

СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив	5
Список сокращений и условных обозначений	7
Введение	8
1. Характеристика ведущих клинических синдромов	10
1.1. Лихорадочно-интоксикационный синдром	10
1.1.1. Дифференциальная диагностика лихорадочного генеза при оказании скорой медицинской помощи	11
1.1.2. Тактика оказания медицинской помощи при лихорадке на догоспитальном этапе выездной бригадой скорой медицинской помощи	17
1.1.3. Бактериальные инфекции	18
1.1.4. Вирусные инфекции	24
1.1.5. Риккетсиозы	27
1.1.6. Спирохетозы	29
1.1.7. Хламидиозы	31
1.1.8. Болезни, вызываемые простейшими	32
1.1.9. Гельминтозы	35
1.2. Катарально-респираторный синдром	36
1.2.1. Грипп	38
1.2.2. Новая коронавирусная инфекция	43
1.2.3. Дифтерия	45
1.3. Синдром лимфаденопатии	48
1.3.1. Алгоритм диагностического поиска при наличии у пациента генерализованной лимфаденопатии	51
1.3.2. Отдельные нозологические формы, проявляющиеся синдромом лимфаденопатии	55
1.4. Менингеальный синдром	64
1.4.1. Отдельные нозологические формы, проявляющиеся менингеальным синдромом	71
1.5. Синдром экзантемы, энантемы и первичного аффекта	78
1.5.1. Общие принципы дифференциальной диагностики экзантем в условиях скорой медицинской помощи	78
1.5.2. Характеристика первичных морфологических элементов	80

1.5.3. Характеристика вторичных морфологических элементов . . .	86
1.5.4. Основные положения при дифференциальной диагностике экзантем	91
1.5.5. Диагностические алгоритмы при выявлении экзантем и энантем	92
1.6. Гастроинтестинальный синдром	118
1.6.1. Бактериальное пищевое отравление	119
1.6.2. Сальмонеллез	120
1.6.3. Шигеллез	122
1.6.4. Ботулизм	123
1.6.5. Иерсиниоз, гастроинтестинальная форма	125
1.6.6. Диареи вирусной этиологии	126
1.7. Дегидратационный синдром	127
1.7.1. Алгоритм оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе	131
1.7.2. Холера	133
1.8. Синдром желтухи	135
1.8.1. Отдельные нозологические формы, проявляющиеся синдромом желтухи	142
1.9. Гепатолиенальный синдром	151
2. Алгоритм работы специалистов скорой медицинской помощи в случаях выявления больного, подозрительного на болезнь, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ	153
3. Алгоритмы оказания скорой и неотложной медицинской помощи	159
Заключение	178
Приложения	179
Литература	180
Благодарность	182
Предметный указатель	183

ВВЕДЕНИЕ

Оказание экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе остается одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем, так как широко распространено во всех регионах страны и часто требует принятия экстренного решения в связи с нередким тяжелым состоянием пациентов и ранним развитием жизнеугрожающих состояний. Инфекционные заболевания наряду с этим также характеризуются контагиозностью и способностью к распространению.

На догоспитальном этапе алгоритм диагностики и лечения инфекционной патологии имеет некоторые отличия от госпитального алгоритма, что обусловлено спецификой работы. Оказание скорой медицинской помощи в большинстве случаев происходит при дефиците времени, информации о больном и ограничении диагностических возможностей, что оказывает определенное влияние на своевременное и правильное оказание помощи пациентам с инфекционными заболеваниями.

Врач скорой и неотложной медицинской помощи должен обладать широким кругозором и способностью быстро ориентироваться в ситуации проводить дифференциальную диагностику, владеть многими практическими навыками и определять тактику ведения пациента на догоспитальном этапе.

При острой инфекционной патологии следует одновременно и проводить нозологическую диагностику, и использовать синдромальный подход. Нозологический диагноз ставится на основании эпидемиологического анамнеза и характерного симптомокомплекса.

