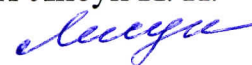


Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО

Зав. кафедры: ДМН, доцент Штегман ОА
Преподаватель: КМН, ассистент Лисун И. И.



РЕФЕРАТ

Тема: «Особо опасные инфекции»

Выполнила: ординатор

1 год обучения

Специальность скорая медицинская помощь

Кудимова Е. Б.

Красноярск
2023

Оглавление

Введение	3
Классификация особо опасных инфекций	4
Холера	4
Эпидемиология	4
Этиология	5
Патогенез	5
Клиника	6
Диагностика	7
Чума	7
Этиология	7
Эпидемиология	8
Клиника	8
Диагностика	11
Сибирская язва	11
Этиология	12
Эпидемиология	12
Клиника	12
Диагностика	14
Лечение	14
Заключение	20
Литература	21

Введение

На сегодняшний день, невзирая на успешную борьбу, актуальность особо-опасных инфекций остается высокой. При отсутствии адекватной системы контроля эпидемическое распространение ООИ может привести к дезорганизации не только системы противоэпидемической защиты, но и поставить под угрозу существование страны в целом.

Научно обоснованное и общепринятое определение понятия ООИ отсутствует. В официальных различных документах, регламентирующих деятельность, связанную с ООИ и их возбудителями, перечень этих инфекций оказывается разным.

В прошлом эти инфекции отличались высокой летальностью. Это свойство многие из них сохранили и в настоящем времени, если их своевременно не распознать и не начать экстренное лечение. В отношении некоторых таких инфекций и сегодня отсутствуют эффективные лечебные средства, например при бешенстве, легочных и кишечных формах сибирской язвы и др. В то же время этот принцип невозможно соотнести со всеми инфекционными болезнями, традиционно внесённых в список ООИ. Следовательно, можно сказать, что к особо опасным обычно относятся инфекционные заболевания, способные к эпидемическому распространению с охватом больших масс населения и/или вызывающие крайне тяжело протекающие индивидуальные заболевания с высокой летальностью либо инвалидизацией переболевших.

Чума, сибирская язва, туляремия и бруцеллез относятся к зооантропонозным природно-очаговым особо опасным инфекциям, вспышки которых постоянно регистрируются в России, странах ближнего и дальнего зарубежья. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению количества заболеваний животных и людей, вызванных данными возбудителями. Это обусловлено миграционными процессами, развитием индустрии туризма, экологическими проблемами. Несмотря на достигнутые успехи в профилактике указанных выше инфекций эффективность лечения поздних случаев чумы и сибирской язвы остается на низком уровне. Решение этих проблем может быть осуществлено только с учетом расширения знаний об их патогенезе.

Реестр заболеваний Всемирной Организации Здравоохранения включает перечень более 100 болезней, представляющих особо опасные инфекции. Они способны внезапно проявляться, быстро распространяться и массово подвергать заражению население. Особо опасные инфекции также характеризуются тяжелой клиникой и высоким процентом летальности.

Классификация особо опасных инфекций

Все ООИ классифицируют на три типа:

Конвенционные заболевания. На такие инфекции распространяются международные санитарные правила. Это:

- бактериальные патологии (чума и холера);
- вирусные заболевания (оспа обезьян, геморрагические вирусные лихорадки).

Инфекции, которые требуют международного надзора, но не подлежат проведению совместных мероприятий:

- бактериальные (сыпной и возвратный тифы, ботулизм, столбняк);
- вирусные (ВИЧ, полиомиелит, грипп, бешенство, ящур);
- протозойные (малярия).

Не подлежат надзору ВОЗ, находятся под регионарным контролем:

- сибирская язва;
- туляремия;
- бруцеллез.

В данном реферате будут освещены только некоторые ООИ.

Холера

Холёра (лат. cholera) — острая кишечная антропонозная инфекция, вызываемая бактериями вида *Vibrio cholerae*

Распространяется, как правило, в форме эпидемий. Эндемические очаги располагаются в Африке, Латинской Америке, Индии.

Источник инфекции – больной различными формами холеры;

Человек заразен в инкубационный период, период разгара и реконвалесценции (возбудитель в организме – в среднем 1-2 недели);

Эпидемиология

Механизм передачи – фекально-оральный;

Путь передачи – водный, пищевой, контактнобытовой, смешанный.

Восприимчивость – высокая.

Иммунитет – антибактериальный и антитоксический.

Заражение происходит главным образом

- при питье необеззараженной воды (в 1 л. воды -10-5000 вибрионов)
- заглатывании воды при купании в загрязненных водоёмах,
- во время умывания;
- при употреблении пищи, инфицированной во время кулинарной обработки, её хранения, мытья или раздачи, особенно продуктами, не подвергающимися термической обработке (моллюски, креветки, вяленая и слабосоленая рыба);
- возможен контактно-бытовой (через загрязненные руки) путь передачи;
- холерные вибрионы могут переноситься мухами.

