

**Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека
Федеральное казенное учреждение здравоохранения
«Иркутский ордена Трудового Красного Знамени научно-
исследовательский противочумный институт Сибири и
Дальнего Востока»**

**Министерство здравоохранения Иркутской области
ОГБУЗ «Иркутская станция скорой медицинской помощи»
ОГБУЗ «Иркутская областная инфекционная клиническая
больница»**

АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОПАСНУЮ ИНФЕКЦИОННУЮ БОЛЕЗНЬ

Учебно-методическое пособие

**Иркутск
2024**

СОГЛАСОВАНО
Руководитель
Управления
Роспотребнадзора
по Иркутской области

СОГЛАСОВАНО
Министр
здравоохранения
Иркутской области

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФКУЗ Иркутский
научно-исследовательский
противочумный институт
Роспотребнадзора,
д.м.н., профессор



Д.Ф. Савиных

« 13 »



А.А. Модестов

« 13 »



С.В. Балахонов

« 13 »

АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОПАСНУЮ ИНФЕКЦИОННУЮ БОЛЕЗНЬ

Учебно-методическое пособие

Иркутск
2024

УДК 614.446
ББК 51.903.2
А39

Алгоритмы действий бригад скорой медицинской помощи при выявлении больного с подозрением на опасную инфекционную болезнь: учебно-методическое пособие / В.А. Вишняков, М.Б. Шаракшанов, Е.С. Куликалова, А.Н. Пережогин, В.М. Семенова, Ж.Ю. Хунхеева, С.В. Каверзина, Н.А. Лиханова, Т.А. Гаврилова, А.А. Секунда, А.М. Ворожба, И.С. Журавлев, В.В. Ильина, К.А. Тараненко, В.А. Хабудаев. – Иркутск: ИНЦХТ, 2024. – 40 с.

Учебно-методическое пособие содержит сведения о тактических приёмах работы персонала бригад скорой медицинской помощи в рамках первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении подозрения на инфекционные болезни, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации. Предложены алгоритмы действий специалистов скорой помощи (эвакуационных бригад) при различных форматах работы с учётом требований биологической безопасности: конкретные действия при выявлении подозрительного больного при вызове на дому, в гостинице, на транспорте, в пунктах пропуска через государственную границу РФ.

Учебно-методическое пособие предназначено для специалистов станций скорой медицинской помощи, службы медицины катастроф, других медицинских организаций, привлекаемых к проведению отдельных этапов противоэпидемических мероприятий в случае выявления больного с симптомами, не исключающими опасные инфекционные болезни: эвакуации больного (больных), контактных лиц и лиц, находившихся в одинаковых с больным условиях заражения.

Пособие подготовлено в рамках темы НИР 94-1-21 «Совершенствование системных основ санитарной охраны территорий от чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия и биологической безопасности в современных условиях» (ГР АААА-А21-121012090063-3. Срок исполнения: 2021–2025 гг.).

Учебно-методическое пособие рассмотрено и одобрено Учёным советом Иркутского научно-исследовательского противочумного института (протокол № 1 от 27.02.2024 г.)

Авторы:

В.А. Вишняков, М.Б. Шаракшанов, Е.С. Куликалова, А.Н. Пережогин, В.М. Семенова, Ж.Ю. Хунхеева, С.В. Каверзина, Н.А. Лиханова, Т.А. Гаврилова, А.А. Секунда, А.М. Ворожба, И.С. Журавлев, В.В. Ильина, К.А. Тараненко, В.А. Хабудаев

Рецензенты:

*Е.Ю. Киселева – заведующая ОБТК к.м.н.,
А.В. Мазепа – в.н.с. отдела эпидемиологии к.м.н.*

ISBN 978-5-98277-406-4



© Коллектив авторов, 2023
© ФКУЗ Иркутский научно-исследовательский
противочумный институт Роспотребнадзора, 2023
© ИНЦХТ, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
1. Основные нормативно-методические документы	5
2. Актуальность	5
3. Общие принципы работы бригады скорой медицинской помощи при выявлении опасных инфекционных болезней ..	7
4. Характеристика эвакуационной бригады	9
5. Алгоритмы действий бригады скорой медицинской помощи и эвакуационной бригады при выявлении больного с подозрением на опасную инфекционную болезнь	11
Приложение 1. Инфекционные болезни, в отношении которых необходимо проведение мероприятий по санитарной охране территории РФ	20
Приложение 2. Сигнальные клинические признаки болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ	26
Приложение 3. Необходимый объем объективного осмотра больного при подозрении на опасную инфекционную болезнь	39

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- БВРС – ближневосточный респираторный синдром
- ВДП – верхние дыхательные пути
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ДРК – Демократическая Республика Конго
- КВГЛ – контагиозные вирусные геморрагические лихорадки
- КГЛ – крымская геморрагическая лихорадка
- ЛЗН – лихорадка Западного Нила
- МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр
- ОАЭ – Объединённые Арабские Эмираты
- ОИБ – опасные инфекционные болезни
- ООИ – особо опасная инфекция
- ПБА – патогенные биологические агенты
- ППЭМ – первичные противоэпидемические мероприятия
- РФ – Российская Федерация
- СИЗ – средства индивидуальной защиты
- СМП – скорая медицинская помощь
- США – Соединённые Штаты Америки
- ТОРС – тяжёлый острый респираторный синдром
- ЦАР – Центральноафриканская республика
- ЧС – чрезвычайная ситуация
- ЭБ – эвакуационная бригада
- ЮАР – Южно-Африканская республика

1. Основные нормативно-методические документы

1.1. Федеральный Закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (ред. от 02.07.2021 г.)

1.2. Санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»

1.3. Международные медико-санитарные правила (2005 г.)

1.4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр

1.5. Методические указания 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» (проводится пересмотр в Роспотребнадзоре: обновлённый документ в плане на 2025-2026 гг.)

2. Актуальность

2.1. В последние годы в связи с ростом миграции населения, прежде всего трудовой и туристической, увеличились эпидемиологические риски завоза в Российскую Федерацию опасных инфекционных болезней, способных ввиду быстрого распространения, тяжести течения и высокой летальности привести к возникновению ЧС в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения (внешние риски): холеры, чумы, болезней, вызванных вирусами Эбола и Марбург, БВРС, малярии, лихорадок денге, Зика и др. Сохраняется – а в отношении некоторых опасных природно-очаговых болезней возрастает – риск заражения людей на эндемичных территориях (в природных очагах) с формированием эпидемических вспышек и в самой России: чума, КГЛ, ЛЗН. Сибирская язва и бруцеллёз формируют внутренние эпидемиологические риски возникновения ЧС эпидемиологического характера.

2.2. Перечень инфекционных болезней, которые могут привести к возникновению ЧС в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и требуют проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ (далее – опасные инфекционные болезни, ОИБ), определён Приложением 11 к СанПиН 3.3686-21. Для правильной оценки рисков для себя и окружающих каждый медицинский работник должен знать сигнальные клинические и эпидемиологические признаки включённых в этот перечень нозологических форм (приложения 1, 2).

2.3. Своевременная организация и проведение комплекса первичных противоэпидемических мероприятий в случае выявления больного с симптомами, не исключающими ОИБ, (далее – ППЭМ) позволяет в максимально сжатые сроки локализовать эпидемический очаг и свести к минимуму вероятность распространения инфекции среди восприимчивого населения.

2.4. Комплекс ППЭМ включает:

1) изоляцию больного на месте выявления, последующую эвакуацию и госпитализацию в инфекционный стационар;

2) информирование медработником, выявившим подозрительного больного, главного врача (руководителя организации) согласно заблаговременно разработанной схемы оповещения;

3) оказание больному необходимой (в т.ч. неотложной) медицинской помощи: симптоматической, патогенетической, но не этиотропной (на этапе ППЭМ, в частности до отбора проб для лабораторного исследования, не рекомендуется давать больному антибактериальные или противовирусные препараты);

4) выявление, регистрацию и временную изоляцию контактных лиц;

5) запрет на перемещения людей по учреждению (транспортному средству), входа и выхода из помещений (транспортных средств);

6) текущую и заключительную дезинфекцию.

Отбор проб клинического материала для лабораторного исследования на ОИБ проводится в условиях инфекционного стационара. На этапе ППЭМ допускается отбор проб на холеру (рвотные массы, испражнения) и малярию (кровь для паразитологического исследования) при условии наличия оборудованного помещения (например, медико-санитарная часть, изолятор аэропорта и т.п.) и подготовки медперсонала по безопасной работе с ПБА I-II групп патогенности, т.к. данные манипуляции создают дополнительные риски контаминации и заражения медработников и других лиц.

2.5. Проведение ППЭМ является обязанностью каждого медицинского работника любой медицинской организации независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности. При этом медицинские работники руководствуются оперативным планом противоэпидемических (профилактических) мероприятий в случае выявления больного (или трупа) с диагнозом, не исключающим ОИБ (далее – Оперативный план), который разрабатывается в каждой медицинской организации на основании комплексного плана мероприятий по санитарной охране территории субъекта РФ (далее – Комплексный план). Оперативный план содержит алгоритм конкретных мероприятий, осуществляемых должностными лицами учреждения в случае выявления больного с диагнозом, не исключающим ОИБ.

3. Общие принципы работы бригады скорой медицинской помощи при выявлении опасных инфекционных болезней

3.1. При выявлении случаев ОИБ роль службы СМП заключается в проведении комплекса ППЭМ по месту выявления больного либо участии в данных мероприятиях на этапе эвакуации в качестве эвакуационных бригад (ЭБ).

3.2. Основными задачами этапа эвакуации являются безопасная транспортировка больного от места выявления до инфекционного стационара и оказание пациенту медицинской помощи с целью предотвратить ухудшение состояния и летальный исход.

3.3. Медицинский персонал бригад СМП обязан знать клинические и эпидемиологические сигнальные признаки всех нозологических форм ОИБ, уметь заподозрить заболевание и сформулировать предварительный диагноз. Необходимым условием формулирования подозрения и предварительного диагноза является умение медработника собрать эпидемиологический анамнез у самого больного и/или окружающих лиц (родственников, пассажиров транспортного средства и т.д.). Данные эпидемиологического анамнеза медработник вносит в медицинские документы больного, а для ускорения реагирования в рамках ППЭМ также передаёт в устной форме (напрямую, через нарочного или по телефону, радиации, другому доступному каналу связи) непосредственному начальнику (главному врачу, старшему врачу смены и т.п.) или должностным лицам органов управления здравоохранением и Роспотребнадзора – согласно схемы оповещения (схемы передачи информации), которая прилагается к Оперативному плану.