Синдромальный диагноз отражает в динамике функции жизнеобеспечения, в первую очередь сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности. Основные лечебные мероприятия согласно синдромальному подходу, направлены на борьбу с интоксикацией, фебрильной реакцией, коррекцию водно-электролитного баланса, борьбу с сердечно-сосудистой, дыхательной недостаточностью, отеком головного мозга, инфекционно-токсическим шоком, купирование судорожного синдрома. Дифференциальной диагностике и коррекции подлежат, в первую очередь, неспецифические жизнеугрожающие осложнения острых инфекционных заболеваний еще до верификации их нозологии на основании данных эпидемиологического анамнеза и характерных клинических симптомокомплексов.

Этиотропная терапия проводится только в случаях тяжелых, быстро прогрессирующих процессов, например при инфекционно-токсическом шоке, так как назначение этиотропных препаратов снижает эффективность бактериологической диагностики.

Для обеспечения единого подхода к тактике и оказанию экстренной медицинской помощи применяются Алгоритмы оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным, которые отражают современную позицию эффективности и вместе с тем безопасности медицинской деятельности при проведении лечебно-диагностических мероприятий вне медицинской организации. Алгоритмы содержат объем лечебно-диагностических мероприятий и тактику скорой медицинской помощи при основных нозологических формах, охватывают практически весь спектр urgentных заболеваний и состояний.

Соблюдение последовательности действий имеет принципиальное значение для лечебных мероприятий в условиях оказания скорой медицинской помощи пациентам, в том числе при выполнении медицинской эвакуации с проведением мониторинга артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений, электрокардиографии и сатурации (SpO_2). Лекарственные препараты вводятся внутривенно только в разведении и медленно. В отдельных случаях при невозможности обеспечить внутривенное введение лекарственных препаратов применяется внутрикостный доступ. Инфузионная терапия продолжается во время медицинской эвакуации больного на всем протяжении догоспитального этапа.

Своевременное и правильное оказание медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями на догоспитальном этапе оказывает решающее значение на прогноз для жизни, трудоспособности и влияет на инвалидизацию.

Облегчает постановку диагноза сочетанная оценка симптомов. Группа симптомов, патогенетически связанных между собой, называется синдромом. Основные клинические синдромы, наблюдающиеся при разных инфекциях, соответствуют развитию либо генерализованного инфекционного процесса, либо органной патологии с той или иной преобладающей локализацией. Выявление клинических синдромов поможет решить задачу ранней дифференциальной диагностики практически всех инфекционных заболеваний.

2. АЛГОРИТМ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЛУЧАЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНОГО, ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА БОЛЕЗНИ, ТРЕБУЮЩИЕ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО САНИТАРНОЙ ОХРАНЕ ТЕРРИТОРИИ РФ

За последние 10 лет в РФ приняты меры по совершенствованию эпидемиологического надзора и повышению качества диагностики инфекционных болезней. Существенно расширился перечень регистрируемых нозологий в рамках федерального государственного статистического наблюдения. Именно поэтому на современном этапе развития приоритетными направлениями являются биологическая безопасность и борьба с инфекционными болезнями, что отражено в Основах государственной политики в области обеспечения биологической безопасности РФ на период до 2025 г.

Развитие международного туризма, паломничества к святым местам, миграционные процессы, постоянный прирост иностранной рабочей силы, грузовые перевозки, в том числе из эндемичных стран и территорий, создают реальные условия для завоза инфекционных (паразитарных) болезней в РФ. На фоне сложившейся ситуации инфекционные (паразитарные) болезни требуют повышенного внимания к мероприятиям по санитарной охране территории, их раннего выявления и своевременной диагностики (табл. 6).

