

ГДЕ ЛЕЧИТЬ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО?

Жданов К.В., Сбойчаков В.Б., Захаренко С.М., Финогеев Ю.П.,
Крумгольц В.Ф., Яременко М.В.

ФГКВБОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации,
Санкт-Петербург

Резюме. Неотложность мер по дальнейшему совершенствованию оказания медицинской помощи инфекционным больным в поликлиниках и на дому обусловила создание многочисленных руководящих документов. Нарастающая многогранность работы, необходимость повышения качества лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе привели к образованию кабинетов инфекционных заболеваний. Данная статья составлена на основании действующих Приказов, Указаний, Правил и т.п. по тактике участкового врача при выявлении больного с актуальным инфекционным заболеванием. Выполнение указаний всех Приказов МЗ, требований к организации отделения инфекционных болезней и т.п. обязательны так же, как и Государственные стандарты.

Ключевые слова: инфекционные больные, участковый врач, нозологические формы, врач общей практики, руководящие документы.

WHERE INFECTIOUS PATIENTS SHOULD BE TREATED?

Zhdanov K.V., Sboichakov V.B., Zakharenko S.M., Finogeev Ju.P., Krumgolts V.F., Yaremenko M.V.

Abstract. The numerous guidelines to improve medical care of infectious patients in hospitals and in home conditions have been developed due to importance of this issue. The growing complexity of work, the needs to improve the quality of treatment and diagnostic measures in the pre-hospital stage led to the creation of special consulting service for infectious diseases patients. This article is based on the existing orders, instructions and rules for tactics of local doctors in identifying of patients with infectious disease. Following to the orders of the Ministry of Health, to requirements for the organization of infectious diseases units is obligatory as perform the State standards. (*Infect. immun.*, 2012, vol. 2, N 4, p. 757–764)

Key words: infectious patients, local doctor, nosological forms, general practitioner, guidance documents.

Введение

В XX столетии достигнуты определенные успехи в лечении инфекционных больных. В начале нынешнего века на территории России не регистрируются эпидемические вспышки дизентерии, дифтерии, кори и многих других инфекций, имевших широкое распространение в минувшие годы. Однако до сих пор часто выявляются ubiquitous инфекционные заболевания (острые кишечные диарейные инфекции, в том числе вирусной природы, вирусные гепатиты, грипп и другие острые

респираторные заболевания, ВИЧ-инфекция и пр.), а также «возвращающиеся» инфекционные болезни (дифтерия, корь, туляремия, лептоспироз).

В Российской Федерации ежегодно регистрируется около 40 млн случаев инфекционных заболеваний. При этом экономический ущерб, наносимый инфекционными болезнями, составляет свыше 18 млрд рублей в год [8].

Предположение о том, что «...95% всех болезней человека имеют инфекционную природу», сделанное Луи Пастером еще в XIX в., получает все большие подтверждения в веке XXI.

поступила в редакцию 11.06.2012
отправлена на доработку 17.06.2012
принята к печати 03.09.2012

© Жданов К.В. и соавт., 2012

Адрес для переписки:

Сбойчаков Виктор Борисович,
д.м.н., профессор, зав. кафедрой
микробиологии ФГКВБОУ ВПО
«Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова»

194044, Санкт-Петербург, ул. Лебедева, 6,
ВМА имени С.М. Кирова.
Тел.: (812) 329-71-69 (служебн.);
8 905 284-54-15 (моб.).
E-mail: sb1950@mail.ru

По данным материалов ВОЗ по показателям заболеваемости на первом месте стоят грипп и ОРВИ, затем пневмонии, ВИЧ/СПИД, диареи, туберкулез, малярия и корь; по смертности — ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярия. В мире от инфекционных болезней ежедневно умирает до 45 тыс. человек.

При определении показаний для госпитализации инфекционного больного учитываются диагноз, тяжесть состояния больного, его возраст, степень эпидемической опасности для окружающих, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений, бытовые условия (возможности соблюдения эпидемического режима и ухода за пациентом на дому, материальное положение семьи и многое другое).

