

СИНДРОМАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АКТУАЛЬНЫХ ДЛЯ ВОЙСК ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ВОИНСКИХ ЧАСТЕЙ И ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

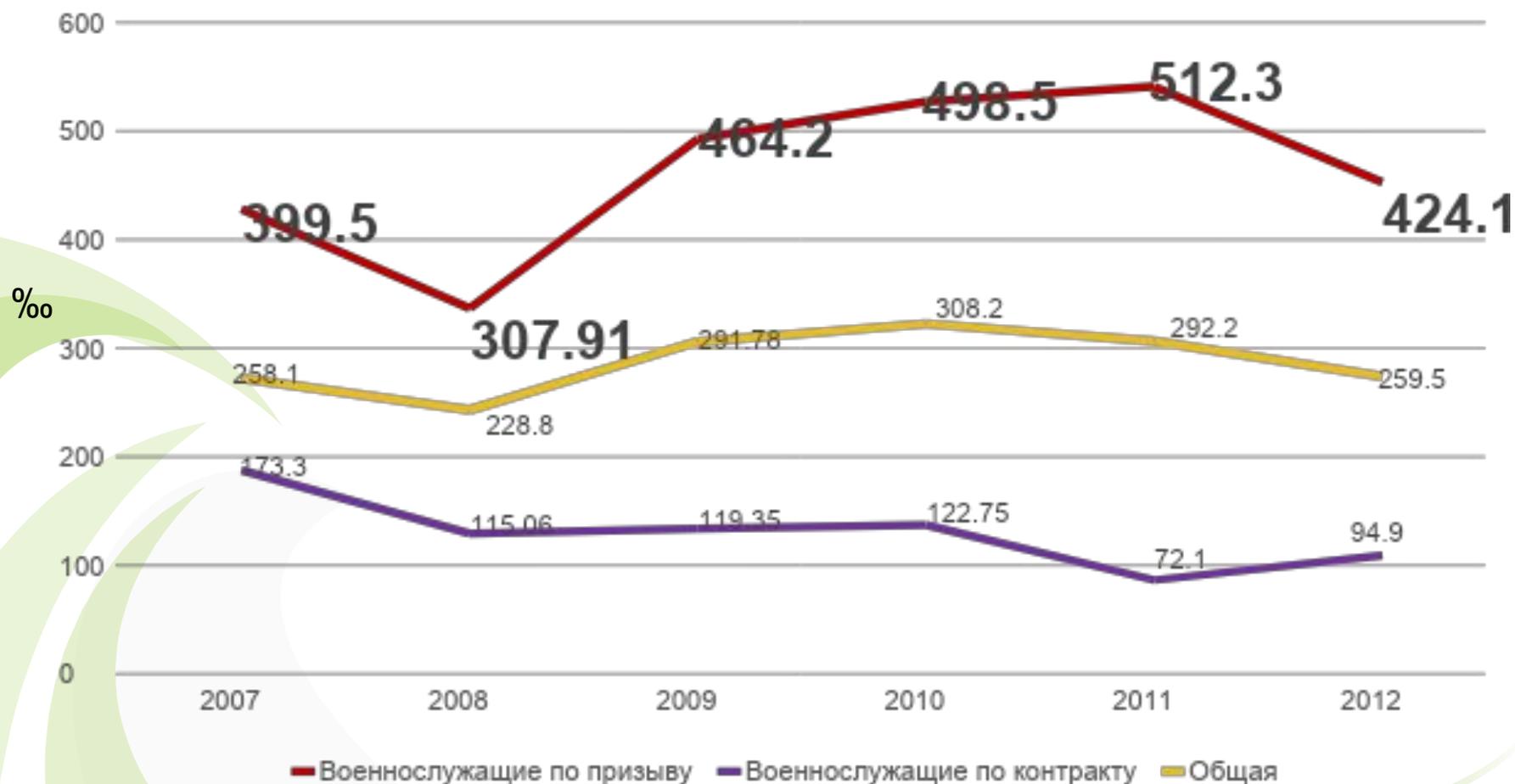
Начальник кафедры инфекционных болезней ВМедА –
Главный инфекционист МО РФ
профессор, доктор медицинских наук
полковник медицинской службы
ЖДАНОВ К.В.

Доцент кафедры инфекционных болезней ВМедА
кандидат медицинских наук
подполковник медицинской службы

ЛЬВОВ Н.И.

**Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова
Кафедра инфекционных болезней
(с курсом медицинской паразитологии и тропических
заболеваний)**

Уровень инфекционной заболеваемости среди военнослужащих, ‰



Летальные исходы

Наименование болезни	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Грипп	1					3		1	
Шигеллез, ОКИ, ПТИ	1								
Вирусный гепатит "В"		1							
Хронический вирусный гепатит В				2					
ГЛПС							3	1	
Менингококковая инфекция	1	2	1	1	1	2	6	7	4
Малярия				1			1		
Вирусный менингоэнцефалит неуточненный			1						
Клещевой энцефалит			1						
Ветряная оспа					1				
Геморрагический гастроэнтероколит			1						
СПИД		2		1		3		2	3
Сепсис	1	2	1						
Эхинококкоз				1					
Прочие									
ИТОГО:	4	7	5	6	2	8	10	11	7

Диагностика инфекционных заболеваний

- Учет эпидемиологического анамнеза
- Учет характера начала заболевания
- Учет особенностей клинической картины

Особенности клинической картины ИЗ

- Синдром общей инфекционной интоксикации;
- Лихорадка (выраженность, длительность, тип)
- Синдромы органных поражений;

Синдромы органных поражений

- Поражения кожи (экзантема), слизистых (энантема)
 - Поражения ОДА (миозит, фиброзит, артрит)
 - Поражения лимфоидной ткани
 - Поражения ССС
 - Поражения ДС
 - Поражения ЖКТ
 - Поражения НС
 - Поражения МВС
- и т.д.