В большинстве случаев подъем заболеваемости наблюдают в теплый сезон.

Этиология

Возбудитель — холерный вибрион *Vibrio cholerae* — имеет вид запятой, очень подвижен, хорошо растет на питательных средах со щелочной реакцией. Холерные вибрионы хорошо переносят низкие температуры, могут перезимовывать в замерзших водоемах (60 сут.), длительно сохраняться в прибрежных водах морей. Кипячение убивает вибрионы мгновенно. Они чувствительны к высушиванию, действию солнечного света, дезинфицирующих веществ. В воде поверхностных водоемов, или в теплое время года возможно даже размножение холерных вибрионов, чему способствует загрязнение воды отходами со щелочной реакцией, особенно банно-прачечными стоками.

140 серогрупп *Vibrio cholerae*, которые разделяются на агглютинирующиеся типовой холерной сывороткой O1 (*V. cholerae* O1) -неагглютинирующиеся типовой холерной сывороткой O1 (non-O1 *V. cholerae*, НАГ-вибрионы) По O-антигену 3 серол.типа: огава, инаба, гикошима.

Патогенез

Часть вибрионов гибнет в кислой среде желудка под воздействием соляной кислоты. Остальные проникают в тонкий кишечник, в щелочной среде которого начинают размножаться, выделяя холерный токсин — белковый энтеротоксин (холероген), состоящий из двух частей: субъединицы А и субъединицы В.

Субъединица В соединяется с рецептором - ганглиозидом GM1, находящемся на поверхности эпителиальных клеток. После прикрепления субъединицы В к ганглиозиду субъединица А проникает через мембрану внутрь эпителиальной клетки. Активированная субъединица А (A1) транспортирует АДФРибозную половину расщеплённого никотинамидадениндинуклеотида (НАД) на регуляторный протеин аденилатциклазного комплекса, находящегося на внутренней стороне мембраны эпителиоцита.

Потеря центрального объема ведет к перераспределению крови в грудную клетку, полость сердца и сосуды мозга за счет 2 и 3 бассейнов.

Обезвоживание тканей.

Экономный режим работы организма (раскрытие артерио- веноулярных шунтов, по которым снабжаются только жизненно важные органы, вся периферия отключается).

Спазм периферических сосудов, цианоз, грубейшие метаболические расстройства в организме и тканях – ацидоз, накопление недоокисленных продуктов. Одышка, которая вызывает дыхательный алкалоз. Все виды гипоксии - циркуляторная, гемическая, гипоксическая и гистотоксическая

Потеря электролитов (калий) – нарушение функции миокарда, поражение почечных канальцев, парез кишечника.

Клиника

- Инкубационный период – 1-5 дней; (ЧАЩЕ 2-3)
- Возможна продрома 1 суток (лихорадка, головная боль, слабость)
- Острое начало с появления ЭНТЕРИТА без болей в животе;
- Температура нормальная;
- Дефекация безболезненная, кал водянистый «рисовый отвар»;
- Рвота после диареи водянистая фонтаном.
- Диарея: безболезненные обильные дефекации от 3 до 30 в сутки. В некоторых случаях объём испражнений может достигать 250 мл/кг от массы человека за 24 часа.
- Характерный стул: кашицеобразные или жидкие каловые массы, сначала бело-серого цвета затем бесцветные, без запаха и примеси крови, с плавающими хлопьями («рисовый отвар»).
- Рвота: сначала съеденной пищей, затем жидкая типа «рисового отвара».
- Температура: обычно нормальная, или понижена.
- Обезвоживание: жажда, сухость слизистых, заострившиеся черты лица, западающие глаза — «лицо Гиппократата», снижение тургора кожи — «руки прачки», гипотония, тахикардия, нитевидный пульс, слабость, заторможенность, ступор.
- Олигурия и анурия.
- Судорожные сокращения жевательных и икроножных мышц.
- Гипокалиемия: сердечные аритмии.
- Степени обезвоживания у больных ОКИ по В.И.Покровскому и В.В.Малееву

I – 1-3% массы тела

II – 4-6% массы тела

III – 7-9% массы тела

IV – 10% и более массы тела

Осложнения

- Гиповолемический шок;
- Инфаркт миокарда, тромбоз мезентериальных сосудов, нарушение мозгового кровообращения,
- Пневмония;
- Абсцессы, флегмона, рожа, флебиты, тромбофлебиты

