

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ДПО

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Сестринское дело при инфекционных болезнях
Специальность	34. 03. 01 Сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025

ТЕМА 2	Клиническая классификация инфекционных болезней.
---------------	---

Лекционный материал по дисциплине «Сестринское дело при инфекционных заболеваниях»:

Разработаны:

зав. кафедры пропедевтики детских
болезней с курсом дополнительного
профессионального образования,
д.м.н., профессор

Безроднова С.М.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, зав. кафедрой, д.м.н.,
профессор

Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном
процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело
2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО
Декан факультета гуманитарного и
медико-биологического
образования

Шишалова Т.Н.

Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Сестринское дело при
инфекционных заболеваниях» размещен в ЭИОС университета в авторской
редакции

- Цель** Ознакомить обучающихся с клинической классификацией, диагностикой и принципами терапии инфекционных болезней
- Учебные** 1. Клиническая классификация инфекционных болезней.
- вопросы** 2. Диагностика, принципы терапии инфекционных болезней

Инфекционные болезни ("infectio" - заражение) - это группа заболеваний, которые вызываются проникновением в организм болезнетворных (патогенных) микроорганизмов. На долю инфекционных болезней приходится 20-40% от общего числа всех заболеваний человека. На сегодняшний день число известных науке инфекционных заболеваний превышает 1200, и эта цифра постоянно увеличивается. Человек на протяжении всей своей жизни контактирует с несчетным количеством микроорганизмов. Тем не менее, лишь 1/30000 часть микробов является возбудителями инфекционных заболеваний. Это грибки, бактерии, риккетсии и вирусы, обладающие патогенными свойствами. Интенсивность распространения инфекционных болезней зависит, в основном, от социально-бытовых факторов: условий труда, питания, жилищных условий, культурного и экономического уровня населения.

Сл. 2 определение

Под инфекцией понимают процесс инвазии в ткани организма вызывающих заболевание агентов, нарастание их численности, реакцию организма на чужеродные микроорганизмы и продуцируемые ими токсины.

Организмы, попадание которых в тело человека большинстве случаев становится причиной инфекции, называются патогенными. В большинстве случаев человек является для патогенных микроорганизмов, вызывающих инфекцию, средой, в которой они воспроизводятся, расширяя популяцию, после чего способны поражать другие организмы.

Микроорганизмы, которые существуют в норме на коже и слизистых, но приводят к развитию инфекционного процесса лишь при ослаблении иммунной защиты, называются условно-патогенными.

Также существуют микроорганизмы, которые необходимы для нормального функционирования организма человека, так как повышают эффективность работы некоторых его систем. Примером этих микроорганизмов являются представители нормальной микрофлоры кишечника, нарушение состава которой приводит к неприятному расстройству – дисбиозу, который имеет выраженные проявления.

Сл. 3 характеристика инфекционных болезней

Каждая инфекционная болезнь имеет:

1.своего специфического возбудителя;

2.входные ворота, через которые возбудитель попадает в организм.

Они характерны для каждого определенного вида возбудителей;

3. Инфекционный комплекс:

первичный аффект — участок ткани в области входных ворот, в котором возбудитель начинает повреждать ткань, что вызывает воспаление;

лимфангит — воспаление лимфатических сосудов, по которым возбудители, их токсины, остатки распавшейся ткани отводятся от первичного аффекта в регионарный лимфатический узел;

лимфаденит — воспаление лимфатического узла, регионарного по отношению к первичному аффекту.

Из инфекционного комплекса инфекция может распространяться лимфогенно; гематогенно; по тканевым и органным каналам (интраканаликулярно); перинеурально; по контакту.

Генерализации инфекции способствует любой путь, но особенно первые два.

Сл. 4 Стадии инфекционного процесса

Инфекционные заболевания отличаются от неинфекционных тем, что болезнетворный агент и организм при инфекционных болезнях обладают определённой биологической активностью.

В развитии патологического процесса выделяют несколько основных стадий:

Момент заражения - происходит проникновение болезнетворных микробов в организм; клинически ничем не проявляется.

Инкубационный (скрытый, латентный) период - от момента внедрения возбудителя в макроорганизм до появления первых клинических признаков. Длительность его может быть различной: может измеряться часами (грипп), месяцами (вирусный гепатит). В течение этого периода происходят размножение и накопление возбудителя, проникновение его в органы и ткани, выработка токсинов.