Существуют многочисленные документы Министерства здравоохранения и социального развития РФ, которые регламентируют и амбулаторное, и стационарное лечение инфекционных больных.

Госпитализация инфекционного больного обязательна при следующих инфекциях: амебиаз, бешенство, боррелиоз, бруцеллез, ВИЧ-инфекция, геморрагическая лихорадка, вирусные гепатиты (кроме гепатита А), герпетическая инфекция (генерализованная, распространенная), дифтерия, иерсиниоз, Ку-лихорадка, легионеллез, висцеральный лейшманиоз, лептоспироз, малярия, менингококковая инфекция, полиомиелит, псевдотуберкулез, риккетсиозы, сепсис, сибирская язва, спирохетозы, столбняк, брюшной тиф и паратифы, сыпной тиф, туляремия, холера, чума, вирусные энцефалиты, ящур [1].

Показания к госпитализации или лечению амбулаторно (на дому) могут определяться врачами индивидуально при следующих инфекциях: ангина, ветряная оспа, грипп (ОРЗ), дизентерия, гельминтозы, коклюш, корь, краснуха, инфекционный мононуклеоз, орнитоз, паротит эпидемический, пневмония, рожа, сальмонеллез, скарлатина, стафилококковая инфекция, пищевые токсикоинфекции, токсоплазмоз, эризипелоид, эшерихиоз [1].

Особое внимание обращается на карантинные и так называемые особо опасные инфекции: чуму, холеру, желтую лихорадку, натуральную оспу, некоторые геморрагические лихорадки. При этих заболеваниях госпитализация строго обязательна.

В 1990 г. ВОЗ была принята «Хартия прав детей, находящихся на лечении в больнице». В первом параграфе Хартии сказано, что госпитализация детей оправдана только в том случае, если дома (амбулаторно) им не может быть оказана адекватная (необходимая) помощь.

При лечении инфекционных больных в домашних условиях медицинские работники берут на себя большую ответственность за организацию динамического наблюдения, проведение полноценной терапии и обязательное выполнение контрольных лабораторных исследований.

В процессе составления статьи авторы, естественно, использовали действующие нормативные документы, типовые инструкции, разработки, приказы Минздравсоцразвития РФ, а также многочисленные распоряжения Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга.

В приказе МЗ РФ № 220 от 1993 г., помимо всего прочего, устанавливается порядок работы кабинета инфекционных заболеваний (КИЗ) амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, что особенно актуально в настоящее время в связи с ростом хронических гемоконтактных вирусных инфекций: гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции и с возможностью применения биологического оружия [2, 3]. Особое значение имеют документы как федерального, так и территориального (Санкт-Петербург) уровня, регулирующие оказание медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией [4, 5].

Трудности реализации задач по снижению инфекционной заболеваемости, улучшению прогноза при инфекционных болезнях в сложившихся социальных условиях очевидны. Поэтому необходимо использовать весь арсенал имеющихся в распоряжении средств и методов для нормализации эпидемиологической обстановки и улучшения организации помощи инфекционным больным на догоспитальном этапе.

Приводимые ниже практические рекомендации адресованы прежде всего специалистам поликлинической сети и призваны помочь им в выполнении распоряжений Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга № 529-р от 09.10.2007 и № 201-р от 06.04.2009, где изложены подходы к работе КИЗ поликлиник города при оказании помощи больным с ВИЧ-инфекцией [7] и другой инфекционной патологией. Выполнение положений, зарегистрированных в руководящих документах (приказах Минздравсоцразвития, методических указаниях, распоряжениях, санитарно-эпидемиологических правилах и т.п.), обязательно для медицинских работников всех рангов. С этой позиции указанные положения следует рассматривать как государственный стандарт. Их основное содержание — тактика участкового, семейного врача

или врача-специалиста при уже поставленном нозологическом диагнозе. Однако сам процесс постановки диагноза — дело непростое и ответственное. В процессе диагностического поиска, опирающегося на данные объективного осмотра, определяется вид лихорадки, тип сыпи, характер диареи, желтухи, выраженность гепатолиенального, респираторного синдромов и других проявлений, свойственных инфекционным заболеваниям. Особое внимание при этом следует уделять соблюдению этических норм и деонтологических принципов, поскольку диагностические мероприятия проводятся на дому в присутствии родственников больного.

