**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Инфекционных болезней**

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

Реферат

на тему:

**«Тифы, корь, крупозная пневмония»**

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

**Пенза**

**2008**

# **План**

Введение

1. Сыпной тиф
2. Болезнь Брила
3. Клещевой сыпной тиф северной Азии
4. Корь
5. Крупозная пневмония

Литература

**Введение**

Лихорадка при инфекционных болезнях - один из наиболее характерных клинических признаков. Многим инфекционным болезням свойственна типичная температурная кривая. Характер повышения температуры тела, длительность лихорадочного периода, периодичность повышения и высота температуры зачастую могут быть ключом к правильному распознаванию болезни, хотя одни только изменения температуры тела без сопоставления с другими клиническими симптомами в ранние периоды болезни не могут служить решающим диагностическим признаком. В зависимости от дневной разницы (разница между самой высокой и самой низкой температурой в течение дня) различают несколько типов лихорадок.

Период повышения температуры может быть различным по длительности. Для брюшного тифа и бруцеллеза характерно постепенное нарастание температуры до максимальной в течение нескольких дней. При сыпном тифе, гриппе, лихорадке паппатачи, клещевом сыпном тифе Северной Азии, кори и других болезнях температура быстро повышается до высоких показателей в течение суток. Острое начало болезни, когда температура повышается до максимальной в течение нескольких часов, наблюдается при малярии, возвратном тифе, менингококковой инфекции и т.д. Установить точный диагноз при большинстве острых инфекционных болезней в первый день невозможно. Неотложная помощь обычно необходима не столько в связи с повышением температуры тела, сколько с сопутствующими этому головной болью, рвотой, ознобом, потерей сознания, судорогами и т.д.

**1. Сыпной тиф**

Возбудитель - риккетсии Провацека (Rickettsia prowazeki) переносчик инфекции - платяная, а иногда и головная вошь.

Заболевание начинается остро с повышения в течение суток температуры до 38-39 ˚С. Одновременно появляются упорная головная боль, бессонница (эти симптомы сохраняются при отсутствии лечения весь лихорадочный период - 17-21 день). Больной, как правило, возбужден, лицо гиперемировано и несколько одутловато, сосуды склер инъецированы, конъюнктивы гиперемированы, язык сухой, густо обложен серовато-коричневым налетом, иногда с трудом высовывается, дрожит. Пульс учащен, отмечается глухость сердечных тонов. На 4-5-й день болезни одномоментно на передней поверхности живота и груди, боковых отделах шеи и туловища, в поясничной области, на сгибательной части рук, внутренних и передних поверхностях верхней трети бедер появляется обильная полиморфная розеолезно-петехиальная сыпь. С 3-4 го дня увеличиваются печень и селезенка. Обращает на себя внимание несоответствие между значительной активностью, вплоть до выраженного нервно-психического возбуждения, и резкой физической слабостью больного.

Дифференциальный диагноз. Сыпной тиф дифференцируют от брюшного тифа, гриппа, клещевого сыпного тифа Северной Азии, кори, малярии, менингококкового менингита, менингококкемии, геморрагических лихорадок.

Неотложная помощь. При гипертермии кладут холодный компресс на голову, дают жаропонижающие средства - 0,5 г ацетилсалициловой кислоты или 0,25 г амидопирина внутрь, вводят сердечно-сосудистые средства - 2 мл 10% раствора сульфокамфокаина 2-3 раза в день под кожно, внутримышечно или внутривенно; преднизолон - 20-40 м; внутрь. При резком возбуждении вводят 1 мл 2,5% раствора аминазина внутримышечно. Этиотропное лечение првоодят препаратами тетрациклинового ряда внутрь (тетрациклин, тетрациклина гидрохлорид и окси тетрациклин) по 0,3-0,4 г 4 раза в сутки и внутримышечно (тетрациклина гидрохлорид по 0,1 г 3 раза в сутки), а также комбинированными препаратами (олететрин и сигмамицин внутрь по 0,25 г 3 раза в сутки и внутримышечно по 0,2 г 3 раза в сутки), левомицетином по 1 г 4 раза в сутки внутрь. При лечении температура снижается на 1 - 3-й день. Отменяют препараты на 2-й день после нормализации температуры.