3.4. Обязательность сбора эпидемиологического анамнеза и его минимальный объём регламентированы п. 31 СанПиН 3.3686-21. При сборе эпидемиологического анамнеза устанавливают следующие факты:

- 3.4.1. контакт с источником (человеком или животным) инфекционного заболевания или фактором его передачи (например, сырьём животного происхождения; употребление недоброкачественной воды или пищевых продуктов) – место и время;
- 3.4.2. нахождение на территории, где регистрировалась неблагоприятная эпидемиологическая обстановка, в природных очагах ОИБ;
- 3.4.3. укусы (нападения) млекопитающих (носителей ОИБ), членистоногих (переносчиков ОИБ – укусы комаров, москитов, блох и др., присасывание клещей);
- 3.4.4. получение травм, ожогов, ран, проведение медицинских парентеральных манипуляций;
- 3.4.5. сведения об иммунизации, необычных реакциях на введение вакцин.

3.5. Предварительный диагноз ОИБ формулируется врачом (первым фельдшером) бригады СМП на основании сигнальных клинических и эпидемиологических признаков (приложения 1, 2). К общим сигнальным эпидемиологическим признакам ОИБ относят:

- 3.5.1. прибытие больного с территории, неблагополучной по ОИБ в пределах инкубационного периода;
- 3.5.2. контакт с вероятными носителями и переносчиками;
- 3.5.3. контакт с больными с аналогичными симптомами в пути, по месту работы, жительства;
- 3.5.4. групповые инфекционные заболевания или случаи смерти в окружении больного.

3.6. Формулировка предварительного диагноза включает две части: синдромальную (отражает основной синдром, обуславливающий тяжесть состояния) и нозологическую (нозологическая форма ОИБ под вопросом, что необходимо для обоснования дальнейших противоэпидемических мероприятий).

Примеры предварительного диагноза:

- 1) «Острый энтерит, дегидратация II степени. Холера?»;
- 2) «Острый нижний респираторный синдром (пневмония?), острая дыхательная недостаточность 2 степени, тяжёлое течение. Чума, лёгочная форма?».

3.7. При наличии синдрома геморрагической лихорадки конкретизация нозологической формы на месте выявления больного не требуется. Допустима следующая формулировка предварительного диагноза: «Геморрагическая лихорадка неуточнённая» (код A99 по МКБ-10), отражающая ведущие синдромы болезни: лихорадочный и геморрагический.

Конкретизация предварительного диагноза геморрагической лихорадки возможна по эпидемиологическим признакам: прибытие больного из эндемичной страны/региона (приложение 1), наличие сведений о контакте с больным с подтверждённым диагнозом конкретной геморрагической лихорадки, а также при наличии чётких сигнальных клинических признаков нозологической формы (приложение 2).

ППЭМ при подозрении на неуточнённую геморрагическую лихорадку при невозможности сбора подробного эпидемиологического анамнеза проводятся с соблюдением максимальных требований биологической безопасности – как при болезнях, вызванных вирусами первой группы патогенности (опасности).

3.8. Если по месту выявления больного не удалось обнаружить никаких сигнальных признаков конкретной нозологической формы ОИБ, кроме выраженной интоксикации и лихорадки, но имеются сигнальные эпидемиологические признаки ОИБ, врач (первый фельдшер) формули-

рует следующий предварительный диагноз: «Лихорадка неутонченная, тяжёлое течение» (код R50.9 по МКБ-10). Диагноз дополняется сигнальной фразой «Подозрение на ООИ», указывающей на необходимость введения в действие Комплексного плана в отношении инфекционной болезни неясной этиологии, способной привести к возникновению ЧС в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения РФ. ППЭМ в этом случае проводятся с соблюдением максимальных требований биологической безопасности – как при болезнях, вызванных возбудителями первой группы патогенности (опасности).

3.9. Врач (первый фельдшер) заполняет экстренное извещение об инфекционном заболевании по установленной форме, содержащее формулировку предварительного диагноза и его код по МКБ-10.

4. Характеристика эвакуационной бригады

4.1. **Личный состав ЭБ.** ЭБ состоит из трёх или четырёх человек: врача (первого фельдшера), фельдшера (второго фельдшера), водителя и по возможности санитаря, т.к. транспортировка пациента в мобильном изоляторе (на изолирующих носилках) требует физической силы.

4.2. **Средства индивидуальной защиты.** Специалисты ЭБ работают в регламентированной защитной одежде (СИЗ), аналогичной по степени защиты противочумному костюму первого типа. Специалисты ЭБ обязаны строго соблюдать порядок надевания и снятия комплекта СИЗ в соответствии с приложением № 7 к МУ 3.4.2552-09 и инструкциями по применению отдельных коммерческих СИЗ. Необходимо ознакомиться с приложением 3 к СанПиН 3.3686-21 «Обеспечение безопасности при работе с ПБА в части использования рабочей одежды и средств индивидуальной защиты».

Элементы защитной одежды (комбинезон, полнолицевая маска, перчатки, сапоги) должны быть предварительно подобраны по размеру для конкретного специалиста. Полнолицевую маску необходимо плотно подогнать к лицу, регулируя длину лямок. С целью контроля правильности надевания защитную одежду надевают в паре или при участии помощника. Необходимо обратить особое внимание на плотное прилегание всех элементов комплекта друг к другу, удостовериться в отсутствии зазоров между отдельными элементами в области лица (капюшон и полнолицевая маска или комплект «очки плюс респиратор»), запястий (перчатки и комбинезон), лодыжек (сапоги и комбинезон).

Если кабина водителя автомашины ЭБ герметично изолирована от салона и не предусматривается участие водителя в переноске больного, водитель не использует полный комплект СИЗ, ограничиваясь комбинезоном и респиратором.

СИЗ, рекомендуемые для специалистов ЭБ. Использование на этапе ППЭМ классического противочумного костюма с элементами из хлопчатобумажной ткани, в т.ч. ватно-марлевой маски, не рекомендуется, т.к. данный комплект не гарантирует достаточный уровень защиты от контактиозных вирусных инфекций. Рекомендуется использование современных аналогов противочумного костюма на основе комбинезонов, дополненные высокими резиновыми сапогами или плотными многоразовыми бахилами с твёрдой подошвой, перчатками повышенной прочности с длинными раструбами, полнолицевой маской или комплектом «респиратор плюс очки». Защитные очки должны быть герметичными, без вентиляционных отверстий. Используются респираторы максимального класса защиты – FFP3.

На этапе эвакуации при контакте с больным, его выделениями, предметами, которых касался больной, необходимо проводить текущую дезинфекцию рук в перчатках, поверхностей, инвентаря.

Категорически запрещается снятие или смена очков, респиратора, полнолицевой маски, перчаток на этапе эвакуации в присутствии больного!

4.3. Основные задачи ЭБ:

- 4.3.1. безопасная для себя и окружающих транспортировка больного в специализированный инфекционный госпиталь (или контактного лица в изолятор), предусмотренный Комплексным планом;
- 4.3.2. оказание больному необходимой медицинской помощи на этапе эвакуации с целью не допустить ухудшения его состояния и летального исхода.

4.4. Материально-техническое оснащение ЭБ.

4.4.1. ЭБ для транспортировки больного с подозрением на ОИБ предпочтительно формировать на базе автомобиля скорой медицинской помощи класса С (реанимобиля), материально-техническое оснащение которого позволяет оказывать больному как неотложную, так и экстренную помощь при необходимости.

4.4.2. ЭБ для транспортировки контактных лиц и лиц, находившихся с подозрительным больным в одинаковых условиях заражения (не имеющих симптомов инфекционной болезни), допустимо формировать на базе автомобиля скорой медицинской помощи класса В (автомобиль экстренной медицинской помощи) или А (автомобиль для транспортировки пациентов).

4.4.3. Автомашину ЭБ независимо от исходного класса комплектации (А, В, С) оснащают медико-техническими, лекарственными, перевязочными средствами, гидропультом, уборочной ветошью, ёмкостями для рабочих растворов дезинфицирующего средства (здесь и далее

подразумеваются дезинфицирующие средства, применение которых регламентировано приложением 2 к СанПиН 3.3686-21 «Обеспечение проведения обеззараживания при осуществлении работ с ПБА») и ёмкостями для сбора и дезинфекции выделений больного (рвотные массы, испражнения, моча, мокрота и др.). При инфекции с вероятным воздушно-капельным путём передачи для транспортировки больного рекомендуется применять специальные закрытые носилки или мобильный изолятор. При подозрении на холеру использование мобильного изолятора нецелесообразно, т.к. это усложняет проведение регидратации, оказание помощи больному при обильной диарее и рвоте, возможной аспирации рвотных масс, других угрожающих жизни состояниях.

4.5. Этапы работы ЭБ:

- 1) подготовка к выезду;
- 2) выезд к месту выявления подозрительного больного: правомерно использование проблескового маячка синего цвета, сирены и звукового спецсигнала;
- 3) действия в месте выявления больного: осмотр, опрос, сбор эпидемиологического анамнеза;
- 4) транспортировка больного в инфекционный госпиталь или контактного лица (лиц) в изолятор, предусмотренный Комплексным планом.

5. Алгоритмы действий бригады скорой медицинской помощи и эвакуационной бригады при выявлении больного с подозрением на опасную инфекционную болезнь

5.1. Действия бригады СМП рекомендуется проводить по одному из трёх алгоритмов в зависимости от типовой ситуации.

Типовые ситуации выявления подозрительного больного:

№ 1 – по месту вызова (жилое помещение, гостиница, административное здание и т.п.) без предварительного уведомления о подозрении на ОИБ;

№ 2 – по месту вызова (жилое помещение, гостиница, административное здание и т.п.) с предварительным уведомлением о подозрении на ОИБ;

№ 3 – в транспортных узлах (аэропорт, железнодорожный вокзал, автовокзал, речной или морской порт): в помещении (зал прилёта аэровокзала и т.п.), на транспортном средстве (воздушное судно, поезд и т.п.).

При типовой ситуации № 1 бригада СМП проводит комплекс ППЭМ в месте выявления подозрительного больного (алгоритм № 1). В типовых ситуациях №№ 2 и 3 бригада(ы) СМП участвует(ют) в проведении ППЭМ в качестве эвакуационной бригады (алгоритмы №№ 2 и 3).

5.2. Алгоритм № 1. Выявление подозрительного больного по месту вызова (жилое помещение, гостиница, административное здание и т.п.) без предварительного уведомления о подозрении на ОИБ.

В случае, если при вызове бригады СМП на дом, в гостиницу, административное здание и т.п. врач (фельдшер) бригады обнаруживает у больного клинические симптомы (признаки) и данные эпидемиологического анамнеза, позволяющие заподозрить ОИБ, бригада организует и проводит ППЭМ.