В соответствие с Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [9] и Санитарными правилами СП 3.1./3.2.1379-03 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на инфекционную патологию и контактные, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению, и в случае, если они представляют опасность для окружающих, — обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. О каждом случае инфекционной болезни, носительстве возбудителей инфекционной болезни или подозрении на инфекционную болезнь врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других организаций, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, а также врачи и средние медицинские работники, занимающиеся частной медицинской практикой, в течение 2 часов сообщают по телефону, а затем в течение 12 часов в письменной форме посылают экстренное извещение по установленной форме в территориальное учреждение государственной санитарно-эпидемиологической службы по месту регистрации заболевания (независимо от места проживания больного). Лечебно-профилактическое учреждение, изменившее или уточнившее диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение на этого больного в учреждение государственной санитарно-эпидемиологической службы по месту выявления заболевания, указав измененный (уточненный) диагноз, дату установления, первоначальный диагноз.

Тактика участкового врача при основных нозологических формах

Тактика участкового врача при выявлении острой кишечной инфекции

СП 3.1.1.1117-02 «Профилактика острых кишечных инфекций»

СП 3.1.7.2616-10 «Профилактика сальмонеллеза»

СП 3.1.7.2836-11 «Изменения и дополнения № 1

к СП 3.1.7.2616-10 «Профилактика сальмонеллеза»

Обязательной госпитализации подлежат:

- больные со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания;
- лица декретированных профессий;
- лица пожилого возраста;
- лица с тяжелой сопутствующей патологией;
- больные из общежитий.

В случае принятия решения о лечении больного на дому, следует дать рекомендации по режиму и диете, назначить лекарственную терапию и бактериологическое обследование (в первый день и до назначения антимикробных препаратов), копрограмму (до начала приема антибактериальных препаратов). В сложных случаях необходима консультация инфекциониста. Далее назначается дополнительное обследование: серологический и клинический анализы крови, мочи, кал на яйца глистов и т.п. Забор материала для бактериологических исследований на кишечную группу проводится в ОИБ и на дому.

Выписка. Контрольное бактериологическое исследование кала проводится через 3 дня после нормализации стула и температуры и через 2 дня после окончания лечения (отмены антимикробных препаратов). Лица, перенесшие острые кишечные инфекции неустановленной этиологии выписываются без контрольного бактериологического исследования, а декретированные контингенты — с одним отрицательным результатом бактериологического исследования. Больные дизентерией, подтвержденной бактериологически (кроме дизентерии, вызванной шигеллами Флекснера), выписываются с одним отрицательным контролем бактериологического исследования, декретированные — с двумя отрицательными контрольными бактериологическими исследованиями. Больные дизентерией Флекснера выписываются с двумя отрицательными контрольными бактериологическими исследованиями кала, декретированные — с тремя.

Работа с контактными в очаге проводится в соответствии с действующими директивными документами. Бактериологическому ис-

следованию на патогенную кишечную флору подлежат контактные декретированных профессий и лица к ним приравненные. Круг контактных может быть расширен эпидемиологом.

Диспансеризации подлежат лица, перенесшие дизентерию Флекснера:

- работники пищевых предприятий и лица к ним приравненные, переболевшие дизентерией Флекснера, подлежат диспансерному наблюдению в течение 3-х месяцев с ежемесячным бактериологическим исследованием кала на кишечную группу;
- пациенты психоневрологических интернатов, психиатрических больниц и других закрытых учреждений для взрослых подлежат диспансерному наблюдению в течение 6 месяцев с 2-кратным обследованием в течение месяца и с 2-недельным интервалом, в дальнейшем — 1 раз в месяц.

