КОНГО-КРЫМСКАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА

(среднеазиатская; карахалак или черная смерть; острый инфекционный капилляротоксикоз)

Главный внештатный специалист
по инфекционным болезням комитета
здравоохранения
Волгоградской области,

главный врач БУЗ «ВОИБ № 2»
Е.А. Хлопотова

Крымская–Конго геморрагическая лихорадка (ККГЛ) -
острая вирусная природно-очаговая инфекционная болезнь, передающееся через укусы клещей, вызываемое вирусом геморрагической лихорадки Крым-Конго.

Заболевание характеризуется лихорадкой, выраженной интоксикацией и кровоизлияниями на коже и внутренних органах.

Код МКБ-10:
A 98.0 – Крымская геморрагическая лихорадка (вызванная вирусом Конго)

Классификация

Общепринятой клинической классификации КГЛ нет. Наиболее удобной в клинической практике является клиническая классификация КГЛ, предложенная Лещинской Е.В. (1967):

I. КГЛ с геморрагическим синдромом:

- тяжелая форма:

а/ без полостных кровотечений;

б/ с полостными кровотечениями.

- среднетяжелая форма:

а/ без полостных кровотечений;

б/ с полостными кровотечениями.

- Легкая форма.

II. КГЛ без геморрагического синдрома:

а/ среднетяжелая форма;

б/ легкая форма.

Источник инфекции:

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

Пути заражения и группы риска КГЛ

Пути заражения КГЛ	Группы риска
Основные	
❑ Инокуляционный(введение возбудителя болезни переносчиком в ранку с помощью ротового аппарата). ❑ контаминационный при раздавливании ❑ контактный (при контакте с кровью животных, убое и т.п.) ❑ гемоконтактный (внутрибольничный)	• чабаны, доярки, скотники, владельцы индивидуального поголовья, лица, занятые в полеводческих работах • медицинские работники
Редкие	
❑ аспирационный: воздушно-капельный и воздушно-пылевой (возможен в лабораторных условиях, при оказании помощи больным с легочными кровотечениями)	❑ работники лаборатории ❑ медицинские работники

Группы риска медицинских работников по инфицированию вирусов ККГЛ при оказании медицинской помощи больным с КГЛ

1 категория. Группа высокого риска

- Работник здравоохранения, которые непосредственно подверглись воздействию крови или жидкостей организма пациента с КГЛ (например, через иглы или брызги, без средств индивидуальной защиты).

2 категория. Группа умеренного риска

- Медицинские работники. У которых не было прямого контакта с кровью или биологическими жидкостями пациента с КГЛ, но оказывали помощь больным с кровотечением, участвовали в процедурах с формированием аэрозоля (при интубации, бронхоскопии), работа без СИЗ.

3 Группа с низким или неизвестным риском.

- Работники здравоохранения, которые ухаживали за больными с КГЛ без кровотечений, не имели контакта с биологическими жидкостями, не были в условиях аэрозоля.

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

КЛИНИКА

ККГЛ имеет 4 отчетливо выраженных периода:

- **инкубационный период** (составляет от 1 до 14 дней, в среднем - 4-6);
- **предгеморрагический период**
  - выраженную головную боль,
  - резкую слабость,
  - тошноту, рвоту,
  - отсутствие аппетита,
  - нарушение сна,
  - ломоту в теле,
  - мышечные боли.
  - Возможны жидкий стул без патологических примесей в течение 2-3 дней и боли в животе.
  - У части больных возможны боли в горле, кашель непродуктивного характера продолжительностью до 2-3 дней.
- **геморрагический период**
- **период выздоровления**

Лабораторная диагностика ККГЛ

• **Специфическая лабораторная диагностика**
• в периоде разгара:
выявление РНК вируса ККГЛ методом ПЦР, в клиническом материале взятом на ранних сроках заболевания (в первые 5-7 дней);
антигена вируса или антител IgM методом ИФА; (IgM в титре 1:800, Ig M появляются в крови на 5-7-й день болезни и достигают максимальных титров на 2-3 неделе);)
либо нарастание антител класса IgG в динамике не менее, чем в 4 раза,Ig G появляются на 7-10-й день болезни).
Кровь для исследования берут дважды: в начале болезни и через 2-3 недели).
• в стадии реконвалесценции или недавно перенесенном заболевании, произошедшем в течение нескольких предыдущих месяцев: выявление антител (IgM + IgG);
• при инфекции, перенесенной в течение последних двух лет: высокие титры IgG (при отрицательных IgM);
• при давней инфекции, перенесенной более двух лет назад: низкие титры IgG (при отрицательных IgM).

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:
• УЗИ почек, органов брюшной полости, малого таза;
• ЭКГ;
• Рентгенография органов грудной клетки (с целью диагностики гемоторакса, пневмонии);
• КТ головного мозга при подозрении на ОНМК по геморрагическому типу.

Неспецифическая лабораторная диагностика [1,2,4]:

- Общий анализ крови:

• выраженная лейкопения, лимфоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево до палочкоядерных, тромбоцитопения, умеренная анемия, повышение СОЭ;

- Общий анализ мочи:

• в начальном периоде: незначительная альбуминурия, микрогематурия, цилиндрурия;
• в периоде разгара —гематурия.

- Коагулограмма:

• При гиперкоагуляции: укорочение тромбинового времени до 10–15 с и времени свёртывания крови; повышение содержания фибриногена в плазме крови до 4,5–8 г/л, увеличение протромбинового индекса до 100–120%.
• При гипокоагуляции: удлинение тромбинового времени до 25–50 с, времени свёртывания крови; снижение содержания фибриногена в плазме крови до 1–2 г/л, снижение протромбинового индекса до 30–60%).

- Биохимический анализ крови:

• уменьшение содержания общего белка в сыворотке крови (при профузных кровотечениях), гипоальбуминемия, гипербилилирубинемия, повышение активности АлТ и АсТ.

- Анализ кала на скрытую кровь:

•положительный при внутрикишечном кровотечении.