5.2.1. Врач (первый фельдшер) изолирует больного в отдельном помещении (комнате), обеспечивает себя, фельдшера (второго фельдшера), больного и окружающих лиц медицинскими респираторами или средствами защиты органов дыхания из подручных материалов (полотенце, бинт, вата, марля, косынка и др.). Врач (первый фельдшер), не покидая помещения, по телефону или иным доступным видом связи запрашивает у водителя укладку для ОИБ (при её наличии в автомобиле бригады СМП), в т.ч. комплекты СИЗ (аналог противочумного костюма первого типа), дезинфицирующее средство и пакеты для медицинских отходов класса В (для автоклавирования). При отсутствии специальных СИЗ запрашиваются вышеуказанные подручные материалы. Водитель в респираторе и перчатках доставляет перечисленные средства оснащения к двери помещения, не заходя внутрь, сообщает врачу (фельдшеру) о доставке, возвращается в автомобиль и ожидает дальнейших распоряжений.

5.2.2. Медицинские работники, а также лица, контактировавшие с больным, обрабатывают открытые участки тела: лицо, кисти рук – ватными (марлевыми) тампонами, смоченными 70% этиловым спиртом или другим доступным кожным антисептиком.

5.2.3. Врач (первый фельдшер) проводит:

1) сбор анамнеза болезни: дата и время начала заболевания; начало острое, подострое или постепенное; с чем больной связывает заболевание; жалобы; приём лекарственных препаратов, их эффект; сведения о вакцинации и др.;

2) выявление жалоб, выделение симптомов (признаков), патогномичных или характерных для одной или нескольких нозологических форм ОИБ (приложение 2);

3) осмотр: оценка тяжести состояния (лёгкое, средней тяжести, тяжёлое), уровень сознания (ясное, спутанное, оглушение, кома), эмоциональное состояние (адекватное, подавленное, возбуждённое, патологический аффект), наличие острой продуктивной психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации), положение (активное, пассивное, вынужденное), видимые слизистые оболочки (цвет, влажность,

энантема), температура тела, пульс, артериальное давление, кожные покровы (цвет, влажность, тургор, сыпь, геморрагические элементы), физикальное исследование по органам и системам (приложение 3). *Цель осмотра больного – выделить основной синдром (симптомокомплекс), определяющий тяжесть состояния: интоксикация, обезвоживание, геморрагический, респираторный, неврологический.*

5.2.4. Врач (первый фельдшер) проводит осмотр больного и сбор эпидемиологического анамнеза с соблюдением требований биологической безопасности: текущая обработка рук в перчатках 70% этиловым спиртом или другим доступным дезинфицирующим средством.

5.2.5. Врач (первый фельдшер) сообщает старшему врачу смены о выявлении подозрительного на ОИБ больного и запрашивает по адресу вызова оснащённую всем необходимым ЭБ для эвакуации больного, а также (при необходимости) вторую ЭБ для транспортировки в изолятор контактных лиц, в т.ч. личного состава самой бригады СМП, выявившей больного.

5.2.6. Фельдшер (второй фельдшер) обеспечивает больного ёмкостями для сбора испражнений, рвотных масс.

5.2.7. Фельдшер (второй фельдшер) сообщает присутствующим в помещении лицам о необходимости оставаться на своих местах, не пользоваться водоснабжением и канализацией.

5.2.8. Фельдшер (второй фельдшер) максимально герметизирует помещение: закрывает окна, заклеивает вентиляционные отверстия, отключает кондиционер (за исключением случая подозрения на холеру).

5.2.9. Фельдшер (второй фельдшер) составляет список остальных присутствующих лиц, проводит опрос (и при необходимости осмотр) с целью выявления жалоб, выделения характерных симптомов или признаков ОИБ.

5.2.10. Фельдшер (второй фельдшер) проводит текущую дезинфекцию поверхностей, письменных принадлежностей, дверных ручек и т.п. методом протирания ватными (марлевыми) тампонами, смоченными раствором дезинфицирующего средства в рабочей концентрации.

5.2.11. Медицинские работники бригады СМП оказывают больному необходимую патогенетическую и симптоматическую медицинскую помощь, в т.ч. неотложную помощь при критических состояниях (см. приложение 4.1 к МУ 3.4.2552-09): дегидратация (проведение внутривенной регидратации кристаллоидными растворами), инфекционно-токсический шок, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острый геморрагический синдром, острый неврологический синдром.

5.2.12. До госпитализации больного и отбора материала для лабораторного исследования не рекомендуется применение антибактериальных и противовирусных препаратов.

5.2.13. При наступлении у больного клинической смерти медработники СМП проводят сердечно-легочную реанимацию.

5.2.14. При проведении любых медицинских манипуляций персонал бригады СМП обязан строго соблюдать требования биологической безопасности.

5.2.15. Медицинский персонал бригады СМП дожидается ЭБ, передаёт ей больного и основные сведения о нём, в т.ч. заполненное экстренное извещение об инфекционном заболевании, после чего эвакуируется силами другой ЭБ в изолятор, предусмотренный Комплексным планом, где переодевается в чистую одежду, проходит экстренную личную профилактику, используя регламентированную укладку (см. приложение 8.5 к МУ 3.4.2552-09). Открытые участки тела обрабатывают 70% этиловым спиртом. Также 70% этанолом прополаскивают полость рта и горло. В глаза и нос закапывают раствор антибиотика (бактериальные инфекции) или 1% свежеприготовленный водный (не спиртовой!) раствор борной кислоты (вирусные инфекции). При подозрении на грипп, вызванный новым подтипом вируса, допускается приём внутрь одного из противовирусных препаратов (см. приложение 4.7 к МУ 3.4.2552-09).

5.2.16. Медицинский персонал бригады СМП, выявившей подозрительного больного, подвергается временной изоляции до решения вопроса о применении медицинских мер как к лицам, подвергшимся риску заражения (изоляция или медицинское наблюдение на срок максимального инкубационного периода с назначением профилактического лечения или без такового). Данное решение принимает медицинский (противоэпидемический) штаб в субъекте РФ при участии должностных лиц Управления Роспотребнадзора по субъекту РФ и органа управления здравоохранением в субъекте РФ на основании результатов эпидемиологического расследования.

5.2.17. Допускается эвакуация больного бригадой СМП, его выявившей, в случае подозрения на неконтагиозную ОИБ (малярия, лихорадки денге, Зика, ЛЗН, сибирская язва, туляремия, бруцеллёз и др.), если врачом (первым фельдшером) бригады СМП абсолютно исключена вероятность наличия у больного контагиозной болезни. В остальных случаях эвакуация больного с подозрением на ОИБ (в т.ч. холеру, чуму, КВГЛ и др.) бригадой СМП, его выявившей, не допускается.

5.3. Алгоритм № 2. Выезд на место выявления подозрительного больного (жилое помещение, гостиница, административное здание и т.п.) с предварительным уведомлением о подозрении на ОИБ.

В случае, если станция СМП получает сообщение о выявлении подозрительного на ОИБ больного на дому, в гостинице, административном

здании и т.п., на адрес направляется оснащённая всем необходимым ЭБ, сформированная на основе реанимобиля класса С.

5.3.1. *Этап подготовки к выезду.* Персонал ЭБ проверяет наличие необходимого оснащения автомашины, прежде всего достаточного количества дезинфицирующих средств и ёмкостей для них, ёмкостей для сбора испражнений и рвотных масс больного, лекарственных средств и медицинского имущества для проведения патогенетической и симптоматической терапии. Защитную одежду надевают непосредственно перед выездом в помещении, оснащённом большим зеркалом, под взаимным контролем. Допускается надевать перчатки, полнолицевую маску (очки и респиратор) непосредственно перед входом в помещение, где находится больной, при условии обязательного контроля правильности надевания со стороны: отсутствие зазоров в местах стыка полнолицевой маски и комбинезона, очков и респиратора, рукавов комбинезона и перчаток.

5.3.2. *Выезд к месту выявления подозрительного больного* проводится с включённым проблесковым маячком синего цвета и сиреной, при необходимости используется звуковой спецсигнал.

5.3.3. *Действия в месте выявления больного.*

5.3.3.1. Автомашину ЭБ паркуют по возможности ближе к месту нахождения больного. В помещение (на транспортное средство) заходят два специалиста ЭБ (врач и фельдшер или два фельдшера) в комплектах СИЗ, соответствующих противочумному костюму первого типа. Санитар и водитель остаются в автомашине ЭБ. Врач (первый фельдшер) получает от лица, выявившего больного, краткую информацию о его состоянии на данный момент и в динамике с момента выявления (стабильное, ухудшение), обстоятельствах выявления, предварительный диагноз. Необходимые документы заполняют простым карандашом, помещают в прозрачный файл (мультифору), который снаружи протирают ватным тампоном, смоченным 70% этиловым спиртом или другим дезинфицирующим средством с наиболее коротким временем экспозиции. В зависимости от тяжести состояния больного его выводят или выносят из помещения на носилках (в мобильном изоляторе); при необходимости привлекается санитар или водитель, облачённый в защитную одежду, аналогичную противочумному костюму первого типа. При переносе больного нельзя торопиться, необходимо избегать резких движений, контакта носилок с окружающими предметами, стенами, дверными косяками и другими предметами, способными нарушить целостность СИЗ или мобильного изолятора.

5.3.3.2. После помещения больного в салон автомашины ЭБ врач (первый фельдшер) оценивает состояние больного, при необходимости начинает патогенетическую и симптоматическую терапию, в т.ч. внутри-

венное введение физиологического раствора с целью дезинтоксикации, восстановления объёма циркулирующей крови, поддержания артериального давления; введение кардиотонических средств, глюкокортикостероидов. Применение антипиретиков оправдано при температуре тела выше 40 °С. При наличии выраженного психомоторного возбуждения допускается применение нейролептиков (дроперидол) под тщательным контролем сердечной деятельности и дыхания (опасность угнетения дыхательного и сосудодвигательного центров).

Транспортировка в изолятор, предусмотренный Комплексным планом, контактного лица или лица, подвергшегося риску заражения, проводится аналогично, с обязательным заполнением регламентированной документации и соблюдением требований биологической безопасности. Допускается транспортировка одной автомашиной ЭБ не более двух контактных лиц (лиц, подвергшихся риску заражения). Не допускается одновременная транспортировка одной автомашиной ЭБ больного и контактных лиц (лиц, подвергшихся риску заражения)!

5.3.4. *Транспортировка больного в инфекционный госпиталь или контактного лица (лиц) в изолятор, предусмотренный Комплексным планом*, осуществляется с включённым проблесковым маячком синего цвета, оправдано включение sireны. Автомашина ЭБ сопровождается следующим впереди автомобилем полиции с включённым проблесковым маячком синего цвета, включённой sireной. Врач (первый фельдшер) запрашивает у старшего врача смены точное место доставки больного (контактного лица): отделение инфекционного стационара, схему проезда по территории больницы до отделения, а также до площадки санитарной обработки автотранспорта – и доводит маршрут до сведения водителя.