Тактика участкового врача при остром гепатите

Приказ МЗ № 408 от 12.07.1989 г. СП 3.1.958-00

«Профилактика вирусных гепатитов.

Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами»

МУ 3.1.2792-10 «Эпидемиологический надзор за гепатитом В»

МУ 3.1.2837-11 «Эпидемиологический надзор и профилактика вирусного гепатита А»

Госпитализация при остром вирусном гепатите проводится в зависимости от выраженности клинических проявлений и по эпидемиологическим показаниям. Допускается долечивание больных в амбулаторно-поликлинических условиях, продление листа нетрудоспособности согласно степени тяжести заболевания.

При подозрении на гепатит проводится исследование на аланинаминотрансферазу (АлАТ), билирубин, осадочные пробы, щелочную фосфатазу; в случае незначительного повышения АлАТ при соматических заболеваниях и без таковых — обследование больного на маркеры вирусных гепатитов (HAV IgM, HBsAg, HCVab).

Работа с контактными. Контактные по ВГА подлежат наблюдению в течение 35 дней с момента изоляции последнего больного. За лицами, бывшими в контакте с больными, устанавливают медицинское наблюдение 1 раз в 5 дней, проводят осмотр печени, кожных покровов, склер, слизистых, измеряется температура тела.

Обследование контактных при ВГА проводится дважды: на 2-й день сообщения и с интервалом 12–15 дней. По решению эпидемио-

лога, в зависимости от характеристики очага, назначается однократное или повторные (с интервалом 15–20 дней) обследования контактных. Обследование контактных при ВГВ, ВГС и диспансеризация при всех ВГ проводится согласно директивным документам.

Тактика участкового врача при ангине

При постановке диагноза ангины следует:

- «активно» наблюдать больного в течение 3-х дней;
- обследовать на возбудитель дифтерии в первый день (до приема антибактериальных препаратов);
- при описании зева отметить его окраску, наличие отека, налетов, их границы и легкость удаления, описать состояние лимфатических узлов.

Госпитализации подлежат больные со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания, при высеве нетоксигенной коринебактерии дифтерии (при ангине), с паратонзиллярным абсцессом, с тяжелой сопутствующей патологией, а также больные ангиной из очагов дифтерии.

Тактика участкового врача при дифтерии

Приказ МЗ РФ № 36 от 03.02.97 г.

«О совершенствовании мероприятий по профилактике дифтерии»

МУ 3.1.1082-01 «Эпидемиологический надзор за дифтерийной инфекцией»

СП 3.1.1108-02 «Профилактика дифтерии»

Госпитализация в инфекционный стационар обязательна для больных дифтерией и с подозрением на нее, носителей коринебактерий дифтерии.

При отказе от госпитализации: консультация инфекциониста, отоларинголога, а при необходимости — других специалистов.

Обследование: у больных ангиной берется однократно мазок из зева и носа на бактериологическое исследование на коринебактерии дифтерии в первые сутки до начала лечения антибиотиками. Далее на протяжении 3 дней организуется ежедневное наблюдение с полным описанием изменений в зеве.

Выписка: при клиническом выздоровлении двукратное бактериологическое исследование с интервалом 1–2 дня не ранее 3-х дней после отмены антибиотиков.

Допуск в организованные коллективы носителей с затяжным выделением решается комиссионно с участием эпидемиолога.

Носители нетоксигенных коринебактерий дифтерии не подлежат госпитализации, изо-

ляции и лечению антибиотиками. Необходима консультация ЛОР-врача. Допускаются во все коллективы. Противоэпидемические мероприятия не проводятся.

Работа с контактными в очаге проводится в первые 2 дня с момента контакта и включает:

- осмотр ЛОР-врачом;
- организацию однократного бактериологического обследования на коринебактерии дифтерии (в случае выявления носителя токсигенных коринебактерий дифтерии среди контактных бактериологическое обследование повторяют до прекращения выявления носителей в этом очаге);
- серологическое обследование, которое проводится только лицам, имевшим непосредственный контакт с больным или носителем при отсутствии документального подтверждения факта проведения им прививок;
- вакцинацию всех непривитых в очаге или привитых не по схеме.