Перечень клинико-диагностических лабораторных исследований при КГЛ в соответствии с периодами болезни

Периоды заболевания	Лабораторные	Кратность выполнения
I. Предгеморрагический	определение группы крови и резус-фактора.	незамедлительно при поступлении
	развернутый анализ крови с обязательным подсчетом Тр (выраженная лейкопения, лимфоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево до палочкоядерных, тромбоцитопения, умеренная анемия, повышение СОЭ);	мониторинг 2 раза в сутки.
	определение агрегационной способности Тр	1-2 раза в сутки.
	общий анализ мочи (незначительная альбуминурия, микрогематурия, цилиндрурия);	При поступлении
	билирубин фракции, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевин	При поступлении
	ВСК; Фг, АЧТВ; ПВ (ПТИ), ТВ D-димер, РКФМ а, общий белок, альбумин, глюкоза	При поступлении. Мониторинг с кратностью исследований (1-2 раза в сутки) определяется уровнем Тр и нарушением их агрегационной способности

Перечень клинико-диагностических лабораторных исследований при КГЛ в соответствии с периодами болезни

Периоды заболевания	Лабораторные	Кратность выполнения
II. Геморрагический	развернутый анализ крови общий анализ мочи билирубин фракции, АСТ, АЛТ, общий белок,, альбумин(уменьшение содержания общего белка в сыворотке крови (при профузных кровотечениях), гипоальбуминемия, гипербилилирубинемия, повышение активности АлТ и АсТ). креатинин, мочевина,глюкоза. Антитромбин III, Протеин С, Протеин S, ТАП, XIIa зависимый фибринолиз ПДФ	мониторинг 2-3 раза в сутки в зависимости от выраженности
III. Выздоровления	развернутый анализ крови общий анализ мочи билирубин фракции, АСТ, АЛТ, креатинин .	1 раз в 3 дня до стойкой нормализации показателей.

Бальная шкала оценки тяжести состояния

Показатель	Критерии	Баллы(SGSS)
АсАт	<5N	0
	=>5N	1
АлАт	<N	0
	=>N	1
ЛДГ	<3N	0
	=>3N	1
Лейкоциты (клеток/µ1)	<10 000	0
	=>10 000	1
Гепатомегалия	Нет	0
	Да	1
Нарушение функции органов	Нет	0
	Да	1
Кровотечение	Нет	0
	да	1
Возраст	<60	0
	>60	1

Показатель	Критерии	Баллы (SGSS)
ПОКАЗАТЕЛИ ГОМЕОСТАЗА		
Тромбоциты (клеток/µ1)	= и >100000	1
	> 50 000 > 100 000	2
	<50 000	3
Пролонгированное протромбиновое время	<3 сек	0
	от 3 до 6 сек	1
	= или > 6 сек	2
Фибриноген мг/ дл	= или > 100	0
	< 100	1
Д- димер	N	0
	> N и < 10 N	2
	> 10 N	3

Число баллов ≥9 – расценивается как высокая степень риска по летальности (100%);
5-8 – средняя степень риска (20%);
1-4 – низкий риск (0%)
исследовано 424 пациента

Bakir M, et al. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2015;34(2):325-30;Dokuzoguz B, et al. Clin Infect Dis 2013;57(9):1270-4

Характеристика параметров индекса оценки тяжести при ККГЛ

Параметр	Критерии	Баллы(SGSS)
Тромбоциты *10 ^{3} Мм 3	>150	0
	50-150	1
	20-49	2
	< 20	3
АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время)	< 34	0
	35-45	1
	46-59	2
	> 60	3
Фибриноген	180	0
	160-179	1
	120-159	2
	<120	3
Кровотечения	нет	0
	петехии	1
	экхимозы	2
	кровотечения	3

Параметр	Критерии	Баллы(SGSS)
Выраженная слабость	нет	0
	Да	1

Граница между средне-тяжелом и тяжелым течением -10 баллов
Актуально для определения прогноза развития заболевания,

Bakir M, et al. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2015;34(2):325-30;Dokuzoguz B, et al. Clin Infect Dis 2013;57(9):1270-4

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

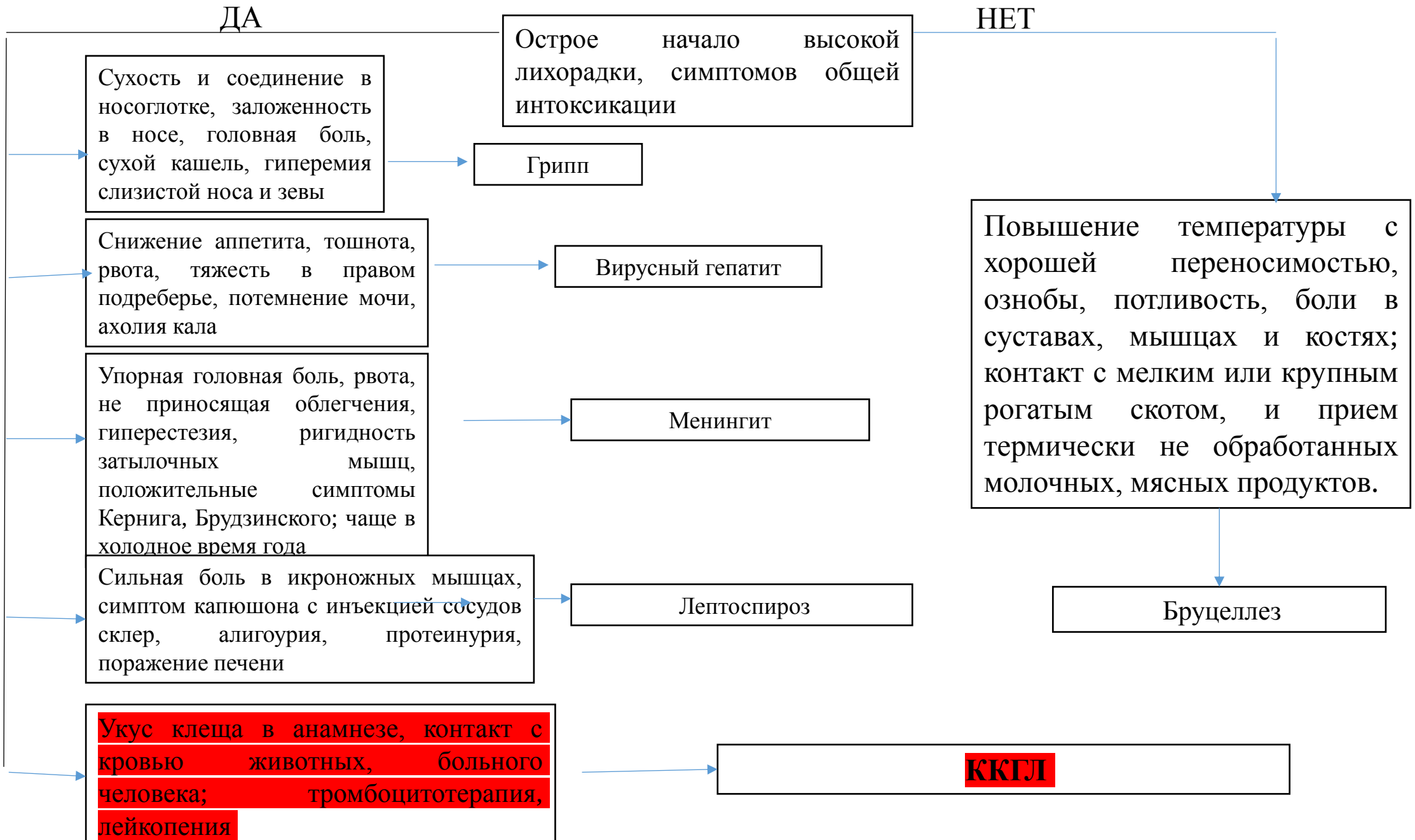
Критерии диагноза ККГЛ возможный (вероятный)