5.3.5. Больной транспортируется в положении лёжа на носилках (в мобильном изоляторе) или сидя в зависимости от тяжести состояния и уровня сознания. Во время транспортировки врач (первый фельдшер) оценивает динамику состояния больного, корректирует проводимые лечебные мероприятия, поддерживает словесный контакт с больным.

Контактное лицо (лицо, подвергшееся риску заражения) транспортируется в положении сидя. Фельдшер (второй фельдшер) обеспечивает его ватными (марлевыми) тампонами, смоченными кожным антисептиком (на основе спирта этилового не менее 70 % по массе, или спирта изопропилового не менее 60 % по массе, или смеси спиртов не менее 60 % по массе) для протирания открытых участков тела (лица, рук). Медицинская помощь контактному лицу оказывается по необходимости, например, при острой реакции на стресс. Персонал ЭБ строго соблюдает требования биологической безопасности.

По прибытию на территорию инфекционного госпиталя, предусмотренного Комплексным планом, автомашина ЭБ паркуется в непосредственной близости от входа в отделение, предназначенное для госпитализации больного (инфекционный госпиталь) или контактного лица (изолятор). Два фельдшера (фельдшер и санитар) ЭБ сопровождают или переносят больного (сопровождают контактное лицо) до входа в отделение инфекционного госпиталя (изолятора). Врач (первый фельдшер) ЭБ доводит до сведения врача-инфекциониста стационара информацию о состоянии больного в динамике, проведённых лечебных мероприятиях и передаёт необходимую медицинскую документацию.

После передачи больного (контактного лица) персонал ЭБ (кроме водителя) в сопровождении сотрудника стационара (врача, медсестры, санитарки) проходят в подготовленное помещение, оснащённое большим зеркалом и ёмкостями с дезинфицирующим раствором, где снимают защитную одежду под контролем сотрудника стационара, проходят экстренную личную профилактику (см. п. 5.2.15) и далее следуют указаниям должностного лица Управления Роспотребнадзора по субъекту РФ (или эпидемиолога Центра гигиены и эпидемиологии).

Водитель следует на автомашине до санитарной площадки на территории инфекционного стационара, где персоналом стационара проводится заключительная дезинфекция автомашины. В салоне автомобиля ЭБ одновременной дезинфекции подвергают воздух, все поверхности (горизонтальные, вертикальные, боковые) и труднодоступные места. В это время сотрудник стационара сопровождает водителя до подготовленного помещения для снятия защитной одежды и прохождения экстренной личной профилактики (см. п. 5.2.15). По истечении необходимого времени экспозиции автомашина ЭБ возвращается на станцию СМП и после влажной уборки салона эксплуатируется в штатном режиме.

В случаях, если при эвакуации подозрительного больного возникла вероятность заражения сотрудника(ов) ЭБ (повреждение защитной одежды, нарушение требований биологической безопасности, иные нештатные ситуации), может быть принято решение о необходимости медицинского наблюдения или изоляции сотрудника(ов) ЭБ с назначением профилактического лечения или без такового. Это решение принимает медицинский (противоэпидемический) штаб в субъекте РФ при участии должностных лиц Управления Роспотребнадзора по субъекту РФ и органа управления здравоохранением в субъекте РФ.

5.4. Алгоритм № 3. Выезд на место выявления подозрительного больного в транспортных узлах (аэропорт, железнодорожный вокзал, автовокзал, речной или морской порт) с предварительным уведомлением.

В случае, если станция СМП получает сообщение о выявлении подозрительного больного на объекте транспорта (аэропорт, железнодорожный вокзал, автовокзал, речной или морской порт), туда направляется оснащённая всем необходимым ЭБ, сформированная на базе реанимобиля (класс С).

5.4.1. *Этап подготовки к выезду.* Персонал ЭБ проверяет наличие необходимого оснащения автомашины, прежде всего достаточного количества дезинфицирующих средств, ёмкостей для них, ёмкостей для сбора испражнений и рвотных масс больного, лекарственных средств и медицинского имущества для оказания патогенетической и симптоматической помощи. Защитную одежду надевают непосредственно перед выездом в помещении, оснащённом большим зеркалом, под контролем со стороны.

5.4.2. *Выезд к месту выявления подозрительного больного* проводится с включённым проблесковым маячком синего цвета и сиреной, при необходимости используется звуковой спецсигнал. После въезда на территорию транспортного узла автомашина ЭБ следует к месту нахождения больного (контактных) в сопровождении автомобиля транспортной полиции или специальной службы транспортного узла (например, службы авиационной безопасности – САБ – аэропорта).

5.4.3. *Действия в месте выявления больного.*

5.4.3.1. Автомашину ЭБ паркуют по возможности ближе к месту нахождения больного. В помещение объекта транспорта (на транспортное средство) заходят два специалиста ЭБ (врач и фельдшер или два фельдшера) в комплектах СИЗ, соответствующих противочумному костюму первого типа. Санитар и водитель остаются в автомашине ЭБ. Врач (первый фельдшер) получает от медицинского работника транспортного узла (например, врача здравпункта аэропорта) краткую информацию о состоянии больного на данный момент и в динамике (стабильное, ухудшение), обстоятельствах выявления, предварительном диагнозе. Необходимые документы заполняют простым карандашом, помещают в прозрачный файл (мультифору), который снаружи протирают ватным тампоном, смоченным 70 % этиловым спиртом или другим дезинфицирующим средством с наиболее коротким временем экспозиции. В зависимости от тяжести состояния больного его выводят или выносят на носилках (в мобильном изоляторе) из помещения (из транспортного средства); при необходимости привлекается санитар или водитель, облачённый в защитную одежду, аналогичную противочумному костюму первого типа. При переносе больного нельзя торопиться, необходимо избегать резких движений и контакта носилок с окружающими предметами.

5.4.3.2. После помещения больного в салон автомашины ЭБ врач (первый фельдшер) оценивает его состояние, при необходимости начинает патогенетическую и симптоматическую терапию, в т.ч. внутривенное введение физиологического раствора с целью дезинтоксикации, восстановления объёма циркулирующей крови, поддержания артериального давления; введение кардиотонических средств, глюкокортикостероидов. Применение антипиретиков оправдано при температуре тела выше 40 °С. При наличии выраженного психомоторного возбуждения допускается применение нейролептиков (дроперидол) под тщательным контролем сердечной деятельности и дыхания (опасность угнетения дыхательного и сосудодвигательного центров).

5.4.3.3. Транспортировка в изолятор, предусмотренный Комплексным планом, контактного лица (лица, подвергшегося риску заражения), проводится аналогично, с обязательным заполнением регламентированной документации и соблюдением требований биологической безопасности. Допускается транспортировка одной машиной ЭБ не более двух контактных лиц (лиц, подвергшихся риску заражения). Не допускается одновременная транспортировка одной машиной ЭБ больного и контактных лиц (лиц, подвергшихся риску заражения)!

5.4.4. *Транспортировка больного в инфекционный госпиталь или контактного лица (лиц) в изолятор*, предусмотренный Комплексным планом, осуществляется с включённым проблесковым маячком синего цвета, оправдано использование звукового спецсигнала. Автомашина ЭБ сопровождается следующим впереди автомобилем полиции (на территории транспортного узла – транспортной полиции, далее – полиции города, муниципалитета) с включённым проблесковым маячком синего цвета, включённой сиреной.

Дальнейшие действия персонала ЭБ аналогичны алгоритму № 2 (см. п. 5.3.5).

Инфекционные болезни, в отношении которых необходимо проведение мероприятий по санитарной охране территории РФ

№№	Нозологическая форма, код по МКБ-10*	Инкубационный период, контактиозность**	Эпидемиологические данные. Эндемичные территории
1	Оспа B03	5–22 дня (+)	<p>Натуральная оспа считается ликвидированной во всём мире с 1980 г. Возможны заражение сотрудников вирусологических лабораторий в результате аварийных ситуаций, заболевание людей при применении вируса натуральной оспы в военных целях или совершении актов биологического терроризма.</p> <p>Проведение ППЭМ обязательно при подозрении на оспу обезьян (топкеурох, Мрох) – зооантропонозное заболевание (способное передаваться от человека к человеку), эндемичное для некоторых стран Центральной и Западной Африки: ДРК, Нигерия, Республика Конго, Гана, Габон, Бенин, Камерун, ЦАР, Кот-д'Ивуар, Либерия, Сьерра-Леоне, Южный Судан.</p> <p>В 2022 г. – завозы в 19 стран: Европа, США, Канада, Австралия. Инфицирование в результате массовых мероприятий гомосексуалистов и бисексуалов в Испании и Бельгии. В 2024 г. оспа обезьян впервые зарегистрирована в Бурунди, Кении, Руанде и Уганде.</p> <p>На 2024 г. эндемичные страны: Пакистан, Афганистан.</p> <p>Возможны опосредованные заносы в РФ через страны Средней Азии: Таджикистан, Узбекистан, Туркменистан, Казахстан.</p> <p>Полиомиелит необходимо исключить при любом случае клинического синдрома острых вялых параличей (ОВП).</p> <p>Полиомиелитоподобные заболевания вызывает циркулирующий полиовирус вакцинного происхождения (цПВП, sVDPV). В 2023 г. циркуляция цПВП, вызывающего ОВП, отмечена в ДРК, Чаде, Нигерии, Нигере, Сомали, Кот-Д'Ивуаре, Бенине, Буркина-Фасо, Гвинеи, ЦАР, Мали, Бурунди, Мавритании, Танзании, Мозамбике, Замбии, Зимбабве, Кении, Индонезии, Израиле, Йемене. на Мадагаскаре; в 2024 г. – в Индонезии (цПВП типа 2).</p> <p>В 2022 г. цПВП типа 2 вызвал вспышку ОВП в Судане.</p>
2	Полиомиелит, вызванный диким полиовирусом A80	2–35 дней (+)	