Для большинства инфекционных болезней инкубационный период составляет 1—3 нед. Колебания длительности инкубационного периода зависят от количества и характера возбудителя, его вирулентности, инфицирующей дозы: чем выше вирулентность и больше инфицирующая доза, тем короче инкубационный период.

Продромальный период (предвестник заболевания) - Это период предвестников, предшествующий ее основным клиническим проявлениям. Продромальный период не имеет специфических черт и сходен при многих инфекционных болезнях, поэтому установление диагноза в этом периоде бывает затруднено. В течение продромального периода больные могут предъявлять астенические жалобы. Длительность этого периода различна, в среднем 1—3 дня. Многие инфекционные заболевания могут протекать без периода предвестников.

Период нарастания заболевания - происходит последовательное появление признаков, характерных для определенной болезни.

Разгар болезни - время ярко выраженного проявления всех специфических для заболевания симптомов. Продолжительность его — от нескольких дней (при гриппе, кори) до нескольких недель и месяцев (при брюшном тифе, вирусном гепатите, бруцеллезе, СПИДе).

Период угасания заболевания - сопровождается исчезновением клинических признаков заболевания с быстрым (кризис) или медленным (лизис) падением температуры.

Период выздоровления (реконвалесценции) начинается с момента угасания клинических симптомов. Длительность этого периода зависит от формы болезни, тяжести течения, реактивности организма и ряда других факторов. Выздоровление считается полным, когда все нарушенные в результате болезни функции организма полностью восстанавливаются, или неполным, если сохраняются остаточные явления.

Исходом инфекционного заболевания, помимо выздоровления, могут быть рецидив (возврат болезни), хронизация (переход острой формы болезни в хроническую), формирование бактерионосительства, смерть. Причиной смерти нередко служат осложнения, развившиеся в процессе болезни. Специфические осложнения вызываются возбудителем данной болезни (перфорация язв кишечника при брюшном тифе, отек - набухание вещества головного мозга, острая почечная недостаточность при малярии) и характерны для нее. Неспецифические осложнения обусловлены микроорганизмами другого вида.

Сл. 5 Лихорадки

Все инфекционные заболевания протекают с повышением температуры, которая является защитно-приспособительной реакцией организма, возникающей в ответ на внедрение возбудителя. Иногда ее характер может прямо указать на причину инфекционного процесса, какое

течение оно приобретет в дальнейшем. Лихорадки различают по высоте, длительности и характеру колебаний температуры.

По высоте различают температуру субнормальную (35–36°), нормальную (36–37°) и субфебрильную (37–38°). Повышение температуры выше 38° считается лихорадкой, причем от 38 до 39° – умеренной, от 39 до 42° – высокой и от 42 до 42,5° – сверхвысокой.

По длительности лихорадку делят на: миомлетную – от нескольких часов до 1–2 дней, острую – до 15 дней, подострую – до 45 дней и хроническую – свыше 45 дней.

Сл. 6 постоянная лихорадка

Выделяют несколько типов лихорадки.

Постоянная или монотонная (febris continua) – высокая, длительная, с суточными колебаниями температуры не более 1°. Характерна для сыпного и брюшного тифов, крупозного воспаления легких.

Послабляющая, ремитирующая (febris remittens) имеет суточные колебания температуры более 1° с падением ниже 38°, разница между утренней и вечерней температурой тела — 2—2,5 °С. Утренняя температура тела выше нормы, к вечеру наблюдается значительное ее повышение. Этот тип лихорадки наблюдается при нагноительных заболеваниях, очаговом воспалении легких, бруцеллезе, лептоспирозе.

Интермиттирующая (febris intermittans) по характеру и степени колебаний температуры подобна гектической, но повышения температуры могут длиться от одного до нескольких часов и повторяются не ежедневно, а через 1–2 дня в зависимости от типа возбудителя малярии. Чаще всего утром регистрируется нормальная температура, но к вечеру она значительно повышается.

Большинство инфекционных заболеваний у детей протекает с лихорадкой ремиттирующего или интермиттирующего типа, но в остром периоде нередко наблюдается монотонная лихорадка.

Сл. 7 Лихорадки

Истощающая, гектическая (febris hectica) – длительная, с суточными колебаниями 4–5° и падениями температуры до нормальных или субнормальных цифр. Отмечается при тяжелом течении туберкулеза легких, сепсисе, при нагноительных заболеваниях.