Тактика участкового врача при воздушно-капельной инфекции

СП 3.1.2.1319-03 «Профилактика гриппа»

СП 3.1.2.1382-03 «Профилактика гриппа. Дополнения и изменения к СП 3.1.2.1319-03»

СП 3.1.2.1203-03 «Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции»

СП 3.1.2.2952-11 «Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита»

СП 3.1.2.1320-03 «Профилактика коклюшной инфекции»

МУ 3.1.2.2160-07 «Эпидемиологический надзор за коклюшной инфекцией»

Во всех случаях необходимо правильно оценить состояние больного и решить вопрос о месте лечения, учитывая при этом эпидемическую ситуацию, состояние больного, наличие сопутствующей хронической патологии. В случае амбулаторного лечения после установления диагноза необходимо дать рекомендации по режиму и диете, назначить медикаментозную терапию, обследование, консультацию инфекциониста (при необходимости).

При кори и краснухе проводится ИФА-диагностика с определением IgM, IgG или серологическое обследование в динамике (диагностическим является 4-кратное и более нарастание титра антител). При коклюше больного обследуют на коклюшную палочку, при скарлатине — на гемолитический стрептококк и коринебактерии дифтерии, при эпидемическом паротите исследуют мочу на амилазу.

Тактика участкового врача при присасывании иксодового клеща

Приказ МЗ СССР № 141 от 09.04.1990 г. «О дальнейшем совершенствовании мероприятий по профилактике клещевого энцефалита»

СП 3.1.3.2352-08 «Профилактика клещевого вирусного энцефалита»

Методические рекомендации «Иксодовые клещевые боррелиозы у детей и взрослых», 2010 г.

1. Удаление клеща

Присосавшегося к телу клеща удаляют в перчатках, не касаясь тела. Удаление рекомендуется осуществлять следующим образом: слегка оттягивая пинцетом брюшко клеща, накладывают на его головную часть у самой поверхности кожи нитяную петлю. Осторожными покачиваниями за оба конца нитки, перпендикулярно извлекают клеща вместе с хоботком. Во избежание отрыва хоботка нельзя совершать резких движений. Если хоботок остается в теле человека, его удаляют обожженной иглой или острой булавкой.

Присосавшегося клеща можно удалить и другими способами: захватив клеща пинцетом как можно ближе к его ротовому аппарату извлекают из кожных покровов осторожными, легкими движениями, покачивая из стороны в сторону или вращательными движениями (против часовой стрелки). Место бывшего присасывания клеща сразу же обрабатывают 3–5% йодной настойкой. Использование агрессивных жидкостей (бензин, керосин, клей и масла) с целью быстрого удаления клеща из кожных покровов не только неэффективно, но и опасно.

2. Исследование клеща на клещевой боррелиоз и энцефалит, регистрация в районном отделе Роспотребнадзора. При передаче извещения следует указать, где и когда произошло присасывание клеща, в какую часть тела.

3. Проведение беседы с пострадавшим.

4. Мероприятия при иксодовом клещевом боррелиозе (ИКБ)

Пострадавшим от присасывания иксодовых клещей с отсутствием достоверного инфицирования присосавшегося клеща антибиотико-профилактика не проводится. Эти лица подлежат клинико-лабораторному наблюдению в течение 3 месяцев с проведением серологических исследований (первое — не ранее чем через 2 недели после присасывания клеща, последующие — через 2 недели (через месяц после присасывания клеща) и через 3 месяца после присасывания клеща. При появлении клинических признаков ИКБ или серологической верификации состоявшегося инфицирования решается вопрос о проведении лечения по по-

воду ИКБ. При отрицательных результатах серологических исследований диспансеризация прекращается через 3 месяца после присасывания клеща.