При инфекционно-токсическом шоке (падение АД, резчайшая тахикардия, одышка, цианоз, прекращение мочеотделения, нарушения свертывающей-антисвертывающей систем крови - геморрагии, кровотечение, кровоизлияния, развитие ДВС-синдрома) производится противошоковая терапия. Больному вводят внутривенно струйно 150-200 мл преднизолона (за сутки количество введенного преднизолона может составить 5-10 г). Затем последовательно внутривенно капельно вводят 2-21/2 л растворов "Трисоль" или "Квартасоль", 400 мл гемодеза, 111 /2 л поляризующей смеси (5% раствор глюкозы, 12-15 г хлорида калия, 10000-20000 ЕД 3-4 раза в сутки, 2 мл 10% раствора сульфокамфокана внутривенно. Антибиотики вводят внутримышечно после выведения больного из шока.

Госпитализация в инфекционное отделение специальным транспортом для инфекционных больных.

**2. Болезнь Брилла**

Болезнь Брилла - рецидив сыпного тифа. Болеют преимущественно лица старшей возрастной группы, перенесшие сыпной тиф.

Болезнь начинается обычно остро с озноба и повышения температуры в течение 1 - 2 дней до 38-39С. Появляются головная боль, бессонница. Больной возбужден, лицо гиперемировано и несколько одутловато, склеры инъецированы. Язык обложен налетом, высовывается с трудом, дрожит. Пульс учащен. На 5-6-й день болезни одномоментно на передней поверхности живота и груди, боковых отделах шеи и туловища, в поясничной области, на сгибательной части рук, внутренних поверхностях верхней трети бедер появляется обильная розеолезно-петехиальная сыпь, увеличиваются печень и селезенка.

Дифференциальный диагноз. Болезнь Брилла дифференцируют от сыпного тифа, гриппа, клещевого сыпного тифа Северной Азии, кори, малярии, менингококкемии, менингококкового менингита, геморрагических лихорадок.

Неотложная помощь. При гипертермии кладут холодный компресс на голову, внутрь дают 0,5 г ацетилсалициловой кислоты или 0,25 г аминопирина, вводят сердечно-сосудистые средства (2 мл 10 раствора сульфаокамфокаина под кожу, внутримышечо или внутривенно). При возбуждении вводят 1 мл 2,5% раствора аминазина внутримышечно. Этиотропное лечение проводят препаратами тетрациклинового ряда внутрь (тетрациклин, тетрациклина гидрохлорид и окситетрациклин) по 0,3 г 4 раза в сутки или внутримышечно (тетрациклина гидрохлорид по 0,1 г 3 раза в сутки), а также комбинированными препаратами (олететрин внутрь по 0,25 г 3 раза в сутки, внутримышечно по 0,2 г 3 раза в сутки), левомицетином - по 1 г 3 раза в сутки, левомицетина сукцинатом - по 1 г 3 раза в сутки внутримышечно. Температура при лечении снижается на 1-3-й день, отменяют препараты на 2-й день после снижения температуры до нормы.

Госпитализация в инфекционное отделение специальным транспортом для инфекционных больных.

**3. Клещевой сыпной тиф Северной Азии**

Возбудитель болезни - Rickettsia sibirica. Передается инфекция иксодовыми клещами и характеризуется строгой эндемичностью, встречается в определенных местностях: в Сибири (Красноярский край. Омская, Новосибирская, Иркутская и Кемеровская области), на Алтае, Дальнем Востоке и изредка в Средней Азии.

Болезнь начинается внезапно с повышения температуры тела до 38-39С, головной боли, боли в поясничной области, разбитости. Отмечается озноб. К моменту развития клинической картины болезни спустя 3-5 дней на месте укуса клеща развивается первичный аффект - небольшой плотный инфильтрат, покрытый темной некротической корочкой и окруженный ободком гиперемии. Первичный аффект сопровождается развитием лимфангита и регионарного лимфаденита. Лицо больного гиперемировано, склеры и конъюнктивы инъецированы, на 45-й день болезни на голове, шее, туловище и конечностях, захватывая ладони и стопы, появляется обильная полиморфная розеолезно-папулезная сыпь, которая сохраняется в течение всего лихорадочного периода (8-14 дней) и оставляет после себя пигментацию. Размеры печени и селезенки, как правило, не увеличиваются. С самого начала болезни отмечается относительная, а часто и истинная брадикардия.

Диференциальный диагноз. Клещевой сыпной тиф Северной Азии, особенно в первые дни болезни, дифференцируют, прежде всего, от сыпного тифа, геморрагических лихорадок, гриппа, малярии, лихорадка паппатачи.