Возвратная (ferbis recurrens) отличается закономерной сменой высоколихорадочных и безлихорадочных периодов длительностью несколько дней. Характерна для возвратного тифа

Сл. 8 Лихорадки

Волнообразная лихорадка (jebris undulans) характеризуется сменой периодов постепенного нарастания температуры до высоких цифр и постепенного снижения ее досубфебрильных или нормальных. Наблюдается при бруцеллезе, брюшном тифе, протекающем с рецидивами, лимфогранулематозе

Инверсная, извращенная (febris inversa) сходна с гектической, но утром отмечается максимальная температура, а вечером – нормальная. Встречается при тяжелых формах туберкулеза и сепсисе, некоторых ревматических заболеваниях (субсепсис Висслера – Фанкони, ревматоидный артрит).

Атипичная (febris irregularis) характеризуется неопределенной длительностью с неправильными и разнообразными суточными колебаниями температуры. Наблюдается при многих заболеваниях.

Сл. 9 период снижение температуры

В период **снижения температуры** теплопродукция бывает снижена, а теплоотдача повышена. Быстрое, в течение нескольких часов, снижение температуры называется **кризисом**, медленное, в продолжение нескольких дней – **лизисом** (наиболее благоприятное снижение температуры).

Кризис тоже может иметь благоприятное течение, когда снижение температуры сопровождается обильным потоотделением, пульс и дыхание не учащены, сознание восстанавливается, лихорадочное возбуждение и бессонница сменяются сном.

Но течение кризиса может быть и иным. Быстрое снижение температуры ниже нормального уровня в течение нескольких часов сопровождается внезапным резким ухудшением состояния ребенка. Возникают выраженная слабость, жажда, чувство холода, озноб. Иногда слабость так велика, что он не в состоянии жаловаться и не реагирует на окружающее. Кожа бледнеет, а затем синеет, покрывается холодным потом, конечности холодеют. Артериальное давление резко снижается, пульс делается частым, малым, мягким («нитевидный» пульс), дыхание учащается и становится поверхностным. Зрачки расширяются. Развивается острая сосудистая недостаточность – коллапс, больной может погибнуть.

Сл. 10 Классификация инфекционных болезней

Экзогенные инфекции развиваются в результате проникновения в организм патогенных микроорганизмов из внешней среды.

Эндогенные инфекции обычно развиваются в результате активации и,

реже, проникновения условно-патогенных микроорганизмов нормальной микрофлоры из нестерильных полостей во внутреннюю среду организма (например, занос кишечных бактерий в мочевыводящие пути при их катетеризации). Особенность эндогенных инфекции — отсутствие инкубационного периода.

Регионарные инфекционные заболевания — инфекционный процесс протекает в каком-либо ограниченном, местном очаге и не распространяется по организму.

Генерализованные инфекционные заболевания развиваются в результате диссеминирования возбудителя из первичного очага, обычно по лимфатическим путям и через кровоток.

Сл. 11 моно и микст инфекции

Моноинфекции — заболевания, вызванные одним видом микроорганизмов. Смешанные инфекции (микстинфекции, миксты) развиваются в результате заражения несколькими видами микроорганизмов; подобные состояния характеризует качественно иное течение (обычно более тяжёлое) по сравнению с моноинфекцией, а патогенный эффект возбудителей не имеет простого суммарного характера. Микробные взаимоотношения при смешанных (или микст-) инфекциях переменны: если микроорганизмы активизируют или отягощают течение болезни, их определяют как активаторы, или синергисты (например, вирусы гриппа и стрептококки группы Б); если микроорганизмы взаимно подавляют патогенное действие, их обозначают как антагонисты (например, кишечная палочка подавляет активность патогенных сальмонелл, шигелл, стрептококков и стафилококков); индифферентные микроорганизмы не влияют на активность других возбудителей.

От смешанных инфекций следует отличать вторичные инфекции (суперинфекции), возникающие на фоне уже имеющегося заболевания. Реинфекция — случай повторного заражения одним и тем же возбудителем. Реинфекции не следует рассматривать как рецидивы. Рецидивы инфекции формируются под действием популяции инфекционного агента, уже циркулирующего в организме, а не в результате нового заражения.