3	Человеческий грипп, вызванный новым подтипом J11	Несколько часов – 7 дней (+)	Учитывают оперативную информацию ВОЗ о распространении болезни по странам. Исторически новые подтипы вируса пандемического гриппа возникали в КНР, Гонконге, США.
4	Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) U04.9, B34.2	2–10 дней (+)	Изначально (2002 г.): юг Китая (провинция Гуандун). В марте-июне 2003 г. – широкое распространение в мире, особенно пострадали Гонконг, Тайвань, Vietnam, Канада.
5	Ближневосточный респираторный синдром (БВРС) B34.2	2–14 дней (+)	Эндемичная территория, предположительно, Аравийский полуостров. С 2012 г. по настоящее время регистрируется в Саудовской Аравии (более 85 % случаев), а также в Катаре, Омане, ОАЭ, Иордании, Йемене, Кувейте, Ливане. Завозы в Республику Корея, Китай, Египет, Алжир, Тунис, Таиланд, Малайзию, Филиппины, Иран, США, Турцию, Грецию, Италию, Австрию, Германию, Францию, Нидерланды, Великобританию (через эти страны возможны опосредованные завозы).
6	Холера A00	10 часов – 5 дней (+)	С 1961 г. по настоящее время протекает седьмая пандемия холеры. Азия: Китай, почти все страны Юго-Восточной и Южной Азии. Особенно неблагоприятная ситуация: Афганистан, Ирак, Индия, Малайзия, Таиланд, Непал, Мьянма, Иран, Пакистан, Филиппины. Африка: почти все страны южнее Сахары (особенно ДРК, Кения, Танзания, Мозамбик, Сомали, Нигерия, Южный Судан, Уганда, Гана, Малави, Бурунди, Кот-д'Ивуар, Камерун, Зимбабве, Нигер, Того, Ангола, Бенин). В 2010–2024 гг. крупные вспышки в Нигере, Замбии, ДРК, Нигерии, ЦАР, Кении, Гане, Бенине, Сомали, Танзании, Южном Судане. Америка: 2010–2023 гг. – эпидемия на Гаити, в Доминиканской республике. Куба. В 2023 г. наибольшая заболеваемость отмечена в Афганистане, на Гаити, в ДРК, Малави, Мозамбике.
7	Чума A20	1–6 дней (+)	50 стран Азии, Африки, Северной и Южной Америки. Азия: Казахстан, Китай, Монголия, Таиланд, Vietnam, Камбоджа, Индонезия, Мьянма, Индия, Непал. РФ: 11 природных очагов, в т.ч. 3 в Сибири (Респ. Алтай и Тыва, Забайкальский край).

8	Жёлтая лихорадка A95	3–10 дней (–)	В 2010–2024 гг. случаи заболевания людей чумой отмечены в Африке (Мадагаскар, ДРК, Уганда, Танзания, Замбия), Америке (США, Перу, Боливия), Азии (Китай, Монголия, Киргизия, РФ). «Пояс» по экватору: Африка (32 страны, в т.ч. ДРК, Ангола) и Южная Америка (14 стран: Бразилия, Перу, Колумбия и др.). В 2023–2024 гг. отмечены случаи в странах Африки (Буркина-Фасо, Камерун, ЦАР, Чад, Кот-д'Ивуар, ДРК, Гвинея, Нигер, Нигерия, Южный Судан, Того, Уганда), Америки (Перу, Колумбия, Боливия, Бразилия, Гайана).
9	Лихорадка Ласса A96.2	3–21 день (+)	Западная Африка: Нигерия, Сьерра-Леоне, Гвинея, Либерия, Бенин, Гана, Мали.
10	Болезнь, вызванная вирусом Марбург A98.3	3–16 дней (+)	Восточная и Центральная Африка: ДРК, Ангола, Уганда (крупные вспышки), Кения, ЮАР, Габон, Гвинея, Танзания, Экваториальная Гвинея (единичные случаи). 2024 г. – первые вспышка в Руанде. Вынос инфекции в другие страны происходил из Уганды.
11	Болезнь, вызванная вирусом Эбола A98.4	2–21 день (+)	Африка. До 2014 г. эндемична только для Центральной Африки (ДРК, Судан, Уганда, Конго, Габон, Нигерия). В 2014–2016 гг. эпидемия в Западной Африке: Сьерра-Леоне, Гвинея, Либерия.
12	Геморрагическая лихорадка Хунин (аргентинская геморрагическая лихорадка) A96.0	7–16 дней (+)	Латиноамериканская Америка: Аргентина.
13	Геморрагическая лихорадка Мачупо (Боливийская геморрагическая лихорадка) A96.1	7–14 дней (+)	Латиноамериканская Америка: Боливия.

14	Малария B54 (Малария неуточненная)	7–30 дней, иногда до 6–9 месяцев (–)	Африка: более 90 % мировой заболеваемости. Эндемичны практически все страны южнее Сахары, в 2020–2024 г. наибольшая заболеваемость в Уганде, Мали, Буркина-Фасо, Гвинея, Сьерра-Леоне, Либерии, Бенине, ЦАР, ДРК, Мозамбике, Нигерии, Нигере. Азия: Китай, Корейская Народно-Демократическая Республика, Республика Корея, практически все страны Южной и Юго-Восточной Азии, Ближний Восток, Аравийский полуостров. Америка: Мексика, вся Центральная Америка, северная половина Латинской Америки.
15	Лихорадка Западного Нила A92.3	2–14 дней (–)	Широкое распространение в мире. Северная и Восточная Африка, Средиземноморье, США, Европа. В 2024 г. регистрировалась в 22 субъектах РФ.
16	Крымская геморрагическая лихорадка A98.0	1–14 дней (+)	Эндемична на обширных территориях Азии, Европы, Африки к югу от 50 параллели северной широты. Наибольшая заболеваемость: Средняя Азия, Ближний Восток, Балканы, вся Африка. В 2023 г. регистрировалась в Индии, Намибии, Сенегале, Северной Македонии, Пакистане, Мавритании, Казахстане, Грузии, Турции, Иране, Афганистане, Ираке. РФ: республика Дагестан, Калмыкия, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкесия, Крым, Краснодарский и Ставропольский края, Астраханская, Волгоградская и Ростовская области.
17	Лихорадка денге A90 (классическая денге) A91 (геморрагическая лихорадка денге)	3–15 дней (–)	За 2000–2019 гг. ВОЗ зафиксировала десятикратный рост официальной заболеваемости в мире: с 500 тыс. до 5,2 млн случаев. Эндемичны 129 стран мира. Вся Южная и Юго-Восточная Азия – максимальный риск завоза в РФ. В 2023 г. 80 % мировой заболеваемости пришлось на 42 страны и территории Американского региона ВОЗ: Бразилия, Перу, Мексика, Колумбия, Боливия, Коста-Рика, Гватемала, Гондурас, Никарагуа, Панама, Венесуэла и др. Регион ВОЗ Юго-Восточной Азии: Таиланд, Индия, Бангладеш, Индонезия, Мьянма, Шри-Ланка и др. Регион ВОЗ Западной части Тихого океана: Филиппины, Вьетнам, Австралия (северо-восток), Камбоджа, Китай (юго-восток), Лаос, Малайзия, Сингапур, Фиджи. Африка, вспышки в 2023 г.: Буркина-Фасо, Бенин, Кабо-Верде, Чад, Кот-д'Ивуар, Эфиопия, Гана, Гвинея, Мали, Маврикий, Нигер, Нигерия, Сан-Томе и Принсипи, Сенегал, Того.

			<p>Регион ВОЗ Восточного Средиземноморья: Афганистан, Джибути, Египет, Оман, Пакистан, Саудовская Аравия, Сомали, Судан, Йемен.</p> <p>Европа: местные случаи отмечаются в Италии, Франции, Испании (в т.ч. в 2023 г.), Хорватии, Португалии (о. Мадейра), также в Израиле. Переносчик – комар <i>Aedes aegypti</i> – обнаружен на Кипре.</p>	
18	Лихорадка Рифт-Валли (долины Рифт) A92.4	4–6 дней (–)	Эндемична вся Африка, за исключением пяти северных стран континента. Саудовская Аравия, Йемен.	
19	Лихорадка Зика A92.8	3–12 дней (–)	В настоящее время регистрируется более чем в 70 странах мира. Эндемичны обширные территории от северной Австралии до южной Азии, вся центральная и частично западная и южная Африка, большая часть Южной и часть Северной Америки, включая США. В 1952–2007 гг. единичные случаи: Уганда, Танзания, Нигерия. 2007 г.: Микронезия, Полинезия (эпидемии), другие страны Океании. С 2015 г. широкое распространение в мире, особенно в Центральной и Южной Америке (Бразилия).	
20	Менингококковая болезнь A39	2–10 дней (+)	Повсеместно. Особенно широкое распространение – «менингитный пояс» Африки по экватору: Сенегал, Гамбия, Гвинея-Бисау, Гвинея, Мавритания, Мали, Кот-д’Ивуар, Буркина-Фасо, Гана, Бенин, Нигерия, Нигер, Камерун, Чад, ЦАР, ДРК, Судан, Южный Судан, Уганда, Кения, Эфиопия, Эритрея.	<p>2016 г.: рост заболеваемости в Таиланде, Вьетнаме, Сингапуре.</p> <p>2021 г. – вспышка в Индии.</p> <p>Случай завоза в РФ из Доминиканской Республики, Мексики, в 2024 г. – из Таиланда, Шри-Ланки, Индонезии (о. Бали).</p>
21	Сибирская язва A22	1–14 дней (–)	Регистрируется повсеместно.	<p>Высокэндемична для 82 стран мира: Азия (Китай, Индия, Бангладеш, Индонезия, Турция, Иран, Ирак и др.), Африка (Кения, Танзания, Эфиопия, Ангола, Мали, Уганда, Буркина-Фасо, Замбия и др.), Центральная (Мексика, Гаити, Гватемала) и Латинская Америка (Аргентина, Чили, Перу, Уругвай, Парагвай, Сальвадор).</p>

			Вспышки среди людей в 2010–2020 гг. отмечены в странах ближнего зарубежья: Грузия, Армения, Киргизия, Таджикистан, Казахстан; в 2014 г. – в Индии. 2023 г. – Замбия, Зимбабве, ДРК, Гана, Кения; Индонезия, Индия, Вьетнам, Филиппины (крупные вспышки или высокая заболеваемость).
22	Бруцеллёз A23	6–30 дней (–)	Регистрируется повсеместно (не встречается только в Японии и некоторых странах Европы: Кипр, Великобритания, Нидерланды, Люксембург, Швейцария, Болгария, Румыния, Чехия, Словакия, Швеция, Финляндия, Дания, Норвегия, Исландия). Болезнь приурочена к районам с развитым животноводством. В настоящее время наибольшее число случаев регистрируется в Сирии, Саудовской Аравии, Иране, Монголии, Армении, Грузии, Киргизии, Узбекистане, Туркменистане.
23	Сар A24.0	1–21 день (–)	Азия: Китай, Монголия, Афганистан, Иран, Турция. Африка: Центральная и Латинская Америка.
24	Мелиоидоз A24.4	2–14 дней (–)	Достаточно эндемичны север Австралии и страны Юго-Восточной Азии: Таиланд, Малайзия, Сингапур. Случаи болезни отмечены во Вьетнаме, Индии, Лаосе, Мьянме, Камбодже, Индонезии, Гонконге, на Филиппинах, юге Китая, Тайване. Единичные случаи: Мадагаскар, Шри-Ланка, Турция, Иран, Кения, Нигер, Бразилия, Панама, Эквадор и др.
25	Эпидемический сыпной тиф A75	6–23 дня (–)	2024 г. – завозной случай в РФ (Иркутская область) из Таиланда с летальным исходом. До 1960-х гг. регистрировался повсеместно. В настоящее время заболеваемость низкая: страны Африки (Алжир, Бурунди), Азии, Центральной и Латинской Америки (Перу). Распространение болезни зависит от степени поражённости населения педикулёзом. РФ: спорадические случаи в 1990–2000-х гг. Вспышка в Липецкой области (1998 г.).