Диагностика

- Эпид.анамнез
- Лаборатория:
- Посев бактериологического материала (кал, рвотные массы) на тиосульфат-цитрат-жёлчносолевой-сахарозный агар (англ. TCBS) или на 1 % щелочную пептонную воду.
- Реакция агглютинации со специфическими сыворотками
- Реакция иммобилизации для определения серотипа Инаба/Огава
- Микроскопическое исследование в тёмном поле
- 1. Бактериоскопический метод (ответ через 15-20 мин.);
- 2. Бактериологический (предварительный ответ – через 3-8 часов, окончательный – через 18-48 часов); Отрицательный ответ дается через 36-48 часов
- 3. Серологический метод (РПГА, РНА, РА, ИФА)

Чума

Чума (лат. *pestis*) — острое природно-очаговое инфекционное заболевание, протекающее с исключительно тяжёлым общим состоянием, лихорадкой, поражением лимфоузлов, лёгких и других внутренних органов, часто с развитием сепсиса. Заболевание характеризуется высокой летальностью.

Этиология

- *Yersinia pestis*
- Устойчив к низким температурам, хорошо сохраняется в мокроте, но при температуре 55°C погибает в течение 10—15 мин, а при кипячении — практически немедленно. Попадает в организм через кожу при укусе блохи, слизистые оболочки дыхательных путей, пищеварительного тракта, конъюнктивы.
- ГР-, капсулообразующая, полиморфная, неподвижная палочка из семейства энтеробактерий
- Факультативный внутриклеточный паразит

- хорошо сохраняется в выделениях больных и в объектах внешней среды
- вирулентность опосредуется V и W антигенами, обеспечивающими резистентность микроорганизма внутриклеточному фагоцитарному киллингу
- факторы патогенности - пестицин, фибринолизин, когулаза, липополисахаридный эндотоксин.

Эпидемиология

Источники – грызуны (крысы, суслики, тарбаганы(сурки), песчанки, мыши), редко домашние животные, на которых поселяются инфицированные блохи. Блоха *Xenopsylla cheopis* - основной переносчик чумы

Передача к человеку осуществляется лишь при наличии острой формы болезни у грызунов, эпизоотии у которых несколько предшествуют заболеваемости людей.

Источником инфекции может быть больной чумной пневмонией человек.

Механизм передачи

- Трансмиссивный путь - при втирании в кожу фекалий блох, либо срыгивании во время питания блохи «чумного блока».
- Блохи сохраняют в себе возбудителя пожизненно. Блохи покидают трупы животных и нападают на грызунов, а также на других животных и человека.
- Человеческие вши и клещи также могут передавать инфекцию от человека к человеку.
- Алиментарный - при употреблении в пищу зараженного мяса
- Контактный - при контакте с инфицированными животными через открытые раневые поверхности
- Воздушно-капельный путь - при ингаляции инфицированных аэрозолей (от животных, от человека, в лабораториях, в тесных помещениях)

Клиника

Инкубационный период 2-6 дней (редко – 1-12).

Клинические формы:

- кожная, бубонная, кожнобубонная
- первично- и вторичносептические
- первично- и вторично-легочные (Г.П. Руднев)

Общие признаки

1. Начало острое.

2. Интоксикационный синдром – Т-39-40 град., головная боль, головокружение, разбитость, мышечные боли, рвота, иногда кофейной гущей.
3. Беспокойство, суетливость, возбуждение
4. нарушение сознания, бред.
5. Невнятная речь, шаткая походка.
6. Лицо одутловато, затем осунувшееся с цианотичным оттенком, темные круги под глазами, страдальческое выражение
7. Кожа горячая и сухая, лицо и конъюнктивы гиперемированы, нередко с цианотичным оттенком и геморрагическими элементами (петехиями, экхимозами)
8. Слизистая ротоглотки гиперемирована с точечными кровоизлияниями.
9. Миндалины увеличены, отечны, иногда с гнойным налетом
10. Язык покрыт белым налетом, «натерт мелом», утолщен
11. Поражение сердечно-сосудистой системы: тахикардия до 120-140 в мин., слабый пульс, тоны глухие, АД снижено.
12. ЧД учащены.
13. Снижение диуреза.
14. Иногда диарея (6-12 раз) с примесью крови.

Формы

1. Кожная форма (3-4%)

Пятно, папула, везикула, пустула, язва.

Пустула окружена зоной красноты, наполнена темно-кровянистым содержимым, расположена на твердом основании краснобагрового цвета, значительно болезненна.

Язва, дно которой покрыто темным струпом.

Имеет длительное течение, заживает медленно, образует рубец.

2. Бубонная форма (70-80 %)

Характеризуется появлением резко болезненных конгломератов, чаще всего паховых лимфатических узлов с одной стороны. В течение нескольких дней размеры конгломерата увеличиваются, кожа над ним может стать гиперемированной.

Одновременно появляется увеличение и других групп лимфатических узлов — вторичные бубоны.