- ✓ Пребывание в неблагополучном регионе по ККГЛ: теплый сезон; эпиданамнез
- ✓ 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

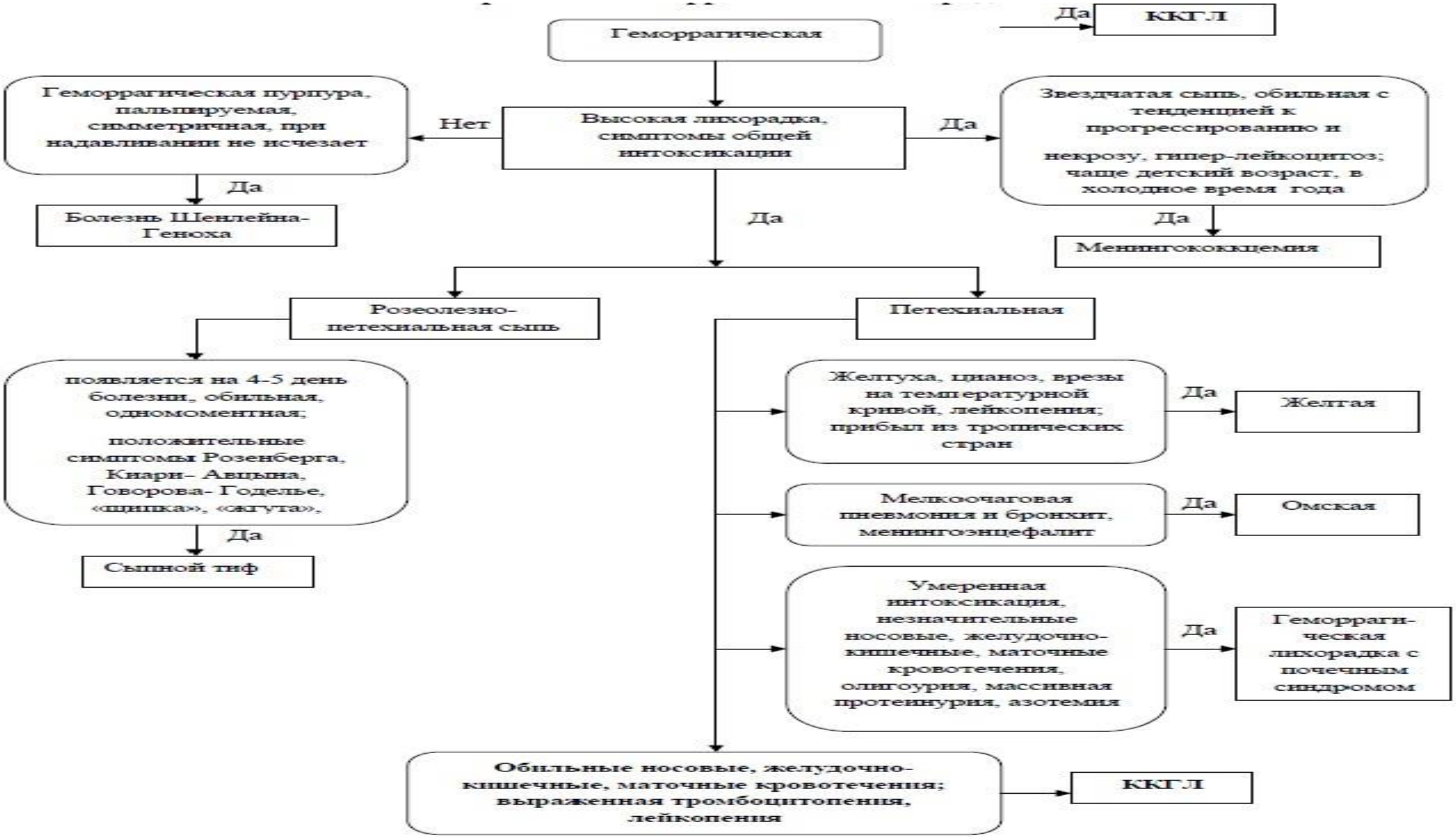
Диагноз ККГЛ – подтверждённый

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

Клинический алгоритм диагностического поиска в предгеморрагическом периоде ККГЛ