Неотложная помощь. Больному обеспечивают покой. При ознобе тепло укутывают, дают питье. При гипертермии кладут холодный компресс на голову, внутрь дают жаропонижающие средства (0,5 г ацетилсалициловой кислоты, 0,25 г амидопирина), вводят сердечно-сосудистые средства (2 мл 10% раствора сульфокамфокаина 2-3 раза подкожно, внутримышечно или внутривенно). Этиотропное лечение проводят перпаратами тетраыиклинового ряда внутрь (тетрациклин, тетрациклина гидрохлорид, окситетрациклин) по 0,3-0,4 г 4 раза в сутки или внутримышечно (тетрациклина гидрохлорид по 0,1 г 3 раза в сутки), комбинированными препаратами (олететрин и сигмамицин по 0,25 г 3 раза в сутки или внутримышечно по 0,2 г 3 раза в сутки); левомицетином (по 1 г 4 раза в сутки внутрь). Препараты отменяют на 2-й день после нормализации температуры.

При инфекционно-токсическом шоке (падение АД, резчайшая тахикардия, одышка, цианоз, прекращение мочеотделения, нарушения свертывающей-антисвертывающей системы крови - геморрагии, кровоизлияния, кровотечения, развитие ДВС-синдрома) больному вводят внутривенно струйно 150-200 мг преднизолона, затем последовательно внутривенно (струйно с переходом на капельное введение) 2-21/2 л раствора типа "Трисоль" или "Квартасоль", 400 мл гемодеза, 1-11/2 л поляризующей смеси (5% раствор глюкозы, 12-15 л хлорида калия, 10-12 ЕД инсулина), антиферментные препараты (контрикал, трасилол) по 10000-20000 ЕД 3-4 раза в сутки, 2 мл 10% раствора сульфокамфокаина. Антибиотики во время противошоковой терапии вводят внутривенно, после выведения из шока назначают внутрь или внутримышечно.

Госпитализация. Больной подлежит госпитализации в инфекционное отделение специальным транспортом для инфекционных больных.

**4. Корь**

Возбудитель кори - вирус Polinosa morbillarum. Болеют преимущественно дети, но нередко и взрослые, у которых корь протекает значительно тяжелее, чем у детей.

Болезнь начинается с катарального периода длительностью 3-4 дня: повышения температуры тела, которая в течение суток достигает 38-39 ˚С, и одновременного появления катаральных явлений (насморк с обильным гнойным отделением, кашель с мокротой, конъюнктивит с гнойными выделениями и светобоязнь). В катаральном периоде и периоде высыпаний сохраняется высокая температура. Лихорадка постоянная, колебания температуры утром и вечером незначительны. Со 2-3го дня болезни на слизистой оболочке щек, обычно в области малых коренных зубов, появляются белесоватые участки приподнятого и отрубевидного слущивающегося эпителия (симптом Филатова - Коплика). Этот ранний признак кори, которого не бывает при других заболеваниях, сохраняется в среднем 2-4 дня. Вслед за катаральным периодом начинается период высыпания. Для кори характерна крупнопятнистая папулезная сыпь с наклонностью к слиянию, которая появляется на 3-4-й день болезни в начале на лице, а затем последовательно распространяется на шею, туловище и конечности. Снижение температуры наблюдается обычно на 5-7-й день от начала высыпания.

Дифференциальный диагноз. Кровь дифференцируют от краснухи, скарлатины, сыпного тифа, гриппа. При краснухе возникают наибольшие диагностические затруднения. Проявления ее сходный клинической картиной кори. Дифференциально-диагностическим признаком краснухи является увеличение заднешейных, затылочных, околоушных и других лимфатических узлов, отсутствие симптома Филатова - Коплика. Для скарлатины характерно раннее (в первые 2 суток болезни) появление мелкоточечной сыпи на розовом фоне кожи и быстрое ее распространение по всему телу. Естественные складки кожи ярко-красного цвета. В отличие от кори при скарлатине почти никогда не бывает светобоязни, насморка, отсутствует симптом Филатова - Коплика, однако весьма часты признаки ангины.