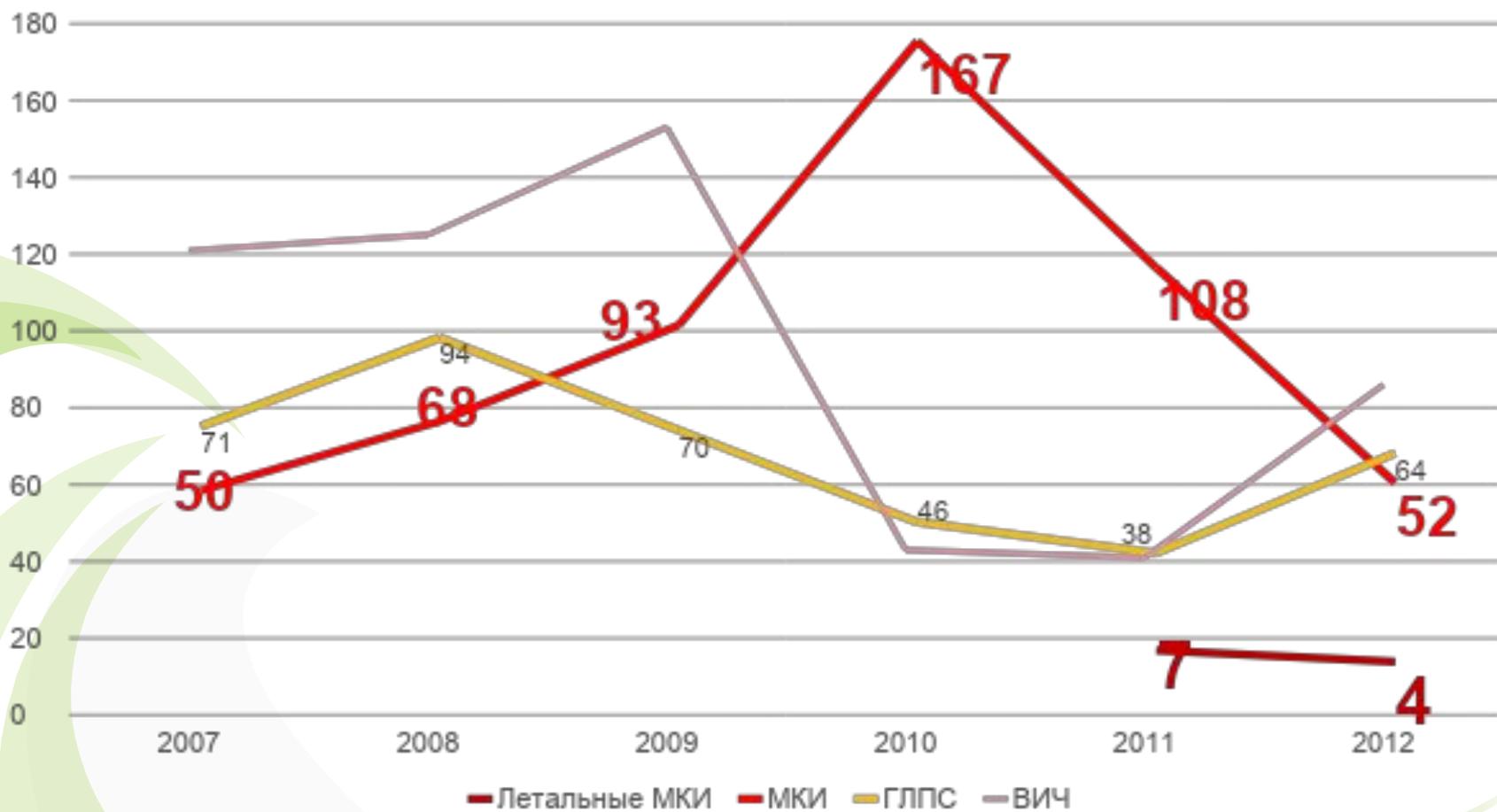
Nota Bene!