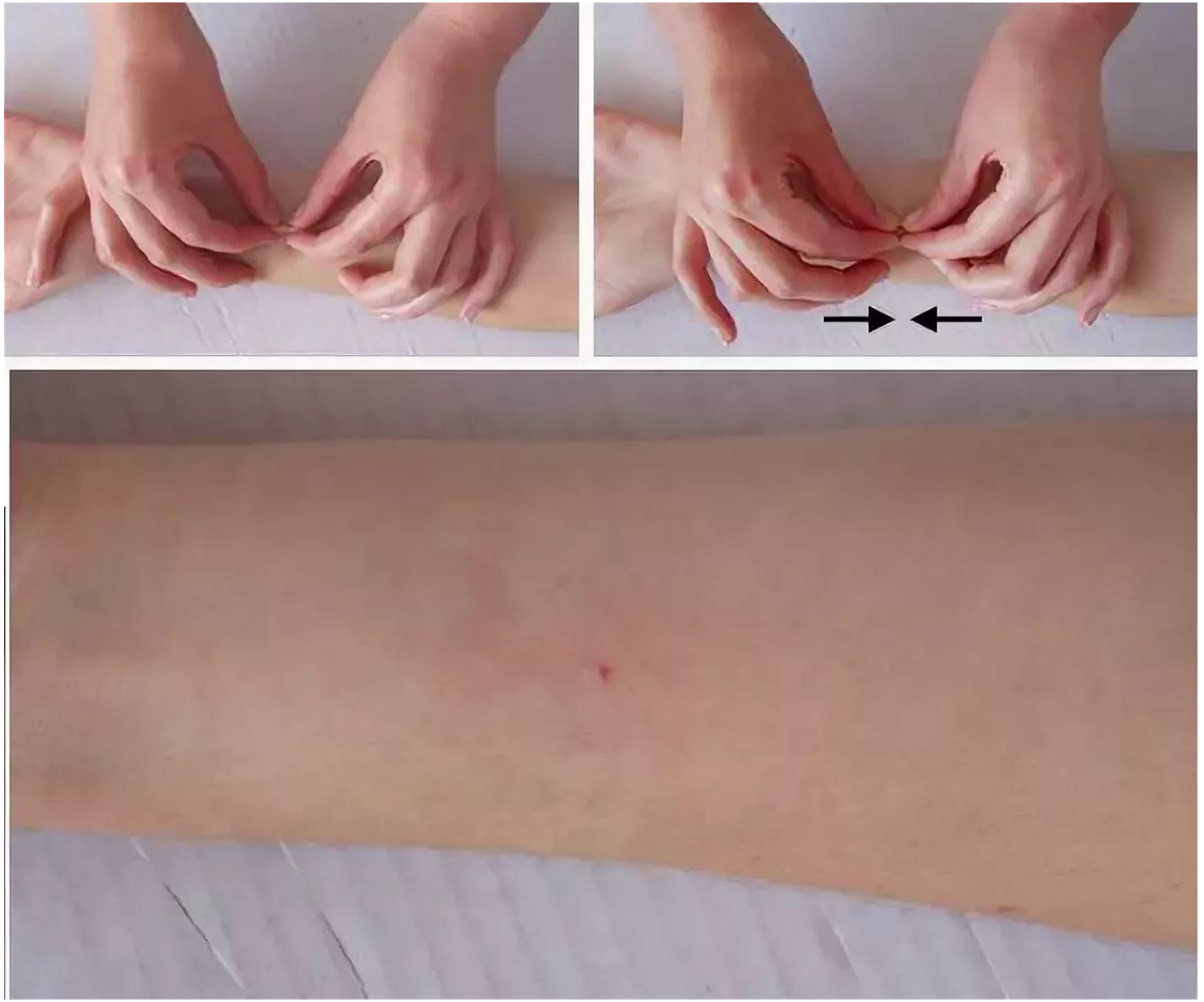
Алгоритм диагностического поиска в геморрагическом периоде Конго- Крымской геморрагической лихорадки



Тесты, характеризующие сосудистый компонент гемостаза

- **Проба щипка**

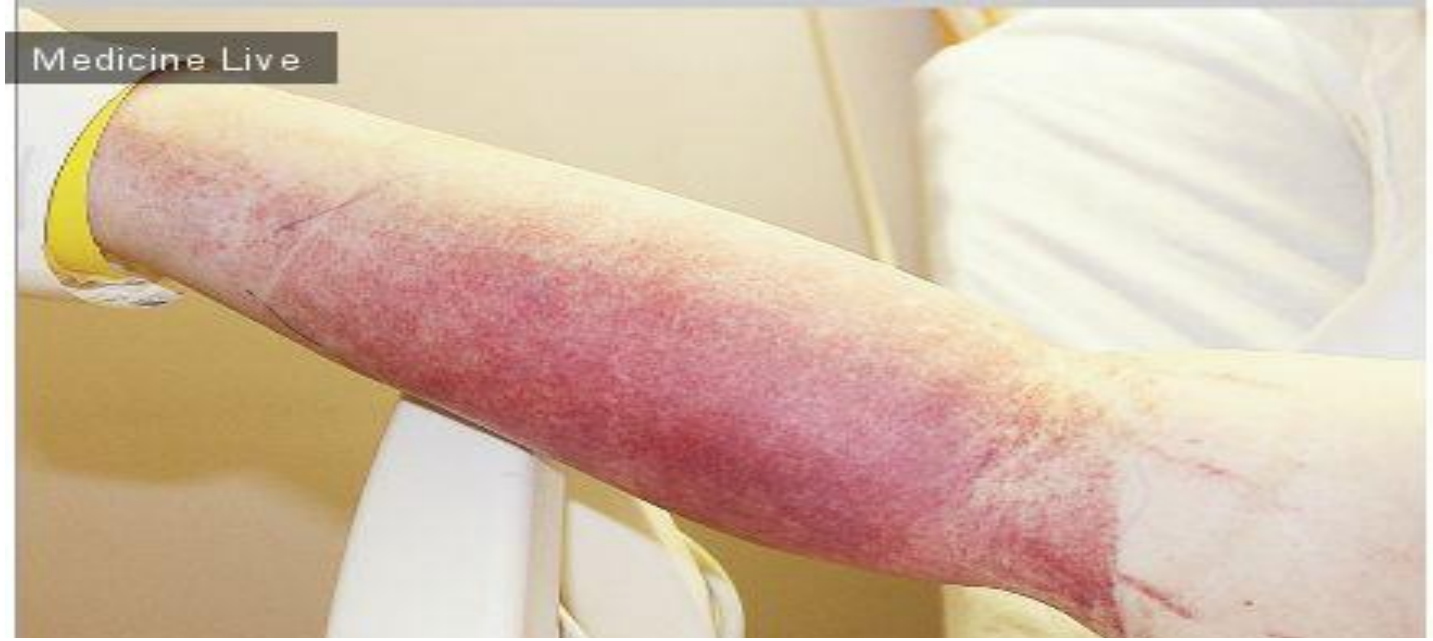
проба считается положительной при появлении петехий или кровоподтека в области щипка;