Лимфатические узлы первичного очага подвергаются размягчению, при их пункции получают гнойное или геморрагическое содержимое, микроскопический анализ которого выявляет большое количество грамтрицательных с биполярным окрашиванием палочек.

При отсутствии антибактериальной терапии нагноившиеся лимфатические узлы вскрываются. Затем происходит постепенное заживление свищей.

Тяжесть состояния больных постепенно нарастает к 4—5-му дню, температура может быть повышенной, иногда сразу появляется высокая

лихорадка, но в первое время состояние больных нередко остаётся в целом удовлетворительным.

3. Первично-септическая форма

- короткая инкубация от нескольких часов до 1-2 суток
- внезапное острое начало
- выражена интоксикация
- психические нарушения – возбуждение, заторможенность, делирий.
- резкая тахикардия, гипотония, одышка.
- гепатоспленомегалия
- прогрессируют симптомы ИТШ, геморрагический синдром, ОПН.
- Лейкоцитоз – 40-60 тысяч
- Гибель больного наступает через 48 часов.

4. Первично-легочная форма

- От момента заражения до смерти происходит 2-6 дней.
- Сверхострое начало, выражена интоксикация.
- поражение сердечно-сосудистой системы
- дыхательная недостаточность
- одышка
- учащенное поверхностное дыхание
- вспомогательные группы мышц
- иногда безболезненный кашель с жидкой стекловидной прозрачной мокротой
- при физикальном исследовании - скудность выявляемых данных и их несоответствие тяжести (признаки лobarной, нижнедолевой пневмонии)
- в мокроте появляется примесь крови, мокрота становится жидкой, кровь не свертывается, при отеке легких – мокрота пенистая
- симптомы токсического поражения ЦНС
- инфекционно-токсическая энцефалопатия
- церебральная гипертензия
- нарушение сознания по типу сомноленции, сопора и комы
- Геморрагический синдром
- ОПН

5. Вторично-септическая и –легочная чума

- Развиваются после локализованных форм.
- Состояние больных очень быстро становится крайне тяжёлым. Симптомы интоксикации нарастают по часам.
- Температура после сильнейшего озноба повышается до высоких фебрильных цифр.

- Отмечаются признаки сепсиса: мышечные боли, резкая слабость, головная боль, головокружение, загруженность сознания, вплоть до его потери, иногда возбуждение (больной мечется в кровати), бессонница.
- С развитием пневмонии нарастает цианоз, появляется кашель с отделением пенистой кровянистой мокроты, содержащей огромное количество палочек чумы. Именно эта мокрота и становится источником заражений от человека к человеку с развитием теперь уже первичной лёгочной чумы.
- Септическая и лёгочная формы чумы протекают с проявлениями ДВС-синдрома: возможно появление мелких кровоизлияний на коже, кровотечения из желудочнокишечного тракта (рвота кровавыми массами, мелена, кровь не свертывается), выраженная тахикардия, быстрое падение артериального давления.

Диагностика

Лейкоцитоз до 15-20 тысяч и более

При менингите - гнойный ликвор, низкий сахар, высокий белок

В зависимости от формы заболевания для исследования берут следующий материал:

- при кожной форме чумы - содержимое везикул, пустул, карбункулов, отделяемое язв, содержимое плотного инфильтрата, кровь;
- при бубонной - пунктат из бубона, кровь;
- при септической - кровь;
- при легочной - мокроту (слизь из зева), кровь.

Предварительное заключение выдается через 1-2 часа. Оно основывается на результатах бактериоскопии препаратов, в том числе окрашенных с помощью флюоресцентной сыворотки

Окончательный результат через 5-7 суток

Серологические РН, РПГА, РСК выявляет титры на 2-й неделе, учитывают четырехкратное увеличение титров антител.

Сибирская язва

Острое зоонозное заболевание, характеризующаяся интоксикацией, развитием серозно-геморрагического воспаления кожи, лимфатических узлов и внутренних органов, протекающее преимущественно в виде кожной формы, реже регистрируются легочная и кишечная формы.

Этиология

Род – *Bacillus*, семейство *Bacillaceae*

Аэробная, грамположительная палочка, $(5-10) \times (1-1,5)$ мкм

Неподвижная

Образует споры и капсулу

В восприимчивом организме вегетативная форма образует капсулу в окружающей среде при доступе свободного кислорода воздуха и температуре 15-42°C из вегетативных клеток образуется расположенная в центре палочки спора.

Содержат капсульный и соматический антигены;

Патогенность микроба определяется капсулой:

- антифагоцитарная активность,
 - способствует фиксации микроба на клетках хозяина
 - термолабильный экзотоксин, представляющий собой белковый комплекс - 3 термолабильных белка:
- отечный (адематозный) фактор (EF)
 - летальный фактор (LF)
 - протективный антиген (РА)

Сибиреязвенный экзотоксин чрезвычайно лабилен: полностью разрушается после получасового нагревания при 60 °C

Эпидемиология

Зоонозная инфекция

Основной резервуар – почва

Источник инфекции - чаще всего домашние животные : крупный рогатый скот, овцы, козы, лошади, верблюды, свиньи.