Таблица 6

Перечень инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации

Нозологическая форма	Код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра
1. Оспа	B03
2. Полиомиелит, вызванный диким полиовирусом	A80.1, A80.2
3. Человеческий грипп, вызванный новым подтипом	J10, J11

Продолжение табл. 6

Нозологическая форма	Код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра
4. Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС)	U04.9
5. Холера	A00: A00.0, A00.1, A00.9
6. Чума	A20: A20.1, A20.2, A20.3, A20.7, A20.8, A20.9
7. Желтая лихорадка*	A95: A95.0, A95.1, A95.9
8. Лихорадка Ласса	A96.2
9. Болезнь, вызванная вирусом Марбург	A98.3
10. Болезнь, вызванная вирусом Эбола	A98.4
11. Ближневосточный респираторный синдром	B34.2
12. Коронавирусная инфекция COVID-19	U07.1, U07.2
13. Малярия*	B50, B51, B52, B53.0, B54
14. Лихорадка Западного Нила*	A92.3
15. Крымская геморрагическая лихорадка (вызванная вирусом Конго)	A98.0
16. Лихорадка Денге*	A97: A97.0, A97.1, A97.2, A97.9
17. Лихорадка Рифт-Валли (долины Рифт)*	A92.4
18. Болезнь, вызванная вирусом Зика*	U06
19. Менингококковая болезнь*	A39.0, A39.1, A39.2
20. Сибирская язва*	A22: A22.0, A22.1, A22.2, A22.7, A22.8, A22.9
21. Бруцеллез*	A23: A23.0, A23.1, A23.2, A23.3, A23.8, A23.9
22. Мелиоидоз*	A24.0, A24.15, A24.2, A24.3, A24.4
23. Сип*	A24.0
24. Эпидемический сыпной тиф**	A75.0, A75.1, A75.2, A75.3, A75.9

Окончание табл. 6

Нозологическая форма	Код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра
25. Геморрагическая лихорадка Хунин	A96.0
26. Геморрагическая лихорадка Мачупо	A96.1
27. Другие инфекционные болезни, вызывающие в соответствии с приложением 2 к Международным медико-санитарным правилам (2005 г.) чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение	—

* Противозидемические режимно-ограничительные мероприятия не проводятся (МУ 3.4.2552-09).

** При подозрении на эпидемический сыпной тиф принять меры для проведения противопедикулезной обработки.

Имеет значение также выявление неэндемичных для данной местности инфекций невыясненной этиологии с необычно высокими показателями заболеваемости и летальности. На указанный перечень инфекционных болезней распространяются организация и проведение первичных мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на болезни.

Общие сведения об инфекционных болезнях, вызывающих чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, были представлены выше.

Алгоритм планирования мероприятий по предупреждению заноса и распространения инфекционных болезней

1. При выявлении больного или подозрительного на болезни по месту жительства, работы/учебы или в общественном месте медицинский работник принимает меры по изоляции больного (подозрительного на болезни) в ближайшем помещении от места выявления, оказывает ему медицинскую помощь в соответствии с Алгоритмами оказания скорой и неотложной медицинской помощи и информирует ответственного старшего врача оперативного отдела Станции.
2. Ответственный старший врач оперативного отдела Станции для уточнения диагноза болезни незамедлительно направляет на место вызова к больному, в том числе на вызовы в поликлиники, стационары, специализированную выездную экстренную консультативную инфекционную бригаду СМП.