Сл. 12 Классификация

Манифестные инфекции могут протекать типично, атипично или хронически.

Типичная инфекция. После попадания в организм инфекционный агент размножается и вызывает развитие характерных патологических процессов и

клинических проявлений.

Атипичная инфекция. Возбудитель размножается в организме, но не вызывает развития типичных патологических процессов, а клинические проявления носят невыраженный, стёртый характер. Атипичность инфекционного процесса может быть вызвана пониженной вирулентностью возбудителя, активным противодействием защитных факторов его патогенным потенциям, влиянием проводимой антимикробной терапии и совокупностью указанных факторов.

Хроническая инфекция обычно развивается после инфицирования микроорганизмами, способными к длительному персистированию. В ряде случаев под влиянием антимикробной терапии либо под действием защитных механизмов бактерии преобразуются в L-формы. При этом они лишаются клеточной стенки, а вместе с ней и структур, распознаваемых АТ и служащих мишенями для многих антибиотиков. Другие бактерии способны длительно циркулировать в организме, «уходя» от действия указанных факторов за счёт антигенной мимикрии или изменения антигенной структуры. Подобные ситуации известны также как персистирующие инфекции [от лат. *persisto*, *persistens*, выживать, выдерживать].

Абортивная инфекция [от лат. *aborto*, не вынашивать, в данном контексте — не реализовывать патогенный потенциал] — одна из наиболее распространённых форм бессимптомных поражений. Такие процессы могут возникать при видовой или внутривидовой, естественной либо искусственной невосприимчивости (поэтому человек не болеет многими болезнями других животных). Механизмы невосприимчивости эффективно блокируют жизнедеятельность микроорганизмов, возбудитель не размножается в организме, инфекционный цикл возбудителя прерывается, он погибает и удаляется из макроорганизма

Латентная, или скрытая, инфекция [от лат. *latentis*, спрятанный] — ограниченный процесс с длительной и циклической циркуляцией возбудителя, аналогичной наблюдаемой при явных формах инфекционного процесса. Возбудитель размножается в организме; вызывает развитие защитных реакций, выводится из организма, но никаких клинических проявлений не наблюдают. Подобные состояния также известны как иннаппарантные инфекции (от англ. *inapparent*, неявный, неразличимый). Так, нередко в латентной форме протекают вирусные гепатиты, полиомиелит, герпетические инфекции и т.д. Лица с латентными инфекционными поражениями представляют эпидемическую опасность для окружающих.

Дремлющие инфекции могут быть разновидностью латентных инфекций или состояниями после перенесённого и клинически выраженного заболевания. Обычно при этом устанавливается клинически не проявляемый баланс между патогенными потенциями возбудителя и защитными системами организма. Однако под влиянием различных факторов, понижающих резистентность (стрессы, переохлаждения, нарушения питания и т.д.), микроорганизмы приобретают возможность оказывать патогенное действие. Таким образом, лица, переносящие дремлющие инфекции, — резервуар и источник патогена.

Микробоносительство. Как следствие латентной инфекции или после перенесённого заболевания возбудитель «задерживается» в организме, но подвергается такому «сдерживающему давлению», что не проявляет патогенных свойств и не вызывает развития клинических проявлений. Подобные субъекты выделяют патогенные микроорганизмы в окружающую среду и представляют большую опасность для окружающих лиц. Выделяют острое (до 3 мес), затяжное (до 6 мес) и хроническое (более 6 мес) микробоносительство. Носители играют большую роль в эпидемиологии многих кишечных инфекций — брюшного тифа, дизентерии, холеры и др.

Сл. 13. По резервуару источника

Различные одушевлённые и неодушевлённые объекты внешней среды, содержащие и сохраняющие патогенные микроорганизмы, обозначают термином резервуары инфекции, но их роль в заболеваемости человека далеко не одинакова. Для большинства инфекций человека основной резервуар и источник — больной человек, в том числе лица, находящиеся в инкубационном периоде (ранние носители) и на этапах реконвалесценции, либо бессимптомные (контактные) микробоносители. В соответствии с источником инфекции выделяют следующие типы инфекционных болезней.

Антропонозы. Инфекции, при которых источником инфекции является только человек, известны как антропонозы [от греч. *anthropos*, человек, + *posos*, болезнь].