* Код по МКБ-10, рекомендуемый на этапе формулировки предварительного диагноза

** (+) контактная болезнь, (–) неконтактная болезнь

Справочно: *контагиозность болезни (здесь) – способность болезни к непосредственной передаче (по аэрогенному, контактно-оральному и/или фекально-оральному механизмам) от больного человека здоровому.*

Примечание. *На 2024 год новая коронавирусная инфекция COVID-19 включена в перечень ОИБ, но ввиду снижения вирулентности вируса, летальности и общественной опасности заболевания проведение ППЭМ считается нецелесообразным. Применяются общие стандарты как при острых респираторных инфекциях.*

**Сигнальные клинические признаки болезней,
требующих проведения мероприятий по санитарной
охране территории РФ**

Общими основаниями для возникновения подозрения на ОИБ являются следующие особенности клинической картины: тяжёлое общее состояние больного, высокая температура тела, неадекватное поведение, изменённое состояние сознания, сыпь, геморрагические проявления (кровоизлияния, кровоточивость, наружное кровотечение без видимых повреждений). Заболевание чаще начинается остро.

В данном приложении приведены сигнальные клинические признаки, характерные для типичного течения отдельных нозологических форм. Необходимо учитывать, что указанные признаки не всегда чётко выражены в силу ряда факторов: индивидуальные особенности иммунного ответа организма человека, вирулентность и инфицирующая доза возбудителя и др.

ПРОПИСНЫМИ буквами выделены ведущие синдромы, имеющие ценность для дифференциальной диагностики, **полужирным шрифтом – патогномоничные симптомы (признаки).**

Оспа (натуральная оспа)

- **ИНТОКСИКАЦИЯ, СЫПЬ.**
- Высокая лихорадка, боли в мышцах, головная боль, рвота.
- **Продромальный период: боли в крестце и поясничной области.**
- **Продромальная сыпь (rash): коре- или скарлатиноподобная, в области грудных и бедренных треугольников.**
- **Истинная сыпь: одновременное появление на слизистых и коже, в т.ч. ладоней и подошв, мономорфная. Пузырьки с пупкообразным вдавлением в центре, многокамерные, при проколе иглой не спадают.** В типичных случаях сыпь плотно покрывает всю поверхность кожи и видимых слизистых. Сильный кожный зуд.
- В отдельных случаях геморрагический синдром: кровоизлияния в кожу, геморрагическое содержимое элементов сыпи («чёрная оспа»).
- **Оспа обезьян:** клинические проявления похожи, но болезнь протекает значительно легче, интоксикация чаще минимальная или умеренная, сыпь не покрывает всю поверхность тела тотально, возможны одиночные элементы. Встречается лимфаденопатия, чего не бывает при натуральной оспе. Тяжесть заболевания выше на фоне ВИЧ-инфекции и других иммунодефицитных состояний. В эпиданамнезе у мужчин часто указание на половые контакты с другими мужчинами (МСМ).

Полиомиелит, вызванный диким полиовирусом

• **ИНТОКСИКАЦИЯ, ОСТРЫЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** (менингеальный или **синдром острых вялых параличей**).

• Непаралитические формы: кратковременная лихорадка (иногда двухволновая), катар ВДП (кашель, заложенность носа), диспепсия (гастроэнтерит или энтероколит) или серозный менингит.

• Паралитические формы. Начало: головная боль, першение в горле, тошнота, рвота, боли в животе, запор. Ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского, угнетение сухожильных рефлексов.

Синдром острых вялых параличей развивается внезапно на фоне падения температуры: гипотония мышц, гипо- и арефлексия, асимметричное сочетание парезов и параличей отдельных групп мышц, чаще проксимальных отделов нижних конечностей, реже верхних конечностей, мышц спины, шеи, передней брюшной стенки, диафрагмы.

На фоне параличей всегда сохраняются все виды чувствительности.

Человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса

• **ИНТОКСИКАЦИЯ, ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ.** Вначале появляются признаки интоксикации, через несколько часов – поражение ВДП (реже одновременно).

• Часто острейшее начало: больной может назвать не только дату, но и время внезапного появления симптомов интоксикации.

• Высокая лихорадка: в первые 12 часов болезни подъём температуры тела до 38–40 °С.

• Боль при движениях глазных яблок, **ретроорбитальные боли**.

• Головная боль (интенсивная, чаще в области лба, надбровных дуг), мышечные боли (интенсивные).

• Гиперемия, одутловатость лица, кожные покровы горячие, влажные.

• Инъекция сосудов склер, иногда светобоязнь, слезотечение.

• Катар ВДП: сухой кашель, першение в горле, заложенность носа с жидким, прозрачным отделяемым, саднение и боли за грудиной (**ранний трахеит**). Слизистые оболочки носа, зева и глотки гиперемированы.

• **Печень и селезёнка не увеличены, безболезненны.**

Тяжёлый острый респираторный синдром (ТОРС)

Ближневосточный респираторный синдром (БВРС)

• **ОСТРЫЙ НИЖНИЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ.** Поражение нижних отделов респираторного тракта: бронхиолит с переходом в пневмонию и развитием респираторного дистресс-синдрома.

• Триада: лихорадка, сухой кашель, затруднённое дыхание.

- Отсутствует или слабо выражен катар ВДП, в т.ч. насморк и чихание.
- Часто в начале болезни обильная водянистая диарея без примеси слизи и крови, возможно обезвоживание.
- Отсутствует эффект от антибиотикотерапии.

Холера

• **ДИАРЕЯ (ЭНТЕРИТ), ОБЕЗВОЖИВАНИЕ**, гипокалиемия, гемоконцентрация.

• **Температура тела чаще в норме или снижена (при выраженном обезвоживании). Симптомы интоксикации отсутствуют (возможны при микст-инфекции).**

• **Рвота без тошноты.**

• **Характерный стул: быстро теряет каловый характер, до 10-20 раз в сутки и больше, обильный, водянистый, по типу «рисового отвара».**

• Отсутствует боль в животе и при дефекации. Иногда дискомфорт или умеренные боли в околопупочной области.

• Нет тенезмов.

• Урчание или переливание жидкости при пальпации живота.

• Общая и мышечная слабость, жажда, сухость слизистых оболочек и кожных покровов.

• Осиплость голоса, в тяжёлых случаях афония (из-за сухости слизистых).

• Артериальное давление в норме или снижено, пульс слабый, частый (при выраженном обезвоживании).

• Снижение тургора кожи: взятая в щепотку кожа на тыльной поверхности кисти долго не расправляется (в норме: мгновенно), симптом «руки прачки» при выраженном обезвоживании.

Чума

Первые сутки

• **ИНТОКСИКАЦИЯ.**

• Острое начало с температурой до 39–40 °С и выше, потрясающий озноб, чувство жара, интенсивные головная и мышечные боли.

• Гиперемия лица и конъюнктив, иногда одутловатость и синюшность лица, выражающего страдание и ужас («чумное лицо» – *facies pestica*).

• **Ранние нарушения сознания и поведения:** психомоторное возбуждение (стремление убежать, агрессия), устрашающие галлюцинации, бред или, напротив, оглушение, прострация.

• Поведение, походка и речь могут напоминать состояние алкогольного опьянения – но указаний на употребление алкоголя нет.

- **«Меловой» язык:** утолщённый, обложен обильным белым налётом.

- **Ранние признаки острой сердечной недостаточности:** тоны сердца глухие, тахикардия, артериальная гипотензия.

- Возможны рвота и/или жидкий стул с алой кровью или цвета кофейной гущи.

- Печень и селезёнка увеличены.

Вторые сутки: проявления отдельных клинических форм

- Интоксикация усиливается. Присоединяется второй ведущий синдром.

- **Бубонная и кожно-бубонная формы:** СПЕЦИФИЧЕСКОЕ МЕСТНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ. Бубон(ы) – воспалительный конгломерат лимфатических узлов и окружающих тканей, **болезненный в покое (вынужденная поза: отведение конечности) и резко болезненный при пальпации (больной препятствует осмотру)**. Наиболее частая локализация: подмышечная, паховая, шейная области. Иногда в месте входных ворот на коже – резко болезненные пустулы, язвы, карбункулы.

- **Лёгочные формы:** ОСТРЫЙ НИЖНИЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ. Продуктивный кашель с отхождением жидкой мокроты (вначале стекловидной, позже обильной с прожилками алой крови, кровавой), интенсивные режущие боли в груди, выраженная одышка, частота дыхания 50–60 в минуту. **Аускультативная картина лёгких скудная и не соответствует тяжести состояния. Катар ВДП нехарактерен.**

- **Септические формы:** ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК. Клиника острого сепсиса. Нестабильность артериального давления и/или артериальная гипотензия, частый слабый пульс, угнетение сознания. Геморрагии на коже, внутренние кровотечения.

Малярия

- ИНТОКСИКАЦИЯ, ОСТРАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ.

- **Высокая (до 40–41 °С) приступообразная (пароксизмальная) лихорадка с фазами «озноба», «жара» и «пота».** Продолжительность приступа 8–12 часов.

- Временной промежуток между пароксизмами часто постоянный (2–3 суток).

- Тахикардия.

- Одутловатость лица.

- Субиктеричность склер или кожных покровов.

- **Раннее увеличение печени и особенно селезёнки. Селезёнка при пальпации плотная, болезненная.**

Лихорадка Западного Нила

• ИНТОКСИКАЦИЯ. Лихорадка высокая, ремиттирующая, с ознобами и потливостью. Мучительная головная боль (лобная область, глазницы), миалгии (особенно шейной и поясничной областей).

• Серозный менингит (50 % случаев): оболочечные симптомы (ригидность затылочных мышц, Кернига, реже Брудзинского) слабо выражены.