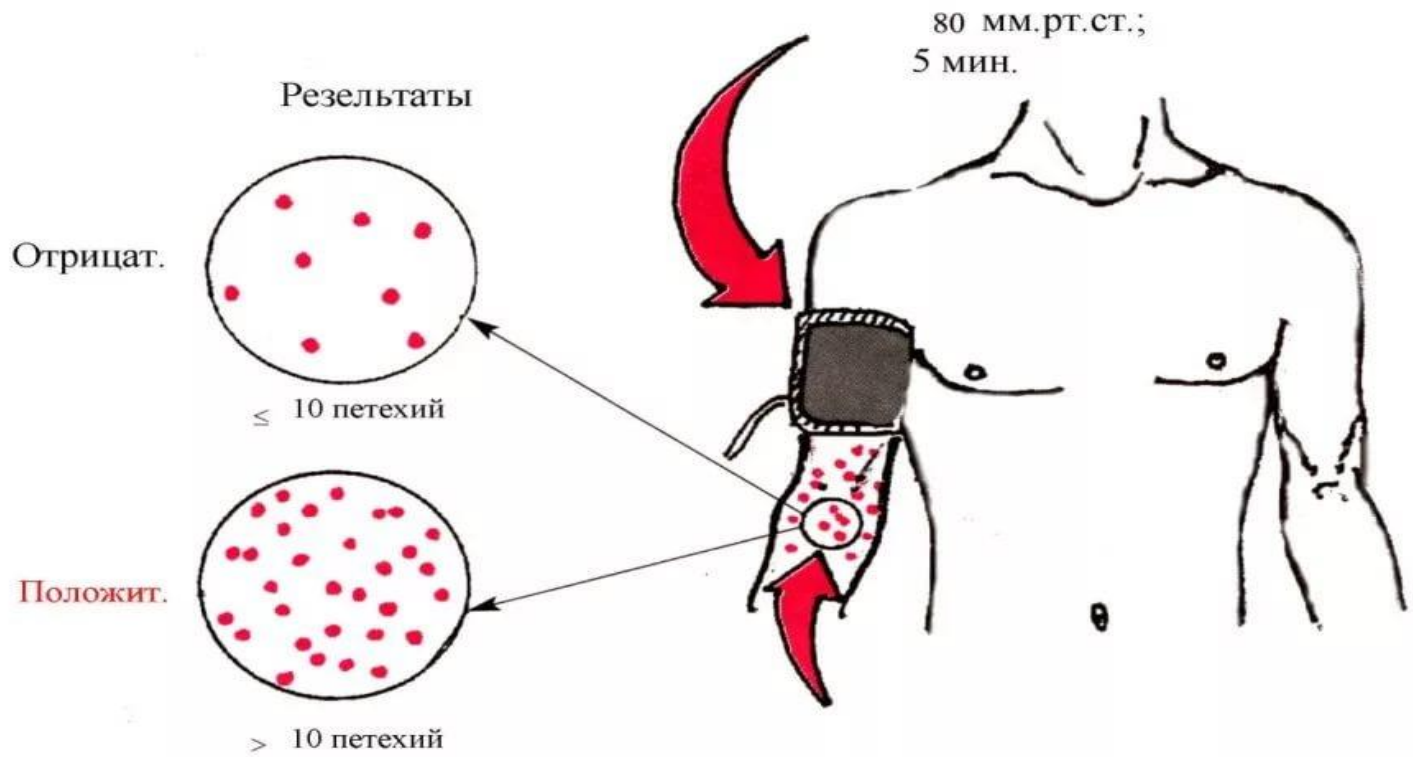


Тесты, характеризующие сосудистый компонент гемостаза

- **ПРОБА ЖГУТА**:

Отступив на 1,5-2 см вниз от ямки локтевой вены, очерчивают круг приблизительно 2,5 см в диаметре. На плечо накладывают манжетку тонометра и создают давление 80 мм рт.ст. Давление поддерживают строго на одном уровне в течение 5 мин. В очерченном круге подсчитывают все появившиеся петехии. У здоровых лиц петехии не образуются или их не более 10 (отрицательная проба жгута). При нарушении резистентности стенки капилляров количество петехий после проведения пробы резко возрастает.





120CC
60CC
ЧИСТЫЙ

Клинические примеры (предоставлены врачами-инфекционистами Казахстана, Ростовской области).

Клинический пример №1 Пациент 19 лет
Общая продолжительность заболевания составило 6 сут

09.06.2019 вызов двукратный СМП	Жалобы на головную боль, повышение температуры тела, рвоту, боль в животе, снижение аппетита. Из анамнеза: Болен в течение 2-3 дней, заболевание связывает с употреблением холодной воды. Т-38С, АД- 120/80 мм рт.ст., ЧД- 19 в 1 мин., ЧСС – 86 в 1 мин. Миндальные увеличенные. 6-7 кратная рвота. 1. Диагноз: Острый тонзиллит 2. Диагноз: Остеохондроз позвоночника.
10.06.2016г. Самообращение в районную больницу	Жалобы при обращении на сухой кашель, повышение температуры тела, боль в области живота, особенно в правой области, тошноту, неоднократную рвоту, жидкий стул. АД- 110/80 мм рт ст. Живот умеренно безболезненный в правой половине, симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Стул жидкий Диагноз: Острый живот? ОРЗ
11.06.2018 03ч.13мин. Повторный вызов СМП	Жалобы на сильную сжимающую боль в эпигастрии, рвоту с кровью, жидкий стул черного цвета, потемнение в глазах, головокружение. Т-36,8С, АД-60/40 мм рт ст, ЧД -20 в 1 мин, ЧСС – 88 в 1 мин. Диагноз: Язва желудка? Желудочно- кишечное кровотечение. Геморрагический шок.
11.06.2018 05ч.30мин. Консилиум врачей	Жалобы со слов родственников на слабость, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту с кровью, дегтеобразный стул, боли в суставах. На коже боковых поверхностей грудной клетки, туловища, нижних конечностей имеется петехнальная сыпь, в местах инъекций – гематомы. Т 36,6С, АД- 155/110 мм рт ст., ЧСС- 130 в 1 мин. Диагноз: ККГЛ, вероятный случай
11.06.2018 08ч.00мин. Консилиум врачей	Состояние крайне тяжелое, нестабильное. Множественные гематомы на плече, верхних конечностях, на груди, туловища – геморрагическая сыпь. Геморрагическое отделяемое из полости носа, рта, десен, из зонда Блэкмора. Т- 36,4С, АД- 110/70 мм рт ст, ЧД-ИВЛ, ЧСС- 134
11.06.2018 23ч.50мин. Консилиум врачей	Констатирован факт биологической смерти. Посмертный диагноз: КОНГО-Крымская геморрагическая лихорадка, подтвержденный случай, с геморрагическим синдромом, тяжелая форма с полостными кровотечениями. Отек к набухание головного мозга. Отек легких ДН III степени. ДВС- синдром. Постеморрагическая анемия 3 степени. Острая почечная – печеночная недостаточность. Анурия.

2. Пациент А, 44 года

- Дата заболевания: 16.06.2018г.
- Дата госпитализации: 17.06.2018 г .