Зоонозы. Инфекции, при которых источниками инфекции являются животные, но ими могут болеть и люди, известны как зоонозы [от греч. *zoon*, животное, + *posos*, болезнь].

Зооантропонозы. Инфекции, поражающие животных и способные передаваться человеку, известны как зооантропонозы [от греч. *zoon*, животное, + *anthropos*, человек, + *posos*, болезнь], например сибирская язва, бруцеллёз.

Сапронозы. Инфекции, развивающиеся после проникновения

свободноживущих бактерий или грибов в организм человека с объектов окружающей среды и поверхности тела (например, при попадании в рану) известны как сапронозы [от греч. *sapros*, гнилой, + *nosos*, болезнь].

Сл. 14 По механизму передачи по Л.В. Громашевскому

Механизмы передачи определяют способы перемещения инфекционного агента из заражённого организма в восприимчивый организм. Для этого возбудитель должен быть выведен из заражённого организма, некоторое время пребывать во внешней среде и внедриться в восприимчивый организм. Выделяют фекально-оральный (1 группа), аэрогенный (2 группа - респираторный), кровяной (3 группа - трансмиссивный) и контактный механизмы передачи (4 группа). Указанные механизмы передачи характерны для подавляющего большинства инфекций человека; с позиций эпидемиологии пути их распространения рассматриваются как горизонтальная передача возбудителя. Существует также группа заболеваний (обычно вирусных), возбудители которых способны трансплацентарно переходить от матери к плоду (вертикальная передача).

Обычно механизмы передачи инфекционного агента имеют несколько путей. Фекально-оральный механизм включает алиментарный, водный или контактно-бытовой пути передачи. Кровяной (трансмиссивный) механизм включает передачу возбудителей через укусы переносчиков, парентеральный и половой пути передачи. Аэрогенный (респираторный) механизм включает воздушно-капельный и воздушно-пылевой пути передачи возбудителя. • Контактный механизм включает раневой и контактно-половой пути передачи.

Сл. 15 Классификация по клиническим проявлениям

На основе этой классификации инфекционные болезни делятся на 4 основные группы: кишечные, дыхательных путей, кровяные, наружных покровов.

Сл. 16 от вида возбудителя

В зависимости от вида возбудителя, инфекционные болезни разделены на такие основные группы:

вирусные инфекции (грипп, вирусные гепатиты, ВИЧ СПИД, инфекционный мононуклеоз, герпес, ветряная оспа, корь);

бактериальные инфекции (дизентерия, сальмонеллез, туберкулез, холера, чума);

грибковые инфекции (кандидоз, лишай);

инфекции, вызванные простейшими (амебиаз, лямблиоз);
прионовые инфекции (возбудителем являются специфические белковые молекулы – прионы, наименее изученная на сегодняшний день отрасль);

инфекции, вызванные паразитами (инвазии) выделены в отдельную область – паразитологию. Основными паразитами у человека являются черви (гельминтозы) и эктопаразиты (вши, клещи).

Сл. 17 Интенсивность эпидемического процесса

Интенсивность эпидемического процесса обуславливает множество факторов, основными из которых выступают свойства и распространённость возбудителя, характер иммунной «прослойки» в популяции, а также и географическое положение конкретных территорий.

По интенсивности эпидемических процессов выделяют спорадическую заболеваемость, эпидемии и пандемии. Спорадическая заболеваемость [от греч. sporadikos, рассеянный] — обычный уровень заболеваемости конкретной инфекцией в отдельном регионе за определённый период (обычно за год).

Эпидемия [от греч. epi-, над, + demos, народ]. В некоторых случаях обычный уровень заболеваемости конкретной инфекцией за определённый период резко превышает уровень спорадической заболеваемости. В таких случаях происходит эпидемическая вспышка, а при вовлечении в процесс нескольких регионов — эпидемия. Эпидемия (греч. ἐπίδημία — повальная болезнь, от ἐπὶ — на, среди и δῆμος — народ) — прогрессирующее во времени и пространстве распространение инфекционного заболевания среди людей, значительно превышающее обычно регистрируемый на данной территории уровень заболеваемости, и способное стать источником чрезвычайной ситуации. В обиходе универсальным эпидемиологическим порогом считается заболевание 5% жителей территории, или иногда 5% какой-либо социальной группы.