- СЫПЬ: пятнисто-папулёзная.
- Слизистые мягкого и твёрдого неба: гиперемия, зернистость.
- Выраженная гиперемия и инъекция сосудов конъюнктив.
- Полилимфаденит: лимфоузлы (подчелюстные, углочелюстные, боковые шейные, подмышечные и кубитальные) увеличены, слабо болезненны при пальпации.

- Иногда картина энтерита (без болей в животе), панкреатита, миокардита.

Лихорадка Рифт-Валли

• ИНТОКСИКАЦИЯ. Чаще «гриппоподобный» симптомокомплекс: интенсивные миалгии, артралгии, головная и ретроорбитальная боль. Особенности: **двухволновая лихорадка, боль в эпигастрии, потеря вкуса, светобоязнь.**

- Редко глазная форма: жалобы на расплывчатость или ослабление зрения.

- Редко тяжёлое течение: менингоэнцефалит или геморрагическая форма (выраженный геморрагический синдром плюс острая печёночная недостаточность с желтухой).

Лихорадка Зика

- ИНТОКСИКАЦИЯ. Температура до 38 °С, реже выше. Ретроорбитальные боли, головная боль, боль в спине.

- СЫПЬ макуло-папулёзная – частый симптом. Сначала на лице и туловище, потом распространяется по всему телу.

- Негнойный конъюнктивит, часто с выраженной гиперемией.
- Боль в суставах и/или острые артриты.

Менингококковая болезнь

- Разнообразие клинических форм: острый назофарингит, первичная пневмония, менингококковый сепсис (менингококцемия), менингит, менингоэнцефалит, редкие формы.

- **Острый назофарингит:** яркая гиперемия и отёк задней стенки глотки, гиперплазия лимфоидных фолликулов на фоне незначительной гиперемии миндалин, мягкого нёба и нёбных дужек. Интоксикация сла-

бая или умеренная, лихорадка субфебрильная. Требуется госпитализация в инфекционный стационар: эпидпоказания и опасность генерализации!

- **Менингит, менингоэнцефалит** протекают бурно, с выраженной интоксикацией, температурой до 40–42 °С, мучительной головной болью, общей гиперестезией, рвотой без тошноты, расстройствами сознания (психомоторное возбуждение, сопор, кома), судорогами, парезами, параличами.

- **Менингококцемия**, типичное течение. Ведущие синдромы: тяжёлая ИНТОКСИКАЦИЯ, ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ СЫПЬ (петехии, пурпура, экхимозы), чаще обильная, преимущественно на конечностях, туловище, ягодицах, реже на лице. Элементы сыпи имеют неправильную (звёздчатую) форму, плотны на ощупь, иногда выступают над уровнем кожи. Нередко геморрагическая сыпь сочетается с розеолезной или розеолезно-папулезной.

Сибирская язва

- Начало острое. Кожная форма в 80 % случаев протекает легко или со средней тяжестью, в 20 % тяжело. Септическая форма протекает тяжело.

- **Кожная форма** (98 % случаев). Ведущий синдром – СПЕЦИФИЧЕСКОЕ НЕКРОТИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ. На фоне интоксикации (от умеренной до выраженной) в месте входных ворот на коже возникает первичный аффект: безболезненное красновато-синеватое пятно (1–3 мм), медно-красная зудящая папула, пузырёк с серозным, затем кровянистым содержимым, в дальнейшем вскрывающийся с образованием язвы (приподнятые края). По краям язвы – вторичные пузырьки («корона из жемчужин»), также вскрывающиеся с исходом в некроз. Образуется **сибиреязвенный карбункул** размерами от нескольких миллиметров до 10 см, напоминающий «уголёк в огне» (**чёрный струп, окруженный ярко-красным воспалительным валиком**). Отличительные особенности: **безболезненность** в зоне некроза, отсутствие гноя, безболезненный регионарный лимфаденит без нагноения.

Реже встречаются следующие первичные кожные элементы: обширный отёк, пузыри (буллы) с прозрачным или геморрагическим содержимым – с исходом в язву и обширный карбункул.

- **Септическая форма**. Ведущий синдром – ИНТОКСИКАЦИЯ. Температура до 39–40 °С, потрясающий озноб. Падение артериального давления, тахикардия. Бледность кожных покровов, акроцианоз. Видимые слизистые цианотичны.

При аспирационном заражении – катар ВДП (отёчность слизистых, сухой кашель, чихание, заложенность носа), гиперемия конъюнктив, слезотечение, светобоязнь.

Сознание, как правило, длительно сохранено. При развитии менингоэнцефалита: спутанность сознания, менингеальные знаки, очаговая симптоматика, кома.

Пневмония, плеврит: выраженная одышка, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура, чувство стеснения за грудиной, колющие боли в груди, кашель с отхождением пенистой кровянистой мокроты. Притупление перкуторного звука в нижних отделах лёгких, сухие и влажные хрипы. Мокрота в виде «вишнёвого желе» – геморрагический отёк лёгких.

Поражение желудочно-кишечного тракта: режущие боли в животе, тошнота, кровавая рвота, жидкий стул с примесью крови, возможен перитонит.

Бруцеллёз

Острые формы

- На фоне высокой температуры сохраняется хорошее самочувствие и повседневная активность.
- Повышенная потливость на фоне повышения температуры и при физических нагрузках.
- Лимфаденопатия: увеличение нескольких групп периферических лимфоузлов (мягкие, иногда чувствительные при пальпации). Часто генерализованная лимфаденопатия.
- Увеличение печени и селезёнки.

Хронические формы

- Длительный субфебрилитет, интоксикация: раздражительность, нарушения сна, снижение аппетита, работоспособность снижена.
- Лимфаденопатия: наряду с увеличенными мягкими лимфоузлами пальпируются склерозированные: 5–7 мм в диаметре, очень плотные, безболезненные.
- Увеличение печени и селезёнки.
- **ХРОНИЧЕСКИЙ ПОЛИАРТРИТ.** Поражаются преимущественно крупные суставы: локтевой, плечевой, коленный, тазобедренный – и окружающие ткани (периартрит, параартрит, бурситы, экзостозы). Характерны боль, ограничение подвижности, вовлечение всё новых суставов при новом обострении. Кожа над поражёнными суставами, как правило, обычного цвета. **Типичны сакроилеиты** (в положении лёжа на спине при надавливании на верхние передние ости подвздошных костей появляется боль в крестце – симптом Эриксона-Кушелевского).
- **МИАЛГИИ, МИОЗИТЫ, ЦЕЛЛЮЛИТЫ.** Боли тупые, продолжительные, есть связь с изменениями погоды. Пальпируются болезненные

уплотнения в мышцах конечностей и поясницы, подкожной клетчатке спины, поясницы, предплечий, голеней.

- Поражение периферической нервной системы: радикулиты, невриты, полиневриты.
- Реже воспалительные поражения органов половой, сердечно-сосудистой, центральной нервной систем, зрительного аппарата, пневмония.

Сап

Острый сап

- Начало острое, высокая лихорадка гектического типа (до 39,5 °С), выраженная общая интоксикация, снижение артериального давления, тахикардия, глухость тонов сердца.

- **ПОЛИОРГАННОСТЬ** поражений. Картина сепсиса, септицемии, септикопиемии.

- Первичный аффект на коже (входные ворота): инфильтрат – папула – пустула – язва с подрытыми краями и «сальным» дном, окружена венчиком узелков, в дальнейшем подвергающихся некрозу. Всегда регионарный лимфангит и лимфаденит.

- В разгаре болезни: множественные папулы, пустулы с изъязвлением на коже лица, слизистой рта и носа; резкие боли в мышцах (особенно икроножных).

- Поражение лёгких (пневмония): боли в груди, кашель с отхождением слизисто-кровянистой, кровавой или гнойной мокроты, дыхательная недостаточность (одышка, цианоз губ, акроцианоз). Аускультативная картина легких скудная, переменная. Увеличение селезёнки.

Хронический сап

- Чередование обострений и ремиссий. Лихорадка неправильного типа. Кахексия. Преимущественное поражение кожи, лёгких или носа.

- **Кожная форма**: пустулы, язвы с багровым дном, склонные к слиянию, с грубым рубцеванием. Всегда регионарные лимфангиты, лимфадениты. Язвы на лице глубокие, с гиперемизированными краями, подрытым дном, обильным гнойно-кровянистым отделяемым. Множественные «холодные» абсцессы в мышцах, вскрывающиеся с отхождением густого гноя, долго не заживающие свищи.

- **Лёгочная форма**: лихорадка, сливная «ползучая» пневмония, плевропневмония, абсцесс лёгких. Может сочетаться с абсцессами в мышцах, свищами на коже.

- **Носовая форма**: множественные пустулы, язвы, жёлто-зелёные корочки на слизистой оболочке носа, зева, гортани, трахеи. Отделяемое из носа слизисто-сукровичное, кровянистое или слизисто-гнойное.

Мелиоидоз

- 98 % заболевших – мужчины.
- СЕПСИС или ПНЕВМОНИЯ.
- **Септическая форма** может иметь молниеносное (сепсис), острое (септицемия), подострое (септикопиемия) или хроническое течение.

Иногда на коже первичный аффект – инфильтрат с регионарным лимфаденитом.

В типичных случаях характерны тяжёлая интоксикация, температура до 40–41 °С, боли во всём теле, рвота и частый зловонный жидкий стул, приводящие к обезвоживанию.

Полиорганный недостаточность: падение артериального давления, тахикардия, глухость тонов сердца, выраженная одышка, кашель с кровянисто-слизистой или гнойной мокротой, увеличение печени и селезёнки, иногда желтуха, нарушения сознания (угнетение или психомоторное возбуждение, бред).

СЫПЬ пустулёзная, обильная, иногда с геморрагическим содержанием, ладони и подошвы свободны от сыпи.

Лимфадениты, чаще шейной и подмышечной локализации.

Симптоматика также обусловлена образованием гнойных очагов во многих органах: абсцессами лёгких, печени, селезёнки, почек, в костях, суставах и др. Абсцессы подкожной клетчатки, кожи и костей вскрываются с образованием множественных свищей и отхождением густого гноя.

Буллёзные или пустулёзные дерматозы при обострении хронической формы.

- **Лёгочная форма.** Начало чаще постепенное, иногда острое. Высокая лихорадка неправильного типа, ознобы, обильная потливость, выраженная интоксикация. Картина тяжёлой пневмонии, абсцесса лёгкого (чаще в верхних долях), гнойного плеврита; мокрота густая, зеленовато-жёлтая, иногда с примесью крови. Характерны боли в груди, влажные хрипы, укорочение вдоха.