Сочетания

- Эпидемических предпосылок
- Характерного начала заболевания
- Особенности СОИИ
- Особенности Лихорадки
- Патогенетически связанных синдромов
органных поражений

являются **уникальными** для каждого инфекционного заболевания, что создает возможность **ранней клинической диагностики**, своевременной изоляции и оказания неотложной (в т.ч. специфической) помощи больным

Менингококковая инфекция, ГЛПС и ВИЧ



Диагностические критерии менингококковой инфекции

- Контакт с больным (бактерионосителем) за 2-10 дней до заболевания;
- Острое начало;
- Выраженный СОИИ;
- Острая фебрильная лихорадка постоянного типа;
- Синдром менингита с 1 дня болезни;
- **Геморрагическая экзантема** (с 1 дня болезни, первичная локализация – голеностоп, голень)
- Гнойный назофарингит (за 2-3 дня до ГФМИ)



НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ (1)

Всем больным без нарушения сознания при отсутствии гемorragической сыпи и признаков инфекционно-токсического шока (систолическое АД > 100 мм рт. ст.) вводить внутримышечно (при нарушении сознания в систему для внутривенных инфузий):

- Бензилпенициллин 3 млн ЕД (Цефтриаксон 2 г)
- Преднизолон 90–120 мг;

При гипертермии ($>39^{\circ}\text{C}$) после введения преднизолона внутримышечно могут вводиться антипиретики (2 мл 50% раствора анальгина и 1 мл 1% раствора димедрола).

При развитии судорожного синдрома - 20 мг реланиума (внутривенно медленно, под контролем дыхательной функции).

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ (2)

При геморрагической сыпи независимо от состояния сознания и наличия признаков ИТШ терапию начинают с введения:

- **Левомецетина сукцината в дозе 2 г внутривенно**
- **+ Преднизолон 90-120 мг.**

При развитии ИТШ (снижение систолического АД < 100 мм рт. ст.) вводят:

- 90-120 мг преднизолона, возможны повторные инъекции.
- инфузии кристаллоидов (0,9% раствор NaCl) и коллоидов (реополиглюкин) до 1-1,5л и более в соотношении 2:1.

При критическом падении АД (систолическое < 80 мм рт. ст.) вводить :

- мезатон 1% раствор 1 мл на 400 мл 0,9% раствора NaCl внутривенно (0,5 -1 мл внутримышечно) или дофамин внутривенно 40 мл 0,5% раствора на 400 мл 0,9% раствора NaCl 2-11 капель в минуту под контролем АД.

Купирование выраженной гипертермии медикаментозное (анальгин,

Особенности течения ГФМИ с летальным исходом

Начальный период с признаками ОРЗ, как правило, средней степени тяжести

Самолечение

Обращение за медицинской помощью чаще на 2 сутки

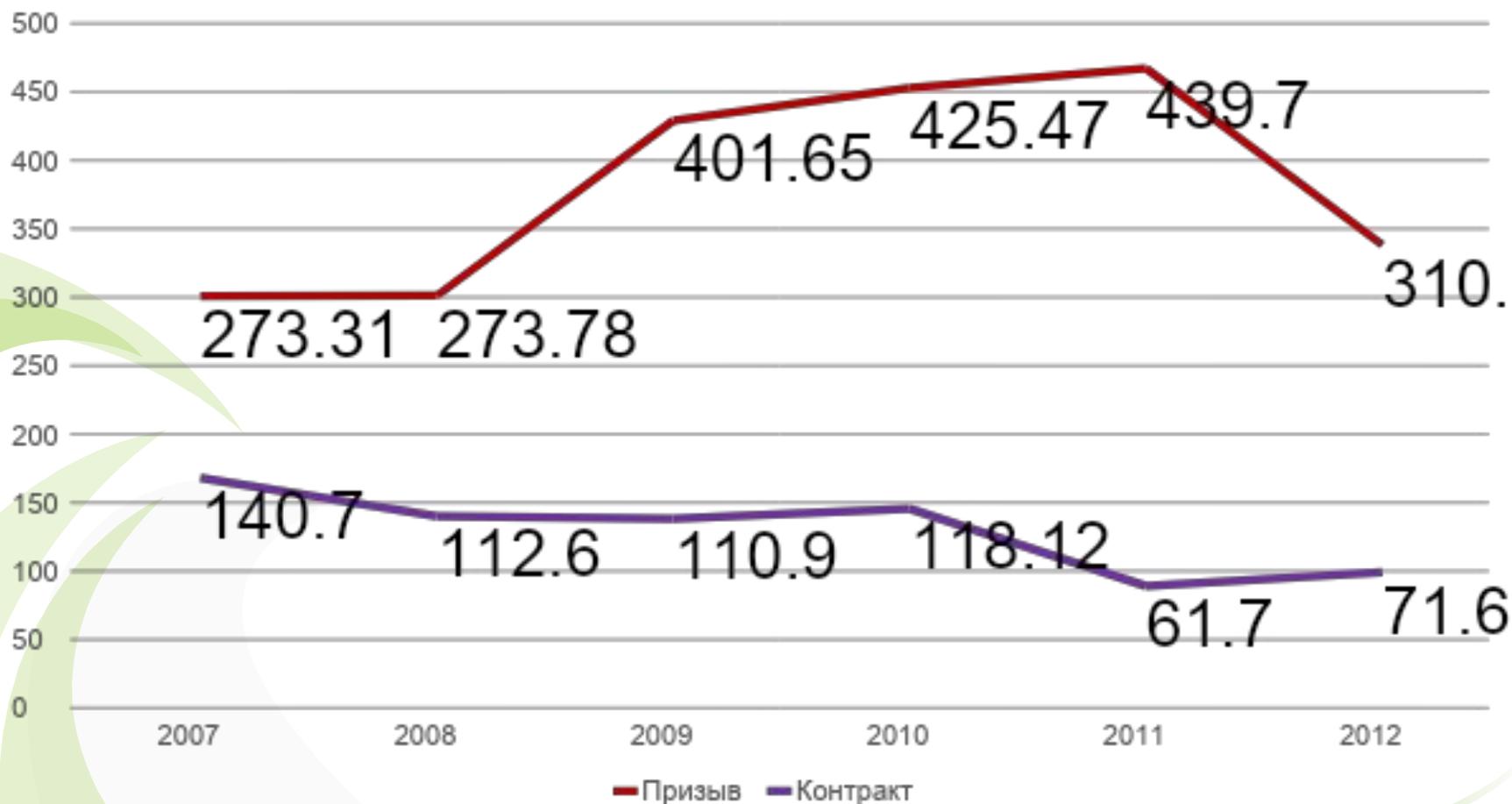
Ошибочный первичный диагноз (ОРЗ, ОРЗ с аллергической сыпью)