Пострадавшим от присасывания клеща, инфицированного боррелиями, осуществляется антибиотикопрофилактика и проводится комплекс клинико-лабораторных обследований в течение 3 месяцев (первое — через 2 недели после антибиотикопрофилактики, последующие — через 1 и 3 месяца после профилактического лечения. При отрицательных результатах серологических исследований диспансеризация прекращается через 3 месяца после проведения антибиотикопрофилактики. В случае выявления диагностически значимых титров специфических противоборрелиозных антител в течение 3 месяцев и отсутствии клинических признаков ИКБ диспансерное наблюдение осуществляется по аналогии с таковым у больных с перенесенной инфекцией.

5. Мероприятия при клещевом вирусном энцефалите (КВЭ)

За пострадавшими от присасывания иксодовых клещей с отсутствием достоверного инфицирования последних проводится наблюдение в течение 21 дня (ежедневное измерение температуры утром и вечером, отметка о состоянии самочувствия — головные боли, бессонница, быстрая утомляемость, сонливость, депрессия, вялость, боли в мышцах, «мурашки» на коже и т.д.).

При обращении за медицинской помощью человека с симптомами КВЭ, находившегося в эндемичной по КВЭ местности в период активности клещей или употреблявшего козье молоко, его необходимо немедленно госпитализировать с целью дифференциальной диагностики и лечения.

В случае подозрения на развитие КВЭ, особенно при некупирующейся жаропонижающими средствами лихорадке, сохранении головной боли на фоне снижения температуры, выраженного болевого синдрома в области надплечий, спины, наличии соответствующего эпидемического анамнеза, медицинскими работниками принимаются меры по экстренной госпитализации больного в неврологическое или инфекционное отделение вне зависимости от тяжести заболевания на момент первичного осмотра.

6. Профилактика ИКБ

Эффективных средств активной иммунопрофилактики боррелиозной инфекции в настоящее время нет. Пассивной специфической профилактики (иммунопрофилактики) ИКБ не существует.

Экстренная профилактика ИКБ осуществляется строго индивидуально в случаях, когда точно установлено, что присосавшийся клещ был инфицирован боррелиями. Сроки начала антибиотикопрофилактики — как можно раньше после присасывания клеща (оптимальные сроки — не позже 5 дня после присасывания клеща).

7. Профилактика КВЭ

Для активной иммунопрофилактики КВЭ применяется вакцины. Плановую первичную вакцинацию рекомендуется проводить до начала сезона активности клещей. Первую и вторую прививку предпочтительнее осуществлять в зимние или весенние месяцы. Допускается проведение вакцинации в летнее время по экстренной схеме. Посещение природного очага КВЭ рекомендовано не ранее, чем через две недели после второй прививки. Ревакцинация проводится через каждые 3 года, до начала сезона активности клещей.

Для экстренной профилактики КВЭ рекомендуется введение человеческого иммуноглобулина против КВЭ в дозе 1мл/кг внутримышечно не позднее 4 дня после присасывания клеща.

Тактика участкового врача при малярии

Приказ МЗ № 171 от 27.04.1990 г.

«Об эпидемиологическом надзоре за малярией»

МУК 3.2.987-00 «Паразитологическая диагностика малярии»

СП 3.2.1333-03 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации»

МУ 3.2.1756-03 «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями»

Подозрительными на малярию считаются:

- лица с лихорадкой, предъявляющие жалобы на недомогание, озноб и головную боль, проживающие или прибывшие из эндемичных регионов;
- лица с лихорадкой с неустановленным диагнозом в течение 5 дней, в эпидсезон малярии — в первые 2 дня;
- лица, имеющие заболевания с продолжительными периодическими подъемами температуры, несмотря на проводимое в соответствии с установленным диагнозом лечение;
- реципиенты при повышении температуры, развившейся в течение ближайших трех месяцев после переливания крови;
- лица, имеющие в анамнезе заболевание малярией в течение последних 3 лет — при любом заболевании с повышением температуры;

– российские и иностранные граждане, прибывшие из стран Африки, Азии, Южной и Центральной Америки в течение последних трех лет после приезда в РФ — по клиническим показаниям.

Госпитализация обязательна. При отказе от госпитализации все пациенты с подозрением на малярию должны быть обследованы на плазмодии малярии. Техник забора крови на «толстую каплю» должен владеть врач любой специальности.