- Жалобы при поступлении: на общую слабость, недомогание, тошноту, однократную рвоту после еды, отсутствие аппетита.
- Эпид. анамнез: занимается торговлей скотом,

  отмечает факт присасывания клеща 13.06.2018г. в область гениталий, удалил ниткой самостоятельно, в домашних условиях.
- Status praesens: состояние тяжелое, в местах внутренних инъекции имеются гематомы, в местах установки электродов ЭКГ аппарата, на внутренней поверхности плеч, предплечий, в подмышечных областях – неяркий петехии, пурпура
- Геморрагический синдром: геморрагическая сыпь, носовое, желудочно- кишечное кровотечение, из мест установления катетеров.

Пациент А, 44 года (слайд 2)

Показатель	Критерии	У больного	Баллы(SGSS)
АсАт	<5N	1,85	0
	=>5N		1
АлАт	<N		0
	=>N	4,6	1
ЛДГ	<3N	530	0
	=>3N		1
Лейкоциты	<10 000 cells/µ1		0
	=>10 000 cells/ µ1	12,4	1
Гепатомегалия	Нет		0
	Да	Да	1
Нарушение функции органов	Нет		0
	Да	да	1
Кровотечение	Нет		0
	да	да	1
Возраст	<60	44	0
	>60		1

Показатели гемостаза	Критерии	У больного	Баллы(SGSS)
Тромбоциты	=и>100 000 cells/ µ1		1
	>50 000,<100 000 cells/ µ1		2
	<50 000 cells/ µ1	20	3
Пролонгированное протромбированное время	<3сек		0
	>3,но <6 сек		1
	=или>6 сек	30	2
Фибриноген	=или >100 mg/dl		0
	<100 mg/dl	0,90	1
МНО	N		0
	>2,0 и <4,0	2,09	2
	>4,0		3

Число ≥ 9- расценивается как высокая степень риска летальности.

У данного пациента результат 13 баллов.

Исход заболевания: летальный 21.06.2018 г

Пациентка Б, 50 лет

- Дата заболевания: 25.08.2018г.
- Дата госпитализации: 31.08.2018г.
- Жалобы при поступлении: резкая слабость, озноб, присоединилась ломота в теле, боли в мышцах, поднялась температура тела до высоких цифр.
- 27.08.2018 началось маточное кровотечение.
- Эпид. анамнез: проживает в сельской местности, в частном доме. **Дома содержит скот, факт присасывания и укуса клеща отрицает.**
- Status praesens: состояние средней тяжести. Сознание ясное, но больная несколько ослаблена. Правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы суховатые. Несколько бледные, в местах внутривенных инъекции имеются гематомы, на внутренней поверхности плеч, предплечий, в подмышечных, подколенных областях, множественные «синячки», единичные петехии.
- Геморрагический синдром: геморрагическая сыпь, маточное кровотечение.

Показатель	Критерии	У больного	Баллы(SGSS)
АсАт	<5N	0,45	
	=>5N		1
АлАт	<N	0,5	0
	=>N		1
ЛДГ	<3N	270	0
	=>3N		1
Лейкоциты	<10 000 cells/µ1	2,4	0
	=>10 000 cells/ µ1		1
Гепатомегалия	Нет		0
	Да	Да	1
Нарушение функции органов	Нет	Нет	0
	Да		1
Кровотечение	Нет		0
	да	да	1
Возраст	<60	50	0
	>60		1
Показатели гемостаза			
Тромбоциты	=>100 000 cells/ µ1		1
	>50 000,<100 000 cells/ µ1		2
	<50 000 cells/ µ1	17	3
Пролонгированное протромбированное время	<3сек		0
	>3,но <6 сек		1
	=или>6 сек	15	2
Фибриноген	=или >100 mg/dl	2,4	0
	<100 mg/dl		1
МНО	N	0,94	0
	>2,0 и <4,0		2
	>4,0		3

Пациентка Б, 50 лет (2 слайд)

- Дата заболевания: 25.08.2018г.
- Дата госпитализации: 27.08.2018г.
- Жалобы при поступлении: резкая слабость, озноб, присоединилась ломота в теле, боли в мышцах, поднялась температура тела до высоких цифр.

27.08.2018 началось маточное кровотечение.

- Эпид. анамнез: проживает в сельской местности, в частном доме. **Дома содержит скот, факт присасывания и укуса клеща отрицает.**
- Status praesens: состояние средней тяжести. Сознание ясное, но больная несколько ослаблена. Правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы суховатые. Несколько бледные, в местах внутривенных инъекции имеются гематомы, на внутренней поверхности плеч, предплечий, в подмышечных, подколенных областях, множественные «синячки», единичные петехии.
- Геморрагический синдром: геморрагическая сыпь, маточное кровотечение.
- Исход заболевания- выздоровление.

Показатель	Критерии	У больного	Баллы(SGSS)
АсАт	<5N	0,45	
	=>5N		1
АлАт	<N	0,5	0
	=>N		1
ЛДГ	<3N	270	0
	=>3N		1
Лейкоциты	<10 000 cells/µ1	2,4	0
Показатели гемостаза			
Тромбоциты	=>100 000 cells/ µ1		1
	>50 000,<100 000 cells/ µ1		2
	<50 000 cells/ µ1	17	3
Пролонгированное протромбированное время	<3сек		0
	>3,но <6 сек		1
	=или>6 сек	15	2
Фибриноген	=или >100 mg/dl	2,4	0
	<100 mg/dl		1
МНО	N	0,94	0
	>2,0 и <4,0		2
	>4,0		3

Число ≥ 9- расценивается как высокая степень риска летальности.
У данной пациентке результат 7 баллов.
Начата терапия рибавирином и иммунизированной плазмы крови реконвалесцентов.

Случай бессимптомного течения ККГЛ при повторном инфицировании (Ростовская область, 2016 год)

Больной Л, 41 год,
в августе 2016- снял клеща с кожи н/ конечности, через 5 дней температура до фебрильных цифр, на 4 день болезни с лихорадкой и мелкоточной геморрагической сыпью, носовым кровотечением, тромбоцитопенией (50 тыс. клеток) поступил в инфекционное отделение ЦРБ.
Диагностирована ККГЛ (ПЦР, ИФА), тяжелая форма, получал рибавирин.