Неоказания неотложной медицинской помощи в связи с ошибочным диагнозом

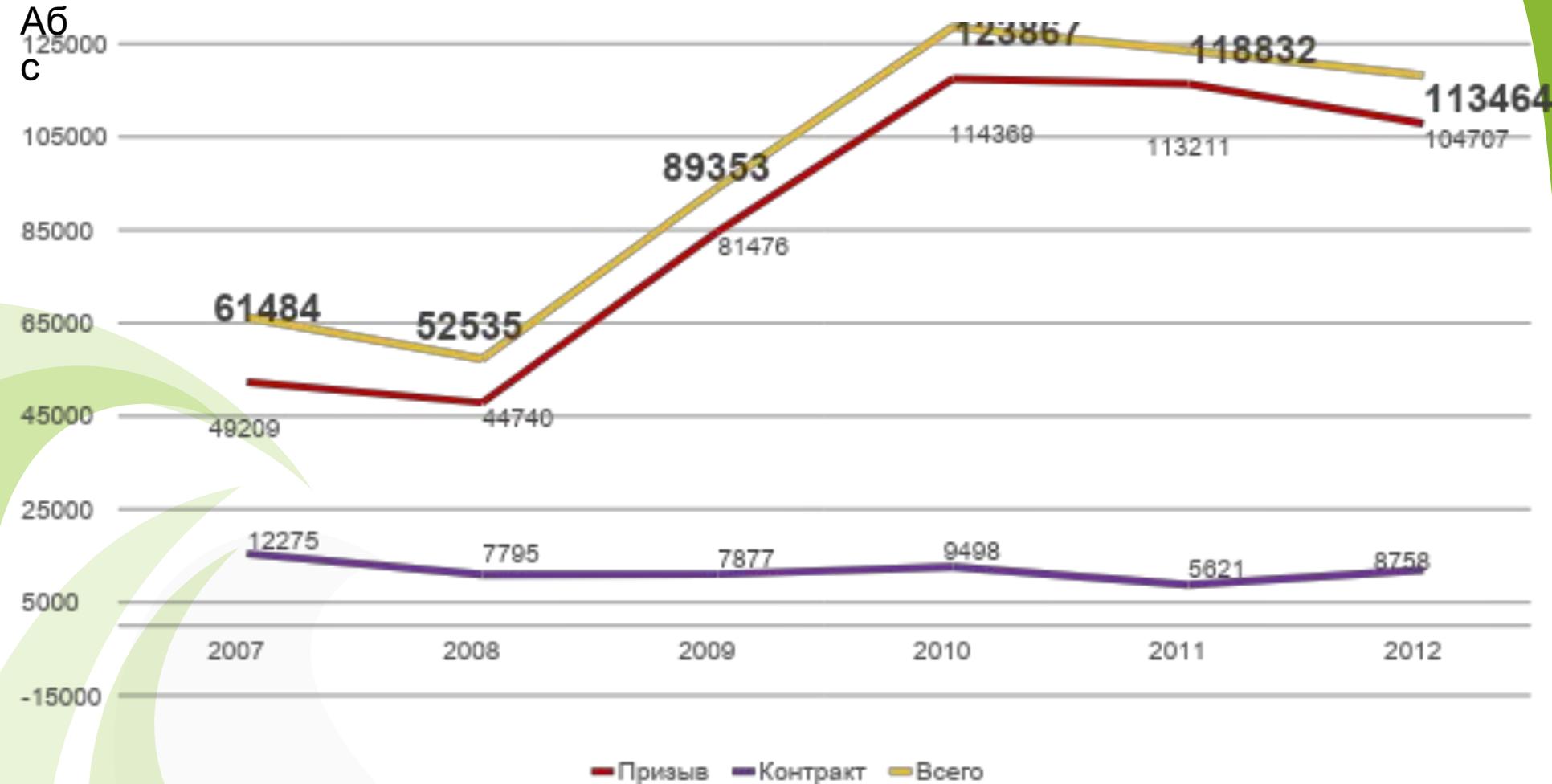
Появление признаков ГФМИ на 3 и позже сутки, в нескольких случаях на 6 – 11 сутки