3. Медицинские работники специализированной выездной экстренной консультативной инфекционной бригады СМП прибывают на вызов в средствах индивидуальной защиты, соответствующих уровню опасности патогенного биологического агента.
4. Водительский персонал, участвующий в проведении медицинской эвакуации больного (подозрительного на болезнь), должен использовать средства индивидуальной защиты, аналогичные используемым медицинским персоналом. При отсутствии защитной одежды водитель должен находиться в кабине санитарного автомобиля СМП, при этом двери кабины, окно и воздухопроводы между кабиной водителя и салоном автомобиля герметично заклеиваются упаковочной липкой лентой типа «скотч».
5. Врач-инфекционист специализированной выездной экстренной консультативной инфекционной бригады СМП в помещении, где изолирован больной, осматривает больного (подозрительного), подтверждает (или исключает) болезнь и сообщает о результатах осмотра заведующему отделением (главному врачу медицинской организации, в которой выявлен больной), а также ответственному старшему врачу оперативного отдела Станции по установленной схеме, после чего принимается решение о медицинской эвакуации больного (подозрительного на болезнь) и контактных с ним лиц.
6. В группу контактных лиц включаются медицинские работники выездной бригады СМП/неотложной медицинской помощи, проводившие осмотр пациента на месте вызова до приезда специализированной выездной экстренной консультативной инфекционной бригады СМП.

При подозрении наличия у больного (умершего) болезни медицинский персонал подлежит обязательной изоляции на срок до снятия диагноза, а при подтверждении — на срок, равный максимальному инкубационному периоду соответствующей инфекционной болезни, и за ними устанавливается медицинское наблюдение.

7. Специализированная выездная экстренная консультативная инфекционная бригада СМП должна быть оснащена универсальной укладкой для забора биологического материала у больного (подозрительного) на холеру и памяткой по правилам забора материала для лабораторного исследования на холеру. При подозрении на холеру немедленно проводится забор биологического материала от больного (подозрительного) в соответствии с инструкциями МУ 3.4.2552-09.

8. Санитарный автомобиль специализированной выездной экстренной консультативной инфекционной бригады СМП должен быть оснащен транспортировочным изолирующим боксом, емкостями для сбора выделений больного холерой, подкладными клеенками, дезинфицирующими растворами (3–5 л), солевыми растворами (не менее 5 л) и двумя комплектами разовой системы для внутривенного введения.
9. Ответственный старший врач оперативного отдела Станции оповещает заведующего оперативным отделом (дежурного администратора в нерабочее время) и отдел медицинской эвакуации Станции по телефону о выявленном случае болезни и количестве контактных лиц.
10. Заведующий оперативным отделом (дежурный администратор в нерабочее время) оповещает главного врача Станции и уполномоченные учреждения и ведомства согласно схеме информирования о случае выявления больного/умершего (подозрительного на болезнь) в соответствии с инструкциями МУ 3.4.2552-09.
11. Отдел медицинской эвакуации информирует профильный инфекционный стационар о поступлении больного (подозрительного на болезнь) и количестве контактных лиц.
12. Специализированная выездная экстренная консультативная инфекционная бригада СМП осуществляет медицинскую эвакуацию больного (подозрительного на болезнь) в профильный инфекционный стационар.
13. В целях соблюдения противоэпидемического режима медицинская эвакуация больного (подозрительного на болезнь) может осуществляться с использованием транспортировочного изолирующего бокса.
- В случаях медицинской эвакуации без использования транспортировочного изолирующего бокса больной (подозрительный) должен находиться в медицинской маске (респираторе), кроме больных, подозрительных на холеру.
14. Размещение двух и более инфекционных больных (подозрительных) в одном санитарном автомобиле СМП допускается лишь в исключительных случаях при эвакуации из одного очага, например из детских дошкольных учреждений, больных (подозрительных) с одинаковым первичным диагнозом, без сопровождения родственников и знакомых.

15. Медицинская эвакуация контактных лиц с больным (подозрительным на болезни) осуществляется общепрофильными выездными бригадами СМП в обсервационное учреждение.
16. После эвакуации больного и контактных лиц в обсервационное учреждение санитарный автомобиль и предметы, использованные при выполнении медицинской эвакуации, включая медицинские отходы I–II групп патогенности, образованные на месте оказания медицинской помощи, обеззараживаются силами дезинфекторов данных стационаров на их территории на специально оборудованной площадке.
17. Персонал бригад СМП меняет защитную одежду после каждого эвакуированного больного (подозрительного на болезни) и проходит санитарную обработку.