В редких ситуациях уровень заболеваемости конкретной инфекцией за определённый период резко превышает уровень эпидемий. При этом заболеваемость не ограничивается пределами конкретной страны или материка, болезнь практически охватывает всю планету. К счастью, подобные «сверхэпидемии», или пандемии [от греч. pan-, всеобщий, + demos, народ], вызывает очень ограниченный спектр возбудителей (например, вирус гриппа, ковид-19). Пандемия (греч. πανδημία «весь народ») — необычайно сильная эпидемия, распространившаяся на территории ряда стран,

континентов; высшая степень развития эпидемического процесса. Пандемия является наиболее опасной формой, то есть эпидемией, охватывающей подавляющую часть мира. По определению ВОЗ - "Пандемия — это распространение нового заболевания в мировых масштабах".

Сл. 18 Частота случаев

По частоте случаев различают: спорадические инфекции — заболеваемость составляют единичные случаи на 100 000 населения (например, риккетсиозы); массовые инфекции — заболеваемость составляет 100 случаев на 100 000 населения (например, ОРВИ); кризисные инфекции — заболеваемость более 100 случаев на 100 000 населения (например, ВИЧ-инфекция); распространённые управляемые инфекции — заболеваемость составляет 20-100 случаев на 100 000 населения (например; корь); распространённые неуправляемые инспекции — заболеваемость составляет менее 20 случаев на 100 000 населения (например, анаэробные газовые инфекции).

Сл. 19 Распространенность

В соответствии с распространённостью инфекционные заболевания выделяют повсеместные (убиквитарные) и эндемичные инфекции, выявляемые на определённых, нередко небольших территориях. Возбудители убиквитарных инфекций распространены повсеместно. Эндемичные возбудители вызывают эндемии [от греч. en-, в, + -demos, народ], присущие заболеваемости в определённом регионе. Выделяют истинные и статистические эндемии. Истинные эндемии обуславливают природные условия региона (наличие источников инфекции, специфических переносчиков и резервуаров сохранения возбудителя вне организма человека). Поэтому истинные эндемии также известны как природно-очаговые инфекции.

Учение о природной очаговости инфекционных болезней, ставшее неотъемлемой частью медицинской микробиологии, создал выдающийся отечественный паразитолог Е.Н. Павловский. Природно-очаговые инфекции — особая группа болезней, имеющих эволюционно возникшие очаги в природе. Природный очаг — биотоп на территории конкретного географического ландшафта, заселённый животными, видовые или межвидовые различия которых обеспечивают циркуляцию возбудителя за счёт его передачи от одного животного другому, обычно через кровососущих членистоногих-переносчиков.

Природно-очаговые инфекции разделяют на эндемичные зоонозы,

ареал которых связан с ареалом животных — хозяев и переносчиков (например, клещевой энцефалит), и эндемичные метаксенозы, связанные с ареалом животных, прохождение через организм которых является важным условием распространения болезни (например, желтая лихорадка). При появлении в определённое время в очаге человека переносчики могут заразить его природно-очаговой болезнью. Так зоонозные инфекции становятся антропозоонозными.

Понятие статистической эндемии также применяют и в отношении убиквитарных инфекций, распространённых в различных природных условиях (например, брюшного тифа). Их частоту обуславливают не столько климатические, сколько социально-экономические факторы (например, недостатки водоснабжения). Кроме того, понятие социальной эндемии применяют и к неинфекционным болезням, например эндемичному зубу, флюорозу и др.

Сл. 20 Международный контроль

Для предупреждения возникновения инфекционных болезней, представляющих особую опасность для здоровья населения и склонных к быстрому распространению, разработаны международные правила (конвенция) по получению информации об их появлении и мерах профилактики. В случае их возникновения страны обязаны ставить в известность ВОЗ и регулярно сообщать о проводимых противэпидемических мероприятиях. ВОЗ обрабатывает и рассылает информацию во все страны мира. Рассмотрев полученную информацию, представители стран принимают решение о проведении различных карантинных мероприятий и информируют об этом ВОЗ. В настоящее время группа конвенционных, или карантинных, инфекций включает чуму, жёлтую лихорадку и холеру.