Пути инфицирования

- Контактный
- Алиментарный
- Аэрогенный

Три типа очагов:

- Профессионально-сельскохозяйственный
- Профессионально-индустриальный
- Бытовой

Клиника

Инкубационный период – от 1 до 6-8 дней (чаще 2-3 дня).

Клинические формы:

- кожная
- ингаляционная (легочная)

- гастроинтестинальная (кишечная)
- генерализованная (септическая)

Кожная форма сибирской язвы

95% всех форм, летальность < 1%, без лечения достигает 20%

80% случаев кожной формы сибирской язвы протекает в виде самоограничивающейся локализованной инфекции

20% - гематогенное и/или лимфогенное распространение инфекции за пределы первичного очага

Эдематозная (отечная)

- Отек без наличия видимого карбункула
- В поздние сроки происходит некроз и формирование карбункула большого размера

Буллезная

- Пузыри с геморрагической жидкостью
- После вскрытия пузырей образуются обширные язвенные поверхности, принимающие вид карбункула

Эризипеловидная

Сибиреязвенный карбункул

Карбункул чаще один

Последовательное развитие: пятно красновато-сиреневатого цвета, безболезненное папула через несколько часов медно-красного цвета. Зуд, жжение пузырек через 12-24ч.- 2-3 мм с серозной жидкостью - темнеет – кровянистой

Язва – 8-15 мм в диаметре, с темно-коричневым дном, приподнятыми краями, серозногеморрагическим отделяемым

По краям язвы – вторичные «дочерные» везикулы

Струп – 1-2 нед, безболезненный, плотный; вокруг струпа воспалительный валик красного цвета. К 2-3 неделе струп отторгается с образованием гранулирующей язвы и плотного рубца.

Ингаляционная (легочная) форма.

Клинические стадии.

Инкубационный - 3 до 6 дней;

Продромальный период - 1-3 дня, умеренно выраженный гриппоподобный синдром.

Разгар болезни - высокая лихорадка (40°C и >), профузное потоотделение, выраженная одышка, цианоз в покое, стридор, тахипноэ, кашель с геморрагической мокротой.

В легких выслушивается крепитация, признаки пневмонии и экссудативного плеврита.

Гастроинтестинальная форма сибирской язвы (летальность 25-60%)

1. Инкубационный период составляет 1-7 дней

2. Варианты течения:

кишечный – неспецифические симптомы воспаления тонкой кишки и в большей степени толстой (тошнота, рвота, анорексия, лихорадка, боли в животе различной локализации, рвота с примесью крови, кровянистая диарея).

орофарингеальный - отек и некроз тканей развиваются в области шеи, первичный аффе́кт как при кожной форме сибирской язвы.

Процесс обычно локализуется на задней стенке глотки, основании языка или миндалин, реже - на твердом небе.

Лихорадка, дисфагия, регионарная лимфаденопатия.

Менингеальная форма сибирской язвы

- Вторичные
- Первичные – 5%
- Острое начало, лихорадка, тошнота, рвота, нарушение сознания, стремительное развитие, ОНГМ (вклинение)
- 75% умирают в течение 24 часов от начала заболевания, выживаемость – 6%.
- Ликвор: плеоцитоз ПЯН, геморрагический, белок ↑, глюкоза ↓
- Не поражена паренхима ГМ

Диагностика

- Кожно-аллергическая проба с антраксином – положительная >10 мм
- Бактериоскопия: мазков клинического материала (содержимое везикул, мазки, взятые со дна язвенного дефекта или из-под некротического струпа).
- Бактериология: культуральное исследование – 10 до 40% в первые 3 недели болезни.
- Серологическая диагностика - у >90% с 3-й недели (ИФА, 4-х кратное нарастание или 1:32)
- ПЦР: иммуногистохимическое исследование биоптата тканей при пункционной биопсии кожи в центре первичного аффе́кта.

Лечение

Действия на догоспитальном этапе

Все первичные противоэпидемические мероприятия проводят при установлении предварительного диагноза, который ставят на основании характерной клинической картины заболевания и эпидемиологического анамнеза. Мероприятия включают:

- временную изоляцию больного с последующей его госпитализацией;
- уточнение диагноза; вызов консультантов;
- информацию о выявленном больном (труп) руководителя учреждения в установленном порядке;
- оказание больному необходимой медицинской помощи;
- забор материала для лабораторного исследования;
- выявление, регистрация лиц, контактировавших с больным или объектами, контаминированными (подозрительными) возбудителем болезни;
- временная изоляция лиц, контактировавших с больным, в любом свободном помещении до решения специалиста Управления (территориального отдела Управления Роспотребнадзора) или эпидемиолога ФГУЗ (ЦГиЭ по субъекту или филиала) о мерах, которые к ним должны применяться (изоляция, экстренная профилактика, медицинское наблюдение), временное запрещение входа в здание (объект), транспортное средство и выхода из него, а также бесконтрольного перемещения внутри объекта, эвакуация больного, подозрительного на заболевание в специальный инфекционный госпиталь (стационар), провизорный госпиталь, контактировавших - в изолятор;
- проведение текущей и заключительной дезинфекции.