Неотложная помощь. Больному обеспечивают полный покой, обильное питье, затемнение комнаты. При повышении температуры кладут холодный компресс на голову, внутрь дают 0,5 г ацетилсалициловой кислоты или 0,25 г амидопирина. При отсутствии осложнений специального лечения больные корью не требуют. Назначают уход за полостью рта, глазами, сердечно-сосудистые средства (2 мл 10% раствора сульфокамфокаина 2-3 раза в день подкожно, внутримышечно или внутривенно); преднизолон - 20 мл внутрь.

Госпитализация. Больные со сред нетяжелой и тяжелой формой кори, а также осложненной корью (пневмония, отит, коревой круп, энцефалит, менингит) подлежат госпитализации в инфекционное отделение специальным транспортом для инфекционных больных.

**5. Крупозная пневмония**

Наиболее часто возбудителем болезни являются пневмококки Френкеля - Вексельбаума, стафилококки, стрептококки, диплобацилла Фридлендера, эшерихии (кишечная палочка), смешанная флора. Обычно крупозная пневмония имеет четкую клиническую картину.

Заболевание, как правило, начинается внезапно с потрясающего озноба и резкого повышения температуры ела до 39-40С. Очень быстро появляется боль в боку на стороне пневмонического очага, усиливающаяся при глубоком вдохе и кашле. Через 12-24 и от начала заболевания от начала заболевания может появиться характерная "ржавая" мокрота. При перкуссии соответственно пораженной доле легкого имеется укорочение перкуторного звука вплоть до тупости, при аускультации в начале болезни определяется крепитация, на, высоте болезни - бронхиальное дыхание. Одновременно с этим отмечается выраженная бронхофония и усиление голосового дрожания. Дыхание поверхностное, учащенное. Довольно часты акроцианоз, румянец. Пульс частый, тоны сердца, как правило, приглушены. На высоте лихорадки возможны бред, возбуждение.

Дифференциальный диагноз. Крупозную пневмонию в начальном периоде необходимо дифференцировать от гриппа, малярии, возвратного вшивого тифа, менингококкемии, менингококкового менингита, геморрагических лихорадок, возвратного клещевого тифа, лихорадки паппатачи.

Неотложная помощь. Больному обеспечивают покой, при ознобе - теплое укутывание, дают горячий крепкий чай. При повышении температуры до 40 ˚С и выше кладут на голову холодный компресс. Ввводят сердечнососудистые средства (2 мл 10% раствора сульфокамфокаина подкожно, внутримышечно или внутривенно) при боли на боку - анальгетики внутрь (0,25-0,5 г амидопирина или анальгина); преднизолон - 20 мг внутрь. При выраженном бреде и психомоторном возбуждении вводят 1 мл 2,5% раствора аминазина с 0,5% раствором новокаина внутримышечно. Этиотропное лечение проводят пенициллином (по 10000001500000 ЕД 6 раз в сутки), стрептомицином (по 0,25 г 2 раза в сутки), внутримышечно, препаратами тетрациклинового ряда (тетрациклн, тетрациклин гидрохлорид, окситетрациклин по 0,2 г 4 раза в сутки внутрь), олететрином (по 0,25 г 4 раза в сутки внутрь) ампицллином (по 0,5 г 6 раз в сутки внутрь), ампиоксом (по 0,5 г 4 раза в сутки внутримышечно). При инфекционнотоксическом шоке (падение АД, резчайшая тахикардия, одышка, цианоз, прекращение мочеотделения нарушения свертывающей-антисвертывающей системы крови - развитие ДВС-синдрома, геморрагий, кровоизлияния, кровотечения) больному вводят внутривенно струйно 150-200 мг преднизолона, затем последовательно внутривенно 2-21/2 л раствора типа "Трисоль" или "Квартасоль", 400 мл гемодеза, 1-11/2 л поляризующей смеси (5% раствор глюкозы, 12-15 г хлорида калия, 10-12 ЕД инсулина), антиферментные препараты (контрикал, трасилол) по 10000-20000 ЕД 3-4 раза в сутки, 2 мл 10% раствора сульфокамфокаина. При гиперкоагуляции крови вводят 5000 ЕД гепарина 3-4 раза в сутки внутривенно. Солевые растворы вначале вводят струйно с последующим переходом на капельное введение. Антибиотики во время противошоковой терапии вводят внутривенно, после выведения из шока - внутрь или внутримышечно.

Госпитализация. Больной крупозной пневмонией подлежит госпитализации, как правило, в терапевтическое отделение. Перевозят больного любым медицинским транспортом.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год