Все результаты анализов вносятся в журнал исследований, который хранится в клинической лаборатории поликлиники и в отделении инфекционных болезней и иммунопрофилактики.

Больным с подозрением на малярию в случае отказа от госпитализации назначается делагил по схеме:

- 1-й день — 4 таб. (по 0,25 г) делагила (всего 1,0 г);
- через 6 часов — 2 таб. делагила (всего 0,5 г);
- 2-й день — 2 таб. делагила (всего 0,5 г);
- 3-й день — 2 таб. делагила (всего 0,5 г).

Тактика ведения больных с лихорадкой неясной этиологии

1. Обязательная консультация заведующего отделением и врача-инфекциониста.

2. В анамнезе отметить укусы насекомых, животных, перенесенные в прошлом заболевания (сыпной тиф, брюшной тиф, малярию и др.), переливания крови, выезды в районы, неблагополучные по малярии. Установить частоту «простудных заболеваний».

3. При осмотре необходимо обратить внимание на наличие экзантемы, энантемы, тщательно осмотреть и описать состояние лимфатических узлов. Определить размеры печени, селезенки. Описать суставы, состояние кожных покровов (сухость, шелушение, следы укусов, инъекций). Отметить суточные колебания температуры.

4. Обследование:

- клинический анализ крови;
- анализ мочи;
- копрограмма;
- кал на яйца гельминтов;
- кровь на АЛТ, белковые фракции;
- кровь на RW, Ф-50;
- кровь на РНГА (после 7-го дня заболевания);
- кровь на плазмодий малярии, сыпной тиф, герпесвирусные инфекции;
- кровь на гемокультуру (в течение всего лихорадочного периода);
- флюорограмма;

– ЭКГ;

– консультация специалистов при необходимости (в том числе фтизиатра, эндокринолога и др.).

В случае затруднения в постановке диагноза следует воспользоваться провизорной госпитализацией либо (если позволяет состояние больного) направить на консультацию инфекциониста.

Заключение

Статья рассматривает алгоритм действия врача при выявлении больного с инфекционным заболеванием. Конечная цель осмотра инфекционного больного — определить дальнейшую тактику ведения: 1) остается ли пациент дома под наблюдением врача; 2) нуждается ли он в консультации инфекциониста КИЗа или других специалистов; 3) необходима ли госпитализация в специализированный стационар. Наиболее ответственным является принятие решения о лечении пациента на дому.

Участковые и семейные врачи, врачи общей практики, специалисты поликлиник, кабинетов инфекционных заболеваний, решающие многие вопросы профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и диспансеризации инфекционных больных, должны руководствоваться действующими нормативными документами РФ, посвященными профилактике, диагностике и лечению инфекционных больных.

Список литературы

1. Инфекционные болезни. Справочник врача поликлиники / Ю.П. Финогеев, Ю.А. Винакмен, С.М. Захаренко, Д.А. Павлович. — СПб.: Изд-во «Диля Пабблишинг», 2011. — 256 с.
2. Отделения инфекционных болезней и иммунопрофилактики поликлиник: Методич. рекомендации. — М.—СПб.: 2005. — 142 с.
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 2005 г. № 487 г. Москва «Об утверждении Порядка организации первичной медико-санитарной помощи».
4. Федеральный Закон РФ от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения заболеваний, вызываемого вирусом ВИЧ».
5. Постановление Главного санитарного врача по городу Санкт-Петербургу от 28.12.2005 № 14 «О дополнительных мерах противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге».
6. Постановление МЗ РФ — Главного санитарного врача РФ от 29.08.2002 № 28 «Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в РФ».

7. Амбулаторная помощь людям, живущим с ВИЧ / Под ред. А.Г. Рахмановой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. — 72 с.
8. Федеральная целевая программа «Национальная система химической и биологической безопасности Российской Федерации (2009–2014 годы)».
9. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». — М.: Издательство «Омега-Л», 2011. — 32 с.