Нарушения правил транспортировки больных с МИ в стационар

Заболеваемость острыми респираторными инфекциями

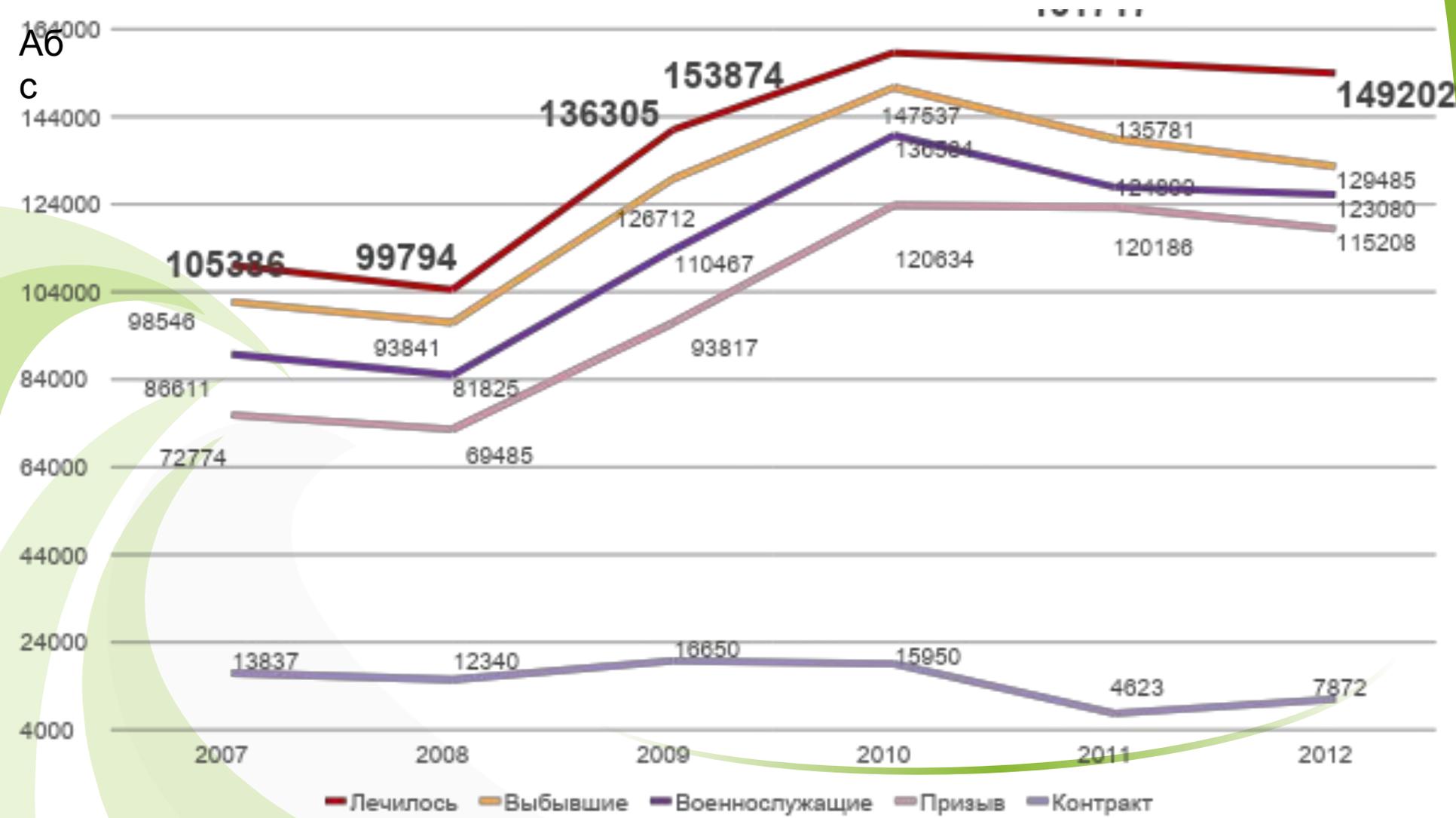


Число больных ОРЗ, гриппом и тонзиллитами, лечившихся в войсковом звене



В 2010 г. увеличение количества больных (в 1,4 раза по сравнению с 2009 г.), лечившихся в войсковом звене, обусловлено повышением общей заболеваемости и перераспределением этих больных между госпиталями (сокращение коечного фонда инфекционных отделений) и войсковым звеном (развертывание дополнительных изоляторов).