Первичные противоэпидемические мероприятия, проводимые в рамках оперативных планов медицинских учреждений, являются составной частью комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по локализации и ликвидации эпидемического очага в рамках комплексных планов, которые включают в себя, кроме перечисленных, следующие мероприятия:

- медицинское наблюдение за населением;
- выявление и провизорная госпитализация всех больных;
- экстренная профилактика населения (по показаниям);
- выявление умерших от неизвестных причин, патологоанатомическое вскрытие трупов, взятие материала для лабораторного исследования,
- введение и проведение ограничительных мероприятий (карантин);
- проведение ежедневного анализа заболеваемости с учетом нозологической формы у выявленного больного (трупа);
- проведение дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий;
- санитарный контроль за объектами окружающей среды и эпидемиологически опасными грузами (лабораторный контроль объектов окружающей среды - возможных источников и факторов передачи, пищевых продуктов, наблюдение за состоянием численности грызунов и их блох);

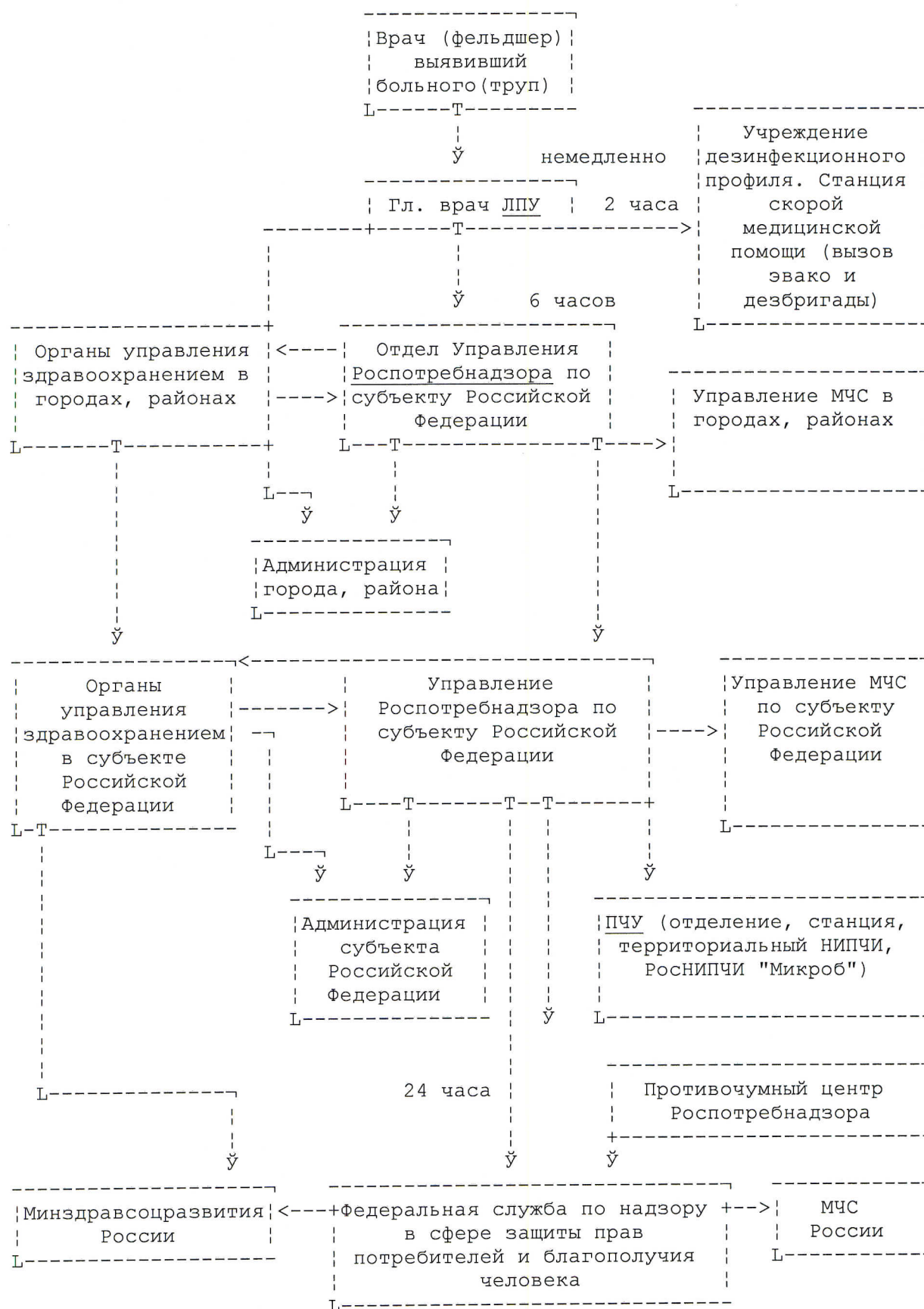
- ветеринарное наблюдение за верблюдами, домашними животными и т.д.;
- эпизоотолого-эпидемиологическое обследование;
- информационно-разъяснительная работа среди населения об эпидемической ситуации.