Больной Л, 42 года, 22 июня 2017- снял клеща с кожи н/ конечности, 26.06.17 обратился в инфекционное отделение (жалоб не предъявлял)
Тромбоциты – 317 тыс. (26.06.17), 250 тыс. (03.07.17)
Результат ПЦР (взята в день обращения – полож.(+), ИФА – IgM (-),
IgG (+) – оптич плотность 2,5 (крит зн 0,2) – от 27.06.17,
IgG (+) – оптич плотность 2,4 (крит зн 0,19) – от 30.06.17,
IgG (+) – оптич плотность 3,5 (крит зн 0,2) – от 14.09.17,

Случаи кратковременной циркуляции анти – ККГЛ IgG (Ростовская область, 2016 год)

Больной П, 25 лет,
в июле 2014 – перенес легкую форму ККГЛ, обратился в стационар на 2-й день болезни в связи с повышением температуры до 38,0 С,
в анамнезе – снятие клеща с одежды.
Заболевание протекало без геморрагических проявлений, отмечалось кратковременное снижение тромбоцитов до 90 тыс., получал рибавирин с 1- го дня болезни.
ИФА: анти- ККГЛ Ig(+), ПЦР (+)

В августе 2015 находился на лечении в инфекционном отделении с диагнозом: инфекционный мононуклеоз, вызванных вирусом Эпштейна-Барр
С учетом данных анамнеза выпонено обследование на ККГЛ методом ИФА Ig M (-), Ig G (-)

Возможно раннее назначение рибавирина при легких формах ККГЛ проводит к выработке антител в низких титрах и /или их кратковременной циркуляции, несрабатыванию В-клеток памяти. Генетический дефект?

Дозы и схема лечения рибавирином

(Клинические рекомендации, *Утверждены решением Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 года)*
КРЫМСКАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА (ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ КОНГО) У ВЗРОСЛЫХ»

Взрослые

Путь введения	**Стартовая доза**	Продолжительность терапии10 дней.
пероральный	ударная доза 2000 (10 капсул) мг однократно,	затем 1200 мг в день в 2 приема (если вес больного более 75 кг) При весе больного менее 75 кг применяется следующая схема: 1000 мг в день в 2 приема (400 мг утром и 600 мг вечером).
внутривенный	в/в Рибавирин: ударная доза 30 мг/кг (максимально 2 г),	затем 16 мг/кг (макс. однократная доза 1 г) каждые 6 часов в первые 4 дня. Последующие 6 дней - 8 мг/кг (макс. 500 мг) каждые 8 часов.
Беременные женщины	Дозы такие же, как для взрослых При лечении беременных и лиц с выявленными противопоказаниями к рибавирину препаратом выбора следует считать интерферон альфа 2b в виде ректальных суппозиториев. Препарат назначают 2 раза в сутки с интервалом 12 часов в дозе 1 млн. МЕ. Продолжительность терапии - до 10 дней.	

Лечение рибавирином наиболее эффективно в первые 5 дней от начало заболевания (в период максимальной вирусной нагрузки). Курс терапии не более 10 суток.

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
внутривенный	17 мг/кг (максимум 1000 мг) однократно	17 мг/кг (максимум 1000 мг) каждые 6 часов	8 мг/кг (максимум 500 мг) каждые 8 часов

Критериями отмены препарата являются регрессия клинических проявлений, нормальные значения лабораторных показателей и температурной реакции .

Одновременно с противовирусной терапией введение 100-300 мл (1-2 лечебные дозы) иммунизированной плазмы крови реконвалесцентов, по возможности в ранние сроки.

Лечение

Патогенетическая терапия

По В.В. Малееву, И.В. Санниковой и др., 2007

Важно!

- Темп инфузии не должен превышать 250 мл/час.
- При этом категорически запрещены «гепариновые замки»
- **Противопоказаны:**
- Декстраны в любой период болезни
- Препараты ацетилсалициловой кислоты (аспирин), (вызывают необратимое ингибирование циклооксигеназы циркулирующих тромбоцитов и эндотелия)

По В.В. Малееву, И.В. Санниковой и др., 2007

Лечебная тактика в предгеморрагическом периоде ККГЛ

•инфузии кристаллоидов и 5-10% р-ры глюкозы в соотношении 1:1

•Критерием адекватности инфузионной терапии - снижение гематокрита до 36-38%, нормализация гемодинамики (пульс, АД, ЦВД) и почасового диуреза (не ниже 0.8 мл /кг в час).

•При развитии *гипокоагуляции* - свежезамороженная плазма (СЗП) - 15 мл/кг в/в капельно (*протрокомплекс 600, Фейба и др.*)

•гемостатическая терапия (дицинон, этамзилат) по 250 мг через 6 часов в/в, викасол 1%- 3 мл 2 раза в сутки

При наличии в анамнезе ЯБ желудка и 12-перстной кишки - ингибиторы водородной помпы (лосек 40 мг однократно в/в) или блокаторы Н2 гистаминовых рецепторов (квамател 40 мг в сутки в/в).

Лечебная тактика в геморрагическом периоде ККГЛ

Задачи: гемостаз, восполнение дефицита ОЦК и тромбоцитов.

Продолжить введение гемостатиков
Объем свежезамороженной плазмы (СЗП) до 3 л в сутки.
Первая инфузия СЗП составляет 15-20 мл/кг струйно;
при отсутствии эффекта СЗП переливают в тех же объемах через 4-8 часов.
Восполнение ОЦК зависит от объёма кровопотери.
Показаны плазмозаменители (коллоиды), предпочтительно крахмалы (Волювен, Инфукол, Хаестерил) в дозе 15-20 мл/кг в сутки и кристаллоиды 4 мл/кг струйно).
Эритроцитарная масса в зависимости от степени анемии
При кровопотере свыше 20% ОЦК в инфузионную программу следует включить альбумин 20% в объеме 200-300 мл.
При снижении тромбоцитов ниже $100 \cdot 10^9$/л показано введение концентрата тромбоцитов (КТ). Рекомендуется: 1 доза КТ на 10 кг массы пациента.

Лечебная тактика в геморрагическом периоде ККГЛ

- Переливание криопреципитата показано при в III стадия ДВС-синдрома с развитием гипофибриногенемии ниже 1,1 г/л.

Расчет КП - 1 доза на 10 кг массы больного. Обязательно определение совместимости по системе АВО.

- При кровотечении в объеме 50% и выше, лабораторном подтверждении III стадии ДВС-синдрома - ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс, апротекс) в дозе до 500 000 – 1000000 ЕД /сут.
- Ингибиторы водородной помпы или блокаторы Н2 гистаминовых рецепторов
- Антибактериальная терапия показана только при развитии бактериальных осложнений
- КОНТРОЛЬ ЦВД! (Если> 120 мм вод. ст – снижение скорости введения растворов)

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.