Число больных ОРЗ, гриппом и тонзиллитами, лечившихся в инфекционных отделениях госпиталей



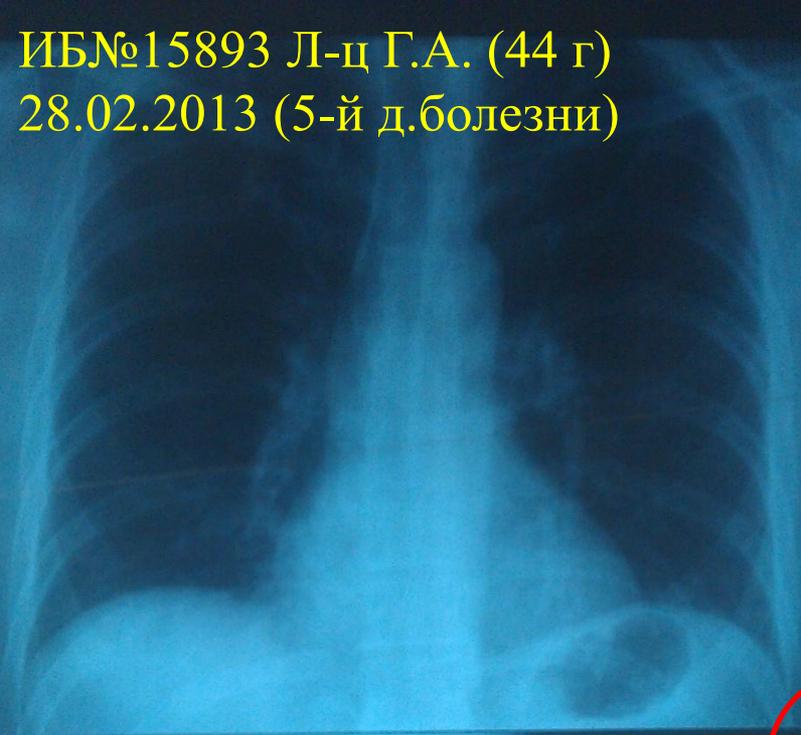
Диагностические критерии гриппа

1. Эпидемический сезон (зима-весна);
2. Информация о подъеме заболеваемости по гриппу (ЦГСЭН);
3. Отсутствие вакцинации от гриппа;
4. Контакт с больным гриппом за 1-2 дня до болезни;
5. Острое начало;
6. Выраженный СОИИ;
7. Лихорадка острая фебрильная постоянного типа
8. Респираторные синдромы (преобладает **трахеит**)
9. Геморрагический синдром (носовые кровотечения, геморрагический трахеит, геморрагическая пневмония)

Дифференциальная диагностика пневмоний

Критерий	Пневмония	
	Специфическая гриппозная	Вторичная бактериальная
патогенез	Поражение вирусом эндотелия сосудов	Развитие иммунодефицита
Сроки развития	Острый период	Период реконвалесценции ОРЗ
лихорадка	1-волновая	2-волновая
воспаление	Распространенное интерстициальное	Очаговое экссудативное
ОАК	лейкопения	лейкоцитоз
прогноз	неблагоприятный	благоприятный

ИБ№15893 Л-ц Г.А. (44 г)
28.02.2013 (5-й д.болезни)