Объем и характер мероприятий определяются нозологической формой инфекционной болезни и данными эпидемиологического обследования, которое проводят немедленно после выявления больного (трупа).

Во всех случаях выявления больного (трупа) немедленная информация в органы и учреждения здравоохранения по подчиненности должна содержать следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество, возраст (год рождения) больного (трупа);
- название страны, города, района (территории), откуда прибыл больной (труп), каким видом транспорта прибыл (номер поезда, автомашины, рейс самолета, судна), время и дата прибытия;
- адрес постоянного места жительства, гражданство больного (трупа);
- дата заболевания;
- предварительный диагноз, кем поставлен (фамилия врача, его должность, название учреждения), на основании каких данных (клинических, эпидемиологических, патологоанатомических);
- дата, время, место выявления больного (трупа);
- где находится больной (труп) в настоящее время (стационар, морг, самолет, поезд, судно и т.д.);
- краткий эпидемиологический анамнез, клиническая картина и тяжесть заболевания;
- принимал ли химиотерапевтические препараты, антибиотики, когда, дозы, количество, даты начала и окончания приема;
- получал ли профилактические прививки, сроки прививок;
- меры, принятые по локализации и ликвидации очага заболевания (количество выявленных лиц, контактировавших с больным (трупом), дезинфекционные и другие противоэпидемические мероприятия);
- какая требуется помощь: консультанты, медикаменты, дезинфицирующие средства, транспорт и т.п.;
- подпись под данным сообщением (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность);
- фамилии передавшего и принявшего данное сообщение, дата и час передачи сообщения.

Схема информации при выявлении подозрительного больного (труп)



В зависимости от проявления симптомов и осложнений на догоспитальном этапе вводя:

Кислород-ингаляция; преднизалон - 60 мг в 0,9% растворе натрия хлорида, лактосол - 400 мл внутривенно капельно, трентал-внутривенно, капельно (разовая доза - 2,0-4,0 мг/кг, суточная доза - 9,0-17,0 мг/кг). При отсутствии этих препаратов назначают внутривенное капельное введение гемодеза - 400 мл, полиглюкина, реополиглюкина, сухой или нативной плазмы, раствор глюкозы и физиологический раствор.

Дегидратация (дегидратационный шок) - внутривенное введение одного из имеющихся растворов: квартасоль, ацесоль, хлосоль, трисоль, лактасоль, 0,9% раствор NaCl в количестве, равном 10% от массы тела. Первые 2 л раствора вводят со скоростью 100-120 мл в мин., затем 30-60 мл в мин. Предпочтительнее из всех указанных препаратов введение раствора квартасоль.

Острый геморрагический синдром - внутривенное введение плазмы, крови (до 1 л в сутки в 2-3 приема), тромбоцитарной массы, 15% раствор альбумина, фибриноген, викасол. Местно - пузырь со льдом, препараты кальция.

Острый неврологический синдром - функционально выгодное положение на боку со слегка запрокинутой головой. Для снятия психомоторного возбуждения: натрия-оксибутират внутривенно 20% водный раствор в дозе 70-120 мг/кг, диазепам внутримышечно 2-4 мл. 5% раствора в сочетании с препаратами калия: преднизолон внутривенно 60-90 мг, ингаляция кислорода, раствор Лабери 500 мл, 5% раствор альбумина 300 мл, раствор глюкозы 500 мл, инсулин 8 ЕД внутривенно, капельно. При гипертензии одновременно 1% раствор лазикса 2 мл. При гипертермии - реопирин - 5 мл, или амидопирин 5% - 5 мл, анальгин 50% - 2мл. Местная и общая физическая гипотермия.

Экстренная личная профилактика чумы

При контакте с больным открытые части тела обрабатывают дезраствором (1% раствором хлорамина) или 70° спиртом. Рот и горло прополаскивают 70% этиловым спиртом, в нос закапывают 1% раствор протаргола. В глаза и нос закапывают раствор одного из антибиотиков (стрептомицин, гентамицин, амикацин, ампициллин, тетрациклин, левомицетин, ципрофлоксацин, «тобрекс», «софрадекс», «макситрол», «альбуцид»).