Отдельную группу составляют особо опасные инфекции (карантинные) — острые инфекционные болезни человека, способные к внезапному появлению, быстрому распространению и характеризующиеся тяжёлым течением и высокой летальностью. К ним относят как конвенционные инфекции, так и сибирскую язву, туляремию, полиомиелит, геморрагические лихорадки Лаоса, Эбола и Марбург, сыпной и возвратный тифы, бруцеллёз, малярию, многие арбовирусные инфекции и др. Наиболее эффективный метод их предупреждения — глобальный международный контроль над их распространением. В Российской Федерации действуют правила, направленные на предупреждение заноса возбудителей из-за рубежа и их

распространения по территории страны, локализацию и ликвидацию очагов особо опасных инфекций.

Сл. 21 Мероприятия по профилактике

Известно, что при наличии в популяции 95% невосприимчивых лиц циркуляция возбудителя прекращается, а сама популяция расценивается как эпидемически благополучная. Для предупреждения развития инфекционных заболеваний широко применяют комплекс мероприятий, направленных на различные звенья инфекционного процесса. Мероприятия I группы по предупреждению инфекционных заболеваний направлены на выявление, изоляцию и лечение (санацию) больного или бактерионосителя. Их часто дополняют карантинными мероприятиями. Мероприятия II группы по предупреждению инфекционных заболеваний представлены комплексом санитарно-гигиенических мер, направленных на разрыв механизмов и путей передачи возбудителя. Мероприятия состоят из обеспечения и соблюдения гигиенических нормативов, разукрупнения организованных контингентов, санитарного контроля за пищевыми продуктами и предприятиями, их производящими, соблюдения правил асептики и антисептики в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), проведения дезинфекций и дезинсекций и т.д. Мероприятия III группы по предупреждению инфекционных заболеваний направлены на увеличение «иммунной прослойки» популяции. Наиболее эффективный метод — широкомасштабная активная иммунопрофилактика (вакцинация) различных инфекционных болезней. В соответствии с эффективностью проводимых мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний выделяют управляемые инфекции (для их предупреждения эффективно используют различные вышеуказанные мероприятия) и неуправляемые инфекции (меры предупреждения отсутствуют).

Сл. 22 Задачи противоэпидемических мероприятий

Эффективное воздействие на звенья эпидемического процесса с целью прекращения циркуляции возбудителя инфекции в очаге. В первую очередь они направлены на обезвреживание источника инфекции, разрыв механизма его передачи и повышение невосприимчивости к возбудителю данной инфекции лиц, подвергшихся риску заражения в очаге.

Однако при различных заразных болезнях значимость отдельных мер неодинакова. Так, при кишечных инфекциях эффективны общесанитарные меры по пресечению путей передачи возбудителя инфекции и обезвреживанию его источников, тогда как при ликвидации очага многих

инфекций дыхательных путей (например дифтерии, кори) доминирующей является иммунизация всех детей на территории очага.

Сл. 23 Обезвреживание источника возбудителя

Наиболее радикальными и часто применяемыми формами обезвреживания источника возбудителя антропонозной инфекции (инфекционного больного) являются ранняя изоляция и госпитализация больного в стационар.

Своевременная госпитализация способствует не только успешному лечению больного, но прежде всего обеспечивает прекращение распространения возбудителя инфекции среди общающихся с больным лиц и в окружающей среде.

Больного госпитализируют в инфекционную больницу или в специально развернутый стационар или отделение при условии соблюдения противоэпидемического режима. Дома должны быть созданы условия, предельно сокращающие общение больного со здоровыми людьми.

За лицами, контактировавшими с источником возбудителя инфекции или подвергшимися риску заражения через те или иные факторы передачи возбудителя инфекции в очаге, устанавливается медицинское наблюдение.

В зависимости от нозоформы заразных болезней проводятся ежедневный опрос о самочувствии, частоте и характере стула, ежедневная двукратная термометрия, осмотр на педикулез, осмотр кожи, слизистых оболочек зева и глаз, пальпация лимфатических узлов, селезенки и печени. Кроме того, осуществляют бактериологические и иммунологические исследования; изучают объекты окружающей среды.

Сл. 24 Мероприятия при антропонозах

Медицинское наблюдение проводится в течение всего инкубационного периода болезни и продлевается на соответствующий срок после появления каждого нового случая заболевания в данном очаге.

При возникновении лихорадки или других симптомов, которые могут быть проявлением соответствующей болезни, больные подлежат немедленной провизорной госпитализации или изоляции на дому до уточнения диагноза.

