

Организация оказания неотложной помощи инфекционным больным

- Известно, что инфекционные заболевания могут вызвать осложнения, которые могут быть специфическими и неспецифическими. Некоторые из этих осложнений являются опасными для жизни (так как вызывают нарушение жизненно-важных функций организма) и требуют неотложной помощи и интенсивной терапии.

- Неотложные состояния при острых инфекционных заболеваниях связаны с развитием или угрозой развития инфекционно-токсического шока, гиповолемического шока, острой дыхательной недостаточности, полиорганной недостаточности и обострением течения сопутствующих заболеваний.

- Неотложные состояния, которые возникают при инфекционных заболеваниях, часто определяют исход болезни. Поэтому крайне важно их своевременное распознавание и прогнозирование.

- На догоспитальном этапе в оказании экстренной медицинской помощи чаще нуждаются больные с менигококковой инфекцией, острой кишечной инфекцией, тяжелыми и осложненными формами гриппа, дифтерией, малярией, ботулизмом, столбняком.

- При острых инфекционных заболеваниях нозологическую и синдромальную диагностику следует проводить одновременно.
- Нозологический диагноз ставится на основе характерного симптомокомплекса и эпиданамнеза. Синдромальный диагноз отражает в динамике функции жизнеобеспечения, в первую очередь, сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности с учетом гипертермии, состояния сознания и судорожного синдрома.

- Распознаванию и коррекции подлежат, в первую очередь, неспецифические жизнеугрожающие осложнения острых инфекционных заболеваний еще до уточнения их нозологии по данным эпиданамнеза и характерных симптомокомплексов

На догоспитальном этапе необходимо выделить 3 группы тяжело больных с инфекционными заболеваниями:

- больные, успех лечения которых определяется реанимационными мероприятиями догоспитального этапа (инфекционно-токсический шок при менингококковой инфекции, гиповолемический шок при холере и пищевых токсикоинфекциях);
- больные с критическими состояниями, нуждающиеся в немедленной госпитализации в отделение реанимации инфекционного стационара; неотложную помощь на месте при этом нужно проводить в случае задержки госпитализации или при чрезмерно выраженных нарушениях функций (при ботулизме, осложненных формах гриппа);
- больные с угрозой развития критических состояний, которые нуждаются в срочной госпитализации.

- Первые две группы больных нуждаются в немедленной госпитализации в реанимационное отделение инфекционного стационара. Третья группа с пометкой об угрозе развития неотложного состояния может доставляться в приемное отделение. Одновременно решается вопрос об объеме лечебных мероприятий, которые необходимо проводить на догоспитальном этапе по жизненным показаниям
- Следует иметь в виду вероятность наличия при одной и той же нозологической форме различных неотложных состояний.

- Необходимость срочной, немедленной комплексной терапии при установлении болезни и синдрома, требующего реанимационного пособия, аргументируется возможностями развития гипертоксических и молниеносных форм инфекций, при которых догоспитальная тактика ведения больного определяет возможность выздоровления.

Главная отличительная особенность инфекционного больного заключается в том, что он выделяет во внешнюю среду возбудителей, т. е. является источником заразного начала. Различные инфекционные больные выделяют в окружающую среду возбудителя по-разному, в зависимости от того, где находится очаг инфекции в организме.

Отсюда важно знать, как заражаются здоровые люди, пути и способы заражения, что делать, чтобы не допустить распространение инфекции.

- Вторая особенность состоит в том, что инфекционное заболевание всегда сопровождается общими реакциями организма: повышением температуры тела, лихорадкой, токсическим поражением нервной системы.

Третья особенность - острые инфекционные болезни очень динамичны.

Симптомы заболевания могут быстро сменять друг друга:

- сыпь на коже может быстро появляться и быстро исчезать;
 - быстро могут нарастать признаки обезвоживания.
- В связи с этим нередко возникают как сложности в диагностике, так и необходимость оказания неотложной помощи инфекционному больному на догоспитальном этапе.

- Четвертая особенность состоит в том, что субъективные признаки выздоровления (отсутствие жалоб) часто опережают полное восстановление всех нарушенных болезнью функций. Нередко в периоде выздоровления сохраняются существенные изменения отдельных органов и систем.

- Согласно приказу № 841 МЗ РФ от 11.06.1986 года, создание специализированного реанимационного отделения целесообразно только в крупных инфекционных стационарах (с числом коек более 400). В менее крупных инфекционных отделениях выделяются палаты интенсивной терапии.

- Размещение инфекционных больных в палатах интенсивной терапии осуществляется по эпидемическому принципу.

Существуют определенные требования оборудованию палат в отделении реанимации и интенсивной терапии:

- обеспечение палат функциональными кроватями;
- централизованное оснащение палат кислородом;
- наличие электрокардиографа, электроотсоса, аппаратов искусственного дыхания, переносного ингалятора, ларингоскопа
- необходимы наборы для катетеризации вен, одноразовые капельные системы, наборы для трахеостомии и интубации и прочий инструментарий для оказания реанимационных мероприятий и проведения интенсивной терапии;
- необходим определенный набор лекарственных средств для проведения этиологической и патогенетической терапии самих инфекционных заболеваний и их осложнений;
- также необходимы переносные кварцевые установки, бактерицидные лампы, запас дезинфицирующих средств

- *Интенсивная терапия* инфекционных больных – комплекс мероприятий, применяемых при критических состояниях, направленных на подавление жизнедеятельности возбудителя болезни, детоксикацию, восстановление и/или поддержание жизненно важных органов и систем в оптимальном для них режиме функционирования.

Этиотропная терапия при неотложных состояниях:

- Проводится с учетом нозологии заболевания, чувствительности микроорганизмов к антибиотикам;
- Возможно усиление интоксикации при антибактериальной терапии вследствие массивного бактериолиза
- При неуточненной нозологической форме, при подозрении на сепсис проводится эмпирическая терапия
- В качестве монотерапии используются следующие препараты: меропенем, цефтриаксон, максипин. В качестве комбинированной терапии назначаются следующие комбинации препаратов: цефтриаксон с гентамицином.
- Смена антимикробных препаратов целесообразна при отсутствии терапевтического эффекта в течение 48-72 часов
- Препараты должны назначаться внутривенно в максимальных терапевтических концентрациях. Первые введения должны проводиться на фоне достаточной инфузионной и гормональной терапии.

При антибактериальной терапии важно учитывать их элиминацию и метаболизм, особенно в случае развития полиорганной недостаточности.

- При острой почечной недостаточности возможно усиление токсического эффекта тех антибиотиков, которые выводятся почками (аминогликозиды, цефалоспорины).
- В случаях заболеваний с синдромом энтерита, прием противомикробных средств внутрь следует проводить с более частым интервалом, учитывая их ускоренный пассаж.
- Антибиотики, выводящиеся желчью или метаболизирующиеся печенью (тетрациклины, линкомицин) должны осторожно применяться у больных с гепатитом, особенно в случае острой почечной недостаточности.