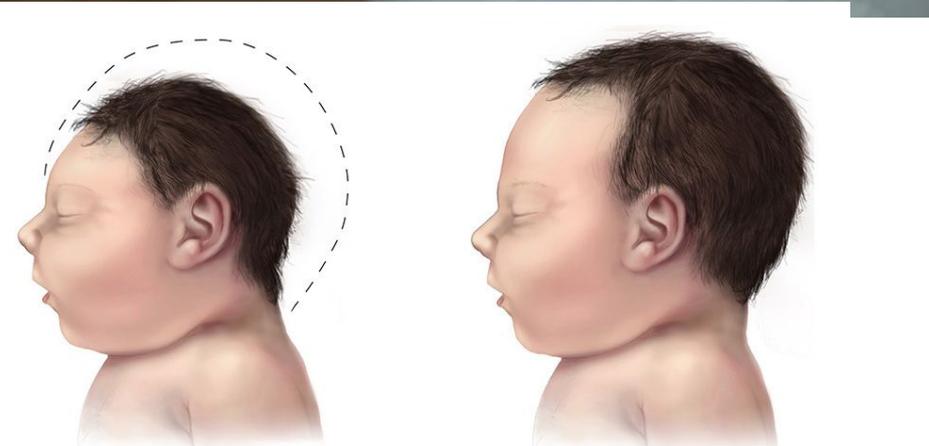
Угроза появления экзотических арбовирусных геморрагических лихорадок (денге, чикунгунья, желтой лихорадки и др.) на юге России

Комары *Aedes egypti* - основной переносчик и резервуар – в 2001 и 2007 годах были обнаружены в виде активно размножающейся популяции (особи обоих полов, личинки) на территории Большого Сочи (Л.А. Ганушкина, В.П., Дремова, 2012).



Болезнь, вызванная вирусом Зика: страны с активной передачей вируса





Болезнь, вызванная вирусом Зика: основные факты

- Род: флавивirusы
- Переносчик: комары рода *Aedes*, резервуар неизвестен
- Механизм передачи: трансмиссивный, в нескольких случаях зарегистрирован половой путь передачи инфекции (США, Франция)
- Впервые обнаружен у макак резус в Уганде в 1947 году, в 1952 выявлен у людей в Уганде и в Танзании. Вспышки болезни, вызванной вирусом Зика, зарегистрированы в Африке, Северной и Южной Америке, Азии и Тихоокеанском регионе.
- Инкубационный период несколько дней (точно неизвестен),
- Симптомы: лихорадка, кожная сыпь, конъюнктивит, боль в мышцах и суставах, недомогание и головная боль. Эти симптомы обычно слабо выражены и сохраняются в течение 2–7 дней.
- Потенциальные осложнения: в ходе крупных вспышек во Французской Полинезии в 2013 году и в Бразилии в 2015 наблюдалось увеличение случаев синдрома Гийена–Барре, которое совпало с заражением населения вирусом Зика, а также рост численности новорожденных с микроцефалией на северо-востоке Бразилии.
- Диагностика: ПЦР на ДНК вируса Зика в крови или другой физиологической жидкости, такой как моча или слюна, ИФА
- Лечение не разработано
- *В Бразилии с октября 2015 по февраль 2016 отмечено 5909 случаев микроцефалии и других дефектов центральной нервной системы, а также 139 смертей. До этого в Бразилии ежегодно фиксировалось порядка 163 случаев микроцефалии у новорожденных.*

Бешенство





Лисы – 258 (53.3%)



Собаки – 88 (18.2%)



ЕНОТЫ— 80 (16.5%)



Кошки – 40 (8.3%)





Волки - I (0.2%)



Другие – хорьки, сурки, ежи,
крысы– 17 (3.5%)

Летучие мыши как резервуар лиссавирусов



Экстренная профилактика

Современный график вакцинации при экстренной профилактике бешенства заключается всего в 6 дозах вакцины, которые вводятся в день обращения и на 3, 7, 14, 30, 90 дни. Если пострадавший принесет справку от ветврача о том, что нанесшее укусы животное здорово, то прививки прекращаются. Ветврач ведет наблюдение за животным в течение 10 дней.

СХЕМА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК КОКАВ И АНТИРАБИЧЕСКИМ ИММУНОГЛОБУЛИНОМ

Категория повреждения	Характер контакта *	Данные о животном	Лечение
1.	Нет повреждений и ослюнения кожных покровов. Нет прямого контакта	Больное бешенством	Не назначается
2.	Ослюнения неповрежденных кожных покровов, ссадины, одиночные поверхностные укусы или царапины туловища, верхних и нижних конечностей (кроме головы, лица, шеи, кисти, пальцев рук и ног, гениталий), нанесенные домашними и сельскохозяйственными животными	Если в течение 10 суток наблюдения за животным оно остается здоровым, то лечение прекращают (т. е. после 3-ей инъекции). Во всех других случаях, когда невозможно наблюдение за животным (убито, погибло, убежало, исчезло и пр.), лечение продолжить по указанной схеме	Начать лечение немедленно: КОКАВ по 1,0 мл в 0, 3, 7, 14, 30 и 90 день
3.	Любые ослюнения слизистых оболочек, любые укусы головы, лица, шеи, кисти, пальцев рук и ног, гениталий; множественные укусы и глубокие одиночные укусы любой локализации, нанесенные домашними и сельскохозяйственными животными. Любые ослюнения и повреждения, нанесенные дикими плотоядными животными, летучими мышами и грызунами	В случаях, когда имеется возможность наблюдения за животным, и оно в течение 10 суток остается здоровым, лечение прекращают (т. е. после 3-ей инъекции). Во всех остальных случаях, когда невозможно наблюдение за животным, лечение продолжить по указанной схеме	Начать комбинированное лечение немедленно и одновременно: АИГ (см. Доза антирабиического иммуноглобулина (АИГ), стр. 2) в 0 день + КОКАВ по 1,0 мл в 0, 3, 7, 14, 30 и 90 день

Чума

Пути передачи – контактный, трансмиссивный, воздушно-капельный,
Алиментарный

Инкубационный период – неск часов до 6 дней

Формы - локальная форма (кожная, бубонная и кожно-бубонная),
генерализованная

(первично-септическая и вторично-септическая), легочная (первично-легочная,
вторично-легочная), кишечная.

Лечение: доксициклин, гентамицин, ципрофлоксацин



ХОЛЕРА

Клиника

Классика:

- Водянистый стул
- Большой объем испражнений
- Гипотония
- Диарея предшествует рвоте

Редко (для возбудителей серогруппы O139):

Лихорадка

Боли в животе

Стул больного холерой в виде рисового отвара

Обязательное
бактериологическое
Исследование кала на
холерные вибрионы
(форма-зо) у всех больных с
диареей

В период с мая по октябрь,
по эпид показаниям –
круглогодично

Основа терапии –
регидратация солевыми
растворами,
Антибактериальная терапия –
вспомогательное значение
(доксциклин, фторхинолоны,
макролиды)



Сибирская язва

- Источником инфекции являются больные сельскохозяйственные животные: КРС. Источником инфекции являются больные сельскохозяйственные животные: КРС, лошади. Источником инфекции являются больные сельскохозяйственные животные: КРС, лошади, ослы. Источником инфекции являются больные сельскохозяйственные животные: КРС, лошади, ослы, овцы, козы, олени, верблюды, у которых болезнь протекает в генерализованной форме.

- В 90 % - контактный путь передачи



В 99,2 % -
зарегистрирован
а кожная форма

Эпидемиологическое благополучие иллюзорно!!!





Благодарю за внимание