Холера

- 1 этап – первичная регидратация (восстановление потерь жидкости, солей) – 1-3 часа, скорость введения растворов – 70-120 мл/мин. (Квартасоль, Хлосоль, Трисоль)

- 2 этап – коррекция продолжающихся потерь – в/в капельно, скорость введения растворов – 40- 60 мл/мин.
- Оральная дегидратация (1-1,5 л/час)

Этиотропная терапия:

- тетрациклин – 0,3-0,5 г. 4 раза в сутки;
- доксициклин – 0,1 г 2 раза в 1-е сутки, далее по 0,1 г. в сутки.

Курс терапии – 5 дней.

Альтернативная терапия:

- ципрофлоксацин (внутри 0,5г 2 р/сутки в течение 3 дней,
- норфлоксацин внутри по 0,4г 2р/сутки в течение 3 дней,
- рифампицин 0,3 х 2 раза в сутки 2-3 суток

*Дети – фуразолидон 5 мг/кг/сут в 4 приема

Чума

Лечение бубонной формы

- Гентамицин 80 мгх3 раза – 7 дней
- Рифампицин 0,3х3 раза –7 дней
- Доксициклин 0,2х1 – 7 дней
- Сульфатон 1,4 х2 раза – 10 дней
- Хиноксидин 0,25х4 раза – 10 дней
- Ципрофлоксацин внутри 0.5х2раза/сутки -10 дней
- Пефлоксацин внутри 0.4х2раза/сутки – 10 дней
- Цефтриаксон в/м 2.0 х 1 раз/сутки – 7 дней

Лечение септической формы

- Ципрофлоксацин внутри 0.75 х 2раза/сутки – 14 дней
- Ципрофлоксацин в/в 0.2 х 2раза/сутки – 7 дней
- Цефтриаксон+гентамицин 1.0+0.08 х 2 раза/сутки – 10 дней
- Рифампицин +гентамицин 0.3+0.08 х 2 раза/сутки – 10 дней

Патогенетическая терапия

- Дезинтоксикация
- ГКС
- Борьба с дыхательной недостаточностью, с отеком легкого, отеком мозга
- Купирование ИТШ, ДВС синдрома
- Плазмаферез при генерализованных формах
- Местное лечение бубонов не показано до появления флюктуации.

Сибирская язва

Ципрофлоксацин - внутри 500 мг 2 раза в сутки - 7-10

Доксициклин - внутри 100 мг 3 раза в сутки - 7-10

Прокаин пенициллин - внутримышечно 600 тыс. МЕ каждые 6 - 8 ч - 7-10

Феноксиметилпенициллин - внутрь 500 мг каждые 6 ч 7-10

Амоксициллин - внутрь 500 мг 3 раза в сутки (дети старше 10 лет) - 7-10

Этиотропную терапию сочетают с введением противосибирезвенного иммуноглобулина:

- при легкой форме 20 мл
- при тяжелых и среднетяжелых формах по 40-80 мл
- при тяжелом течении курсовая доза может достигать 400 мл.

Патогенетическая терапия

Детоксикационная: коллоидные и кристаллоидные растворы

Симптоматические средства

При кожной форме сибирской язвы рекомендуют наложение асептических повязок.

Хирургические вмешательства противопоказаны, поскольку могут провоцировать генерализацию процесса.

Заключение

Противоэпидемические мероприятия должны строиться с обязательным учетом конкретных местных условий и особенностей механизма передачи возбудителей данной инфекционной болезни, степени восприимчивости человеческого коллектива и многих других факторов. С этой целью основное внимание должно быть уделено в каждом случае наиболее доступному для нашего воздействия звену эпидемической цепи. Задачи которой медицинской помощи вовремя выявить, провести неотложную помощь больному и провести комплекс противоэпидемических мероприятий для предупреждения распространения инфекции.

Литература

https://med-books.by/referati_infekcionnye_bolezni/7265-referat-ponyatie-osobo-opasnye-infekcii-ooi.html

МУ 3.4.2552-09 - “Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения” - (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ (17 сентября 2009 г.)

Лекция «Холера» - кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО КрасГМУ - Д.м.н., проф. Е.П.Тихонова – 2017г.

Лекция «Чума» - кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО КрасГМУ - Д.м.н., проф. Е.П.Тихонова – 2017г.

Лекция «Сибирская язва» - кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО КрасГМУ - Доц. К.м.н. Т.Ю. Кузьмина – 2017г.

Руководство по скорой медицинской помощи. - Багнерко С. Ф., Мирошниченко А. Г. – ГЭОТАР-Медиа 2007г.