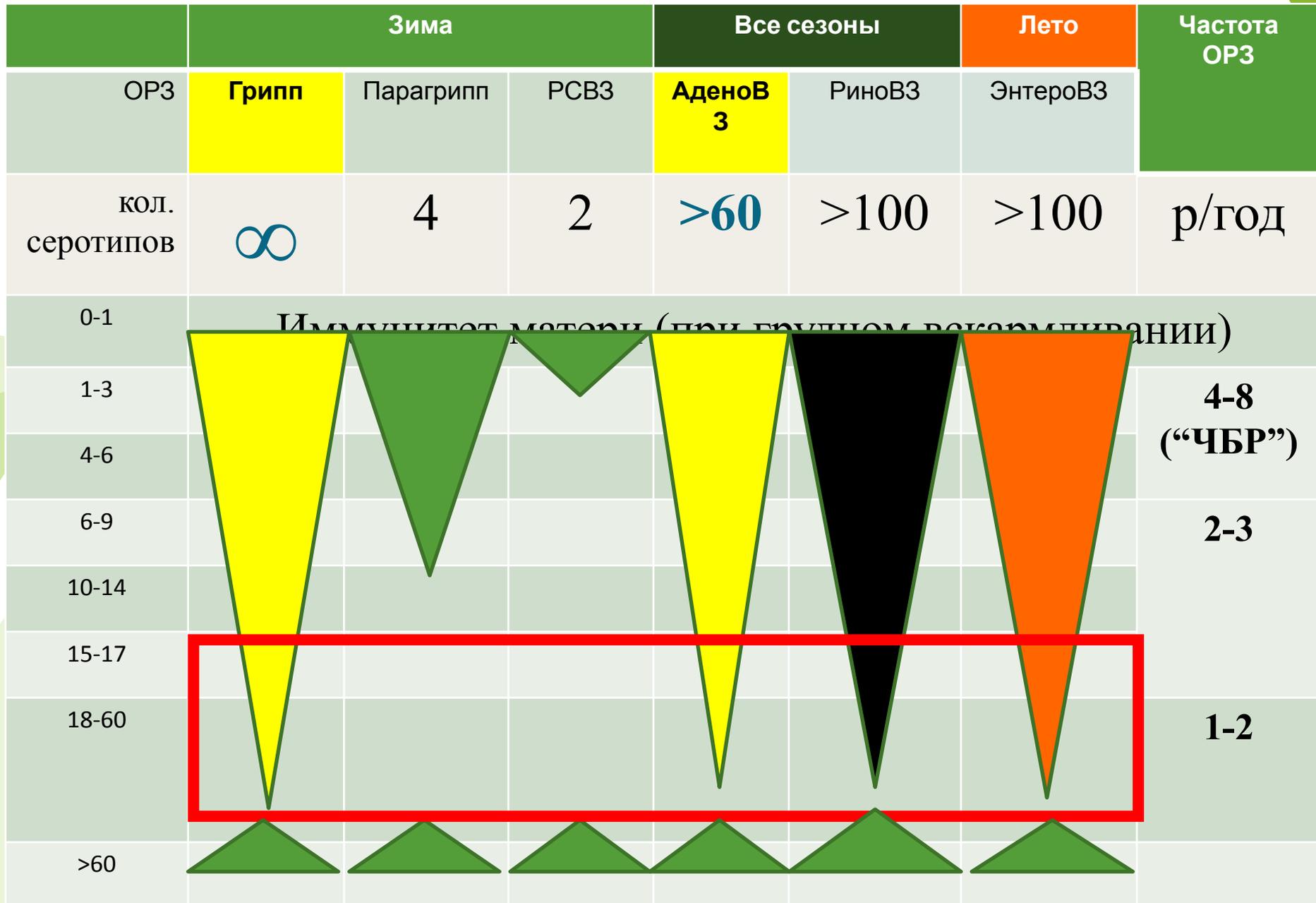
Львов Н.И.,

Этиологическая структура ОРЗ в эпидсезон 2012-2013 гг

(по данным клиники инфекционных болезней ВМедА)

ОРЗ		абс	%	
грипп	A(H1N1)pdm09	20	5,7	21,5
	A(H3N2)	24	6,9	
	B	31	8,9	
Парагрипп		5	1,4	
АДВЗ		178	51,0	
РСВЗ		11	3,2	
Бокавирус		3	0,9	
Метапневмовирус		1	0,3	
Риновирус		1	0,3	
Недифференцированные		75	21,5	
Всего		349	100%	

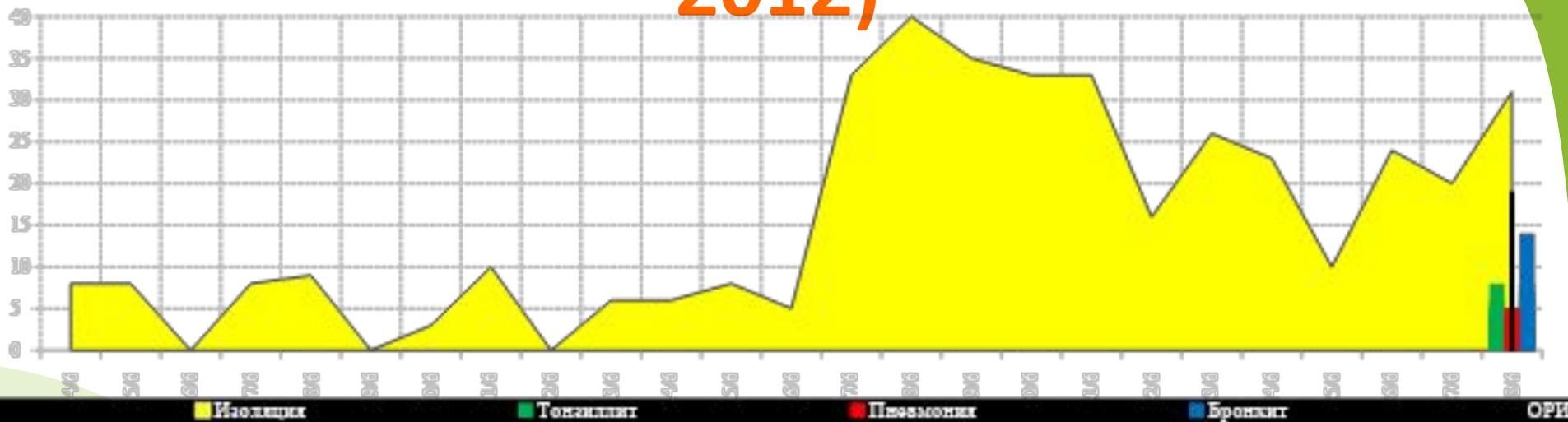
Сезон, возраст пациента и вероятное ОРВЗ



Диагностические критерии аденовирусных заболеваний

- Эпидемический сезон - **формирование коллективов**;
- Вспышка ОРЗ (тонзиллиты, бронхиты, пневмонии) в коллективе;
- Контакт с больным ОРЗ за 4-14 дней до болезни, **переохлаждение** (АДВ персистируют)
- **Подострое, постепенное** начало (с фарингита)
- СОИИ в начальном периоде не выражен, в разгаре - выражен
- Лихорадка субфебрильная (в НП) и фебрильная (в ПР) **волнообразная**
- Респираторные синдромы (преобладает **фарингит**)
- Нереспираторные синдромы (г.о. **ТОНЗИЛЛИТ**, конъюнктивит, лимфаденопатия и д.р.)
- Склонность к персистенции и **рецидивирующему течению**.