Эпидемический сыпной тиф

- СЫПЬ, РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ.
- Начало острое или подострое. Высокая лихорадка постоянного типа (до 38,5–40 °С), выраженная интоксикация: головная боль интенсивная, «по всей голове», головокружение, распространённые миалгии («ломота во всём теле»), бессонница. Снижение артериального давления, тахикардия, учащение дыхания.
- Язык сухой, обложен сероватым налетом.
- **Патогномоничный симптом: энантема Розенберга.** Петехии на мягком нёбе и у основания язычка.

- Сознание суженное или затемнённое. Повышенная нервная возбудимость, гиперестезия (слуховая, зрительная, обонятельная), острый бред с галлюцинациями, иногда психомоторное возбуждение, агрессивные действия. При тяжёлом поражении нервной системы: тремор языка, **больной не может высунуть язык за пределы зубов (симптом Говорова-Годелье)**, скандированная речь, затруднение глотания, маскообразное лицо, ригидность затылочных мышц и симптом Кернига.

- Гиперемия и одутловатость лица. Красные, блестящие, «кроличьи» глаза (выраженная инъекция сосудов склер).

- **Петехии на конъюнктиве (симптом Киари-Авцына)**. Нет конъюнктивита.

- **СЫПЬ** (4–6-й день болезни) розеолезная или розеолезно-петехиальная, полиморфная, обильная, преимущественно по бокам грудной клетки, на спине, сгибательной поверхности верхних конечностей. Лицо, как правило, свободно от сыпи. Розеола (2–6 мм) при надавливании на время исчезают. Кожные покровы сухие, горячие. **Патогномоничный симптом: вторичные петехии в центре розеол.**

- Положительные симптомы «жгута», «щипка».
- Кожа ладоней желтоватого цвета (симптом Филиповича).
- Катара ВДП нет.
- Увеличение селезёнки (с 3–5 дня) и печени (с 4–6 дня).

СИНДРОМ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

На этапе формирования предварительного диагноза (по месту выявления больного, в т.ч. по месту вызова бригады СМП) при наличии синдрома геморрагической лихорадки определение конкретной нозологической формы по клиническим признакам часто затруднено. Учитывают сигнальные признаки в эпидемиологическом анамнезе.

Сигнальные клинические признаки, общие для группы геморрагических лихорадок.

- Выраженная интоксикация, высокая температура тела.
- Геморрагический синдром: геморрагические высыпания на коже и слизистых (петехии, пурпура, экхимозы: в отличие от сыпи сосудистого характера при надавливании не бледнеет); наружные кровотечения: носовые, желудочные, маточные, кровоизлияния в склеры и др.; признаки внутреннего кровотечения: бледность кожных покровов, резкая артериальная гипотензия, тахикардия, угнетение сознания.

Жёлтая лихорадка

- **ИНТОКСИКАЦИЯ, ЖЕЛТУХА, ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.**

- Яркая гиперемия сосудов склер и конъюнктивы: **«кроличьи глаза»**.

- Сильные боли в поясничной области.
- Печень увеличена, болезненна. Увеличение селезёнки нехарактерно.

- Геморрагический синдром выраженный: распространенная геморрагическая сыпь (петехии, пурпура, экхимозы), значительная кровоточивость дёсен, многократная рвота с кровью, кровавый стул, носовые и маточные кровотечения.

Лихорадка денге

Классическая денге («костоломная лихорадка»)

- **ИНТОКСИКАЦИЯ**. Особенность: **брадикардия на фоне высокой двухволновой лихорадки**.

- **«Костоломная лихорадка»**: выраженные боли в суставах, мышцах и мышечная ригидность, **характерная походка «денди» («франта», «жирафа»): на прямых ногах, не сгибая их в коленях**.

- Сыпь: обильная, зудящая, полиморфная (чаще папулёзная, реже петехиальная, скарлатиноподобная, уртикарная), сначала на туловище, потом распространяется на конечности, сгущаясь на их разгибательных поверхностях.

- Часто увеличение лимфоузлов.

Геморрагическая лихорадка денге («тяжёлая денге»)

- **ИНТОКСИКАЦИЯ, ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**.

- Положительная «проба жгута»: при наложении манжеты или жгута на локтевом сгибе появляются кровоизлияния.

- Спонтанные кровотечения: внутрикожные (петехии, пурпура, экхимозы), носовые, из дёсен, желудочно-кишечные (кровавая рвота, мелена). Возможно развитие геморрагического шока.

- Увеличение печени.

К группе **КВГЛ** относят ОИБ, при которых наблюдается передача инфекции от человека к человеку, что определяет особую общественную опасность этих нозологических форм, в т.ч. высокий риск для медработников.

Болезни, вызванные вирусами Марбург и Эбола

- **ИНТОКСИКАЦИЯ, ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, СЫПЬ** (экзантема, энантема), **АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ**.

- Везикулёзно-эрозивное поражение слизистой ротовой полости, слизистая глотки гиперемирована, кончик и края языка ярко-красные.

- Диарея, рвота, обезвоживание, схваткообразные боли в животе.
- Сыпь кореподобная, реже макуло-папулёзная или везикулёзная. Сначала появляется на туловище, потом распространяется на шею, лицо, верхние конечности.
- Тяжёлое поражение центральной нервной системы: расстройства сознания, менингеальный синдром.
- Колющие боли в груди, за грудиной, сухой кашель.
- Особенности геморрагического синдрома: кровоизлияния в кожу, конъюнктиву, слизистую ротовой полости. Характерны тяжёлые кровотечения: носовые, маточные, желудочно-кишечные.
- Частое развитие инфекционно-токсического и геморрагического шока.

Лихорадка Ласса

- **Начало подострое:** постепенное (в течение нескольких дней) нарастание температуры тела и симптомов интоксикации.
- **ПОЛИСИНДРОМНОСТЬ.** Заболевание может протекать с явлениями интоксикационного, респираторного, абдоминального (острый гастроэнтерит) синдромов. Многообразие симптомов и вариантов их сочетаний.
- Язвенно-некротический фарингит: чаще только со второй недели болезни.
- Системное головокружение: поражение лабиринта внутреннего уха и преддверно-улиткового нерва.
- Особенности геморрагического синдрома: характерны кровоизлияния в склеры и конъюнктивы, кровоподтёки (экхимозы) в местах внутримышечных инъекций. Нехарактерны тяжёлые полостные кровотечения, пассивная кровоточивость слизистых, дёсен и спонтанные носовые кровотечения.

Крымская геморрагическая лихорадка

- **ИНТОКСИКАЦИЯ, ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.**
- Петехиальная сыпь на боковых участках туловища, в области крупных складок и конечностей. Возможно появление пурпуры, экхимозов.
- Геморрагический синдром выраженный: характерны кровотечения из дёсен, носа, желудка, матки, кишечника, лёгких.

Геморрагическая лихорадка Мачупо (боливийская геморрагическая лихорадка)

- **Начало постепенное:** в течение нескольких дней нарастание температуры тела до 39–40 °С и общих симптомов интоксикации. Лихорадка постоянного типа. Боли в пояснице и конечностях.

- Снижение артериального давления, снижение пульсового давления.
- Выраженный мелкокоразмашистый тремор языка и верхних конечностей. Иногда атаксия, судороги, бред.
- Гиперемия конъюнктив и слизистой ротовой полости.
- Геморрагический синдром (у 30 % больных): петехиальная сыпь на коже верхней части тела и на слизистой ротовой полости. Возможны кровотечения: носовые, желудочно-кишечные, маточные, кровоточивость дёсен.

Геморрагическая лихорадка Хуни (аргентинская геморрагическая лихорадка)

• **Начало постепенное:** в течение нескольких дней нарастание температуры тела до 39–40 °С и симптомов интоксикации: часто тошнота, рвота, диарея (возможно обезвоживание), боли в области рёберно-позвоночных сочленений, глазных яблок, пояснице, миалгии усиливаются в ночное время. Лихорадка чаще ремиттирующая.

- Повышение артериального давления, относительная брадикардия.
- Полилимфаденопатия.
- Лицо одутловатое, яркая гиперемия лица и шеи.
- Гиперемия конъюнктив, иногда субиктеричность склер.
- Возможен катар ВДП.
- Петехии и эрозии на слизистой ротовой полости.
- Аускультативно часто картина трахеобронхита или бронхопневмонии.
- Возможны психосенсорные и психомоторные расстройства.
- Увеличение печени и селезёнки.
- Геморрагический синдром: петехиальная сыпь на коже лица, шеи, верхней части груди; характерны редкие петехии на коже подмышечных впадин. Возможны кровотечения: носовые, желудочно-кишечные, маточные, гематурия, кровоточивость дёсен, кровохарканье.

Необходимый объём объективного осмотра больного при подозрении на опасную инфекционную болезнь

1. Оценка тяжести состояния (лёгкое, средней тяжести, тяжёлое).
2. Уровень сознания (ясное, спутанное, оглушение, кома).
3. Эмоциональное состояние (адекватное, подавленное, возбуждённое, патологический аффект).
4. Наличие острой продуктивной психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации).
5. Положение (активное, пассивное, вынужденное).
6. Кожные покровы (цвет, влажность, тургор, сыпь, в т.ч. геморрагические элементы). При подозрении на геморрагический синдром – «проба жгута (манжеты)».
7. Зев: нёбные дужки, миндалины.
8. Пальпация лимфоузлов: шейных, подмышечных, паховых (бубоны, лимфадениты?).
9. Видимые слизистые оболочки (цвет, влажность, энантема).
10. Температура тела.
11. Артериальное давление.
12. Аускультация сердца: ЧСС, тоны сердца (ясные, приглушённые).
13. Пульсоксиметрия.
14. Аускультация лёгких: частота дыхательных движений, тип дыхания, хрипы. Кашель, характер мокроты.
15. Пальпация живота: болезненность, переливание жидкости, симптомы раздражения брюшины (Щёткина-Блюмберга). Увеличение печени, селезёнки. Характер стула.
16. Симптом поколачивания. Олигурия, анурия.
17. Менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига.
18. Оценка походки. Миалгии. Боли в суставах. Наличие парезов, параличей.

**АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ
НА ОПАСНУЮ ИНФЕКЦИОННУЮ БОЛЕЗНЬ**

Учебно-методическое пособие

Редактор, корректор *Булкина С.В.*

Верстка *Арсентьев Л.И.*

Сдано в набор 19.11.2024. Подписано в печать ##.11.2024.

Бумага офсетная. Формат 60x84¹/₁₆.

Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. л. 2,33.

Тираж 300 экз. Заказ № 042-24.

РИО ИНЦХТ

(Иркутск, ул. Борцов Революции, 1. Тел 29–03–37.

E-mail: arleon58@gmail.com)

ISBN 978-5-98277-406-4



**АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ БРИГАД СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ
БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОПАСНУЮ
ИНФЕКЦИОННУЮ БОЛЕЗНЬ**
Учебно-методическое пособие