Находящиеся под наблюдением лица иногда подлежат разобщению на срок инкубационного периода или носительства каждой нозологической формы заболевания.

В очагах карантинных инфекций контактные лица подлежат обсервации, т.е. изоляции в специально приспособленных

помещениях, где за ними осуществляется наблюдение в течение срока, равного максимальной длительности инкубационного периода при данной инфекционной болезни.

Сл. 25 Мероприятия при зоонозах

При зоонозах меры по обезвреживанию животного — источника возбудителя инфекции в основном сводятся к его уничтожению. Так, трупы павших от сибирской язвы животных сжигают либо утилизируют.

Когда источником возбудителя инфекции являются грызуны, проводят дератизацию.

В эпизоотическом очаге зоонозной инфекции осуществляется ветеринарное наблюдение за находящимися на его территории животными, при необходимости — их лабораторное обследование. При некоторых зоонозах на территории очага, в хозяйствах, на предприятиях и в населенных пунктах, имеющих связь с очагом, устанавливается ветеринарный карантин.

На территории, где введен карантин, проводится поголовное обследование животных с термометрией и последующей изоляцией больных и подозрительных на карантинную инфекцию животных. Изолированных животных лечат, а остальное поголовье вакцинируют против этой инфекции.

В зоне карантина запрещаются передвижение, перегруппировки, ввод и вывод животных, ввоз и вывоз фуража и т.п.

Сл. 26 Разрыв механизма передачи

Меры по разрыву механизма передачи возбудителя инфекции направлены на обезвреживание факторов передачи - дезинфекция объектов в окружении больного. Например, если больного оставляют на дому, то проводят текущую дезинфекцию предметов обихода, обеззараживание его выделений, влажную уборку помещения, кипятят загрязненное белье, постельные принадлежности, посуду. После госпитализации больного осуществляют заключительную дезинфекцию помещения, где он находился, предметов обстановки, посуды, белья, одежды, постельных принадлежностей, игрушек и др.

Значимость отдельных факторов передачи возбудителей инфекции при различных заразных болезнях неодинакова. Так, при фекально-оральном механизме передачи возбудителя инфекции наиболее эффективны санитарно-гигиенические меры, личная гигиена. Необходимо исключить возможность использования населением загрязненной воды, пищевых продуктов.

При инфекциях, в передаче возбудителей которых могут участвовать

живые переносчики (мухи или кровососущие членистоногие — насекомые и клещи), разрыву механизма передачи способствует дезинсекция, направленная на резкое сокращение или уничтожение мест выплода переносчиков либо самих переносчиков с использованием физических и химических методов (инсектициды). В очаге сыпного тифа важнейшим элементом противоэпидемических мероприятий является борьба с педикулезом путем полной санитарной обработки.

Сл. 26 Контактная профилактика

Иногда для экстренной профилактики заболевания лицам, подвергшимся риску заражения в эпидемическом очаге, назначают антибиотики, химиопрепараты, иммуноглобулины, иммунные сыворотки и некоторые другие лекарственные средства.

Например, детям от 1 года до 14 лет и беременным женщинам, общавшимся с больным вирусным гепатитом А в эпидемическом очаге, не позднее 7—10 дней после этого общения вводят стандартный иммуноглобулин, изготовляемый из сыворотки плацентарной крови.

В качестве меры экстренной профилактики в очагах сибирской язвы используют в течение 5 дней антибиотики (феноксиметилпенициллин, ампициллин или оксациллина натриевую соль) либо сибиреязвенный глобулин.

Примерами экстренной вакцино- и серопротекции заболевания лиц, подвергшихся риску заражения бешенством, являются антирабическая вакцинация и введение антирабического иммуноглобулина.

Сл.28 Информационная работа

Обязательным элементом противоэпидемических мероприятий являются беседы медицинских работников с целью повышения санитарной грамотности населения.

Населению разъясняют природу данной инфекционной болезни, ее начальные клинические признаки, возможные пути и факторы распространения возбудителя инфекции, способы предупреждения заражения и заболевания.

Важным элементом является разъяснение мер индивидуальной профилактики.

В эпидемическом очаге противоэпидемические мероприятия проводят в течение всего периода выявления заразных больных и прекращают после изоляции последнего больного (с добавлением времени максимального инкубационного периода) и заключительной дезинфекции.