Постконаминационная профилактика (КГЛ)

(дозы для профилактики четко не определены)

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

по 600 мг 2 раза в день 7 дней (в сутки 1200 мг)

ВЫВОДЫ:

1. Регистрация всех пострадавших от укусов клещей на территории.

2.Медицинское наблюдение за лицами, пострадавшими от укусов клещей.

3.При повышении Т и наличия эпидемиологического анамнеза - немедленная госпитализация в инфекционное отделение.

4.При отсутствии адекватного эпиданамнеза в эпидсезон по КГЛ, всем лихорадящим больным, проживающим на эндемичных территориях (находившимся на эндемичных территориях) проводить исследование периферической крови с определением уровня тромбоцитов, при сохраняющейся лихорадке-мониторинг уровня тромбоцитов и лейкоцитов ежедневно).

5.При повышении Т и наличии гематологических сдвигов в виде снижения уровня тромбоцитов и лейкоцитов в периферической крови – взятие лабораторных тестов на ККГЛ. Назначение противовирусного лечения рибавирином (подозрение на ККГЛ) не дожидаясь результатов анализов.

СП 3.1.7.3148-13 "Профилактика Крымской геморрагической лихорадки "

" МУ 3.1.1.2488-09 Организация и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий против Крымской геморрагической лихорадки "

" КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ КРЫМСКАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА (ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ КОНГО) У ВЗРОСЛЫХ «

утверждены решением пленума правления национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 года

Профилактика

КАК ОТЛИЧИТЬ КЛЕЩА

ФОРМА

Голодный клещ плоский и имеет очертания, похожие на треугольник.

ТЕЛО

Тело слитное, нет разделений

РАЗМЕРЫ

От 2,5 до 4 мм.
Когда напьется крови, длина увеличивается до 11 мм.

ОКРАС

На спине находится твердый щиток, причем у самца он коричневого цвета и прикрывает всю спинку, а у самки щитком прикрыта лишь треть спинки. Остальная часть спины красно-бурого цвета.

ПЕРИОД АКТИВНОСТИ КЛЕЩЕЙ

Период наибольшей активности клещей приходится с апреля по июль включительно. Клещи встречаются в лесу, поле, на лугах, в городских парковых зонах отдыха, и даже в транспорте - со своего или чужого букета полевых цветов, элементов одежды. Клещи влаголюбивы. Самое излюбленное место концентрации клещей – тропы и дорожки с заросшими травой обочинами, так как клещей привлекает запах людей и животных. Максимальная активность клещей при средней дневной температуре + (10 - 15)ºС. Клещи остаются активными в течение суток: в дневное время и с 8 до 11 час, снижается в период с 17 до 20 час. снова возрастает в

ЧЕМ ОПАСЕН КЛЕЩ

КЛЕЩИ являются переносчиками опасных для человека заболеваний: крымской геморрагической лихорадки, клещевого энцефалита, боррелиоза (болезнь Лайма) и эрлихиоза.

Заболевания передаются через укус клеща.

Крымская геморрагическая лихорадка

- это вирусное инфекционное заболевание с выраженной интоксикацией, кровоизлияниями на коже, слизистых оболочках, кровотечениями.

СИМПТОМЫ:

- недомогание;
- резкий подъем температуры (38-40 ºС);
- боли в пояснице, суставах;
- геморрагические высыпания на теле;
- кровотечения из носа, десен, маточные.

Клещевой энцефалит (КЭ)

- это вирусное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением центральной нервной системы, тяжелые осложнения этой инфекции могут привести к параличу и летальному исходу.

СИМПТОМЫ:

- недомогание;
- резкий подъем температуры (38-40 ºС);
- сильная головная боль, боли в теле;
- тошнота, рвота.

Боррелиоз (болезнь Лайма)

- системное заболевание, поражающее суставы, сердце, нервную систему, мышечные ткани.

СИМПТОМЫ:

- кольцевидное пятно на месте укуса;
- сильные покраснения на других участках кожи;
- лихорадка.

Эрлихиоз

- инфекция, поражающая клетки крови и вызывающая острые лихорадочные заболевания, подобные гриппу.

СИМПТОМЫ:

- повышение температуры, озноб;
- боль в мышцах;
- кашель, воспаление горла;
- иногда возникает рвота и диарея

ОСТОРОЖНО! КЛЕЩИ!

На человеке клещ цепляется за детали одежды и медленно перемещается вверх до доступных участков кожи. Чаще всего присасывание клещей происходит к тем участкам тела, которые имеют тонкий кожный покров и хорошее кровоснабжение - подмышечные и подколенные впадины, шея, волосистая часть головы.

При укусе клещ выпускает в тело человека специальную обезболивающую жидкость, поэтому человек не чувствует этот укус.

ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПРИСОСАВШИХСЯ К ТЕЛУ КЛЕЩЕЙ НЕОБХОДИМО НЕМЕДЛЕННО ОБРАТИТЬСЯ В МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ!

ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Ставропольском крае"
тел. (8652) 29-83-70, 26-54-74

КАК ЗАЩИТИТЬСЯ ОТ КЛЕЩЕЙ?

— Соблюдать меры личной предосторожности от укусов клещей.

— Соблюдать правила защиты от присасывания клещей специальной одеждой, исключив возможность проникновения клещей под нее с учетом направления движения клеща вверх по одежде: надевать носки с плотной резинкой, брюки заправлять в сапоги, верхнюю часть одежды заправлять в брюки, плотно застегивать манжеты рукавов, заправлять волосы под шапку или косынку.

— Применять для обработки одежды специальные акарицидные и репеллентные средства.

— Разбивать лагерь, устраивать пикники, стоянки и др. мероприятия на сухих участках, а на зооэндемичных территориях — только после проведения обработки местности, нельзя садиться и ложиться на траву.

— Проводить взаимоосмотры и самоосмотры, поверхностные осмотры — через каждые 10–15 минут при нахождении в лесной зоне, на участках с травянистой растительностью.

— После возвращения с отдыха на природе и снятия одежды, тщательно осматривать тело, волосы и одежду для обнаружения заползших или присосавшихся клещей.

— Проветривать одежду, не заносить сразу в помещение цветы, ветки, охотничьи трофеи.

— Осматривать домашних собак и др. домашних животных для обнаружения и удаления с них прицепившихся и присосавшихся клещей.

— Своевременно осуществлять борьбу с грызунами.

ГБУ РО «МЕДИЦИНСКИЙ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»

БЕРЕГИТЕСЬ КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ!

памятка для населения

Благодарю за внимание.