Вспышка ОРЗ в ВГГ. Самара (лето 2012)



По всем

Заболевания, кол-во чел.

ЛПУ

ОРИ

ТОНЗИЛЛИТ

ПНЕВМОНИЯ

БРОНХИТ

ВСЕГО

	ОРИ			ТОНЗИЛЛИТ			ПНЕВМОНИЯ			БРОНХИТ			ВСЕГО		
	ПОСТ	СОС	НИ	ПОС	СОС	НИ	ПОСТ	СОС	НИ	ПОСТ	СОС	НИ	ПОСТ	СОС	НИ
	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т

ИТОГО	9	67	162	3	20	76	1	63	64	2	28	67	15	178	369
-------	---	----	-----	---	----	----	---	----	----	---	----	----	----	-----	-----

%	43,9			20,5			17,3			18,2			100%		
---	------	--	--	------	--	--	------	--	--	------	--	--	------	--	--

Частота ОРВЗ и пневмоний при ОРВЗ

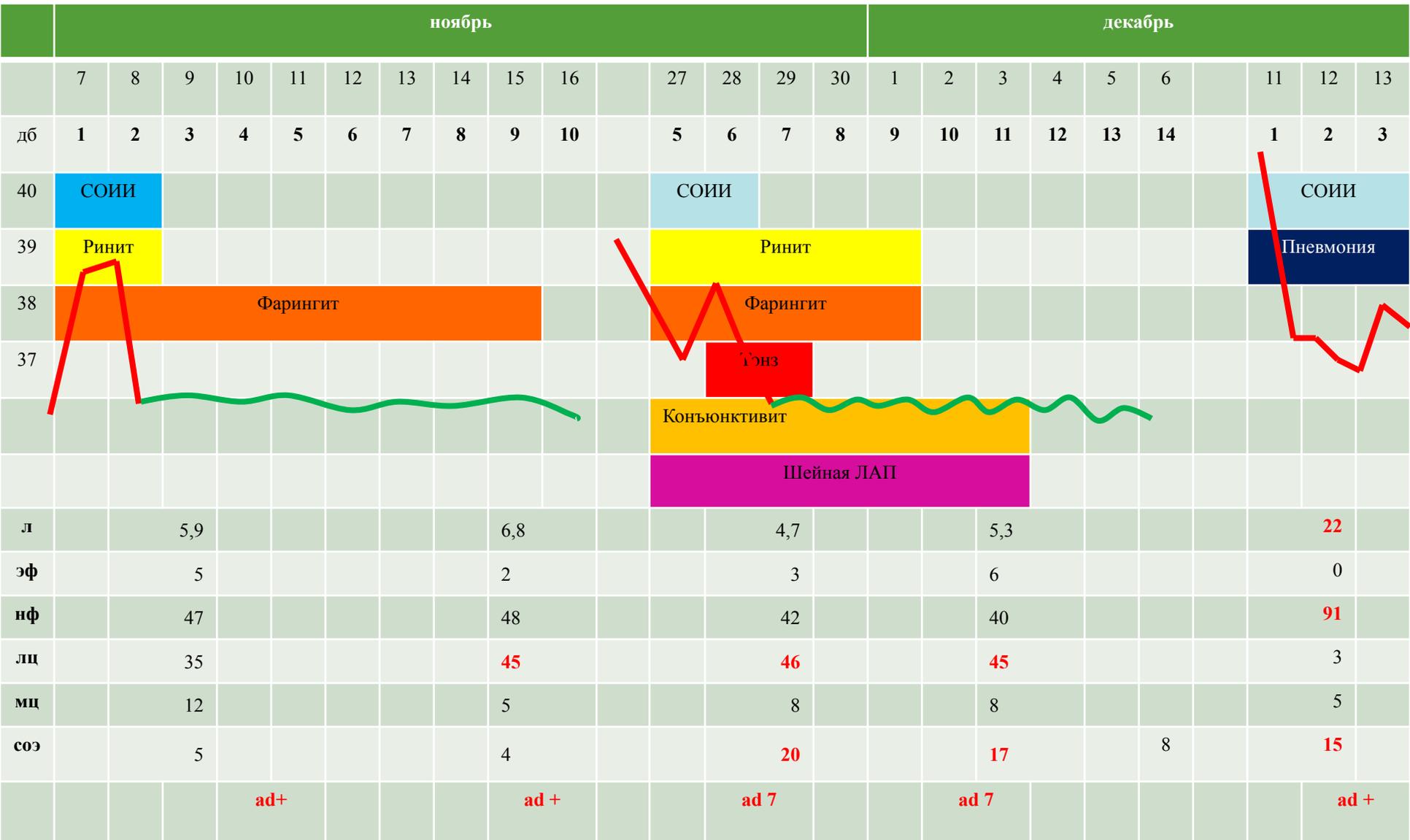
(по данным клиники инфекционных болезней ВМедА)

ОРВЗ	ОРВЗ (абс.)	ОРВЗ (%)	ВП (абс)	ВП %
ГА	578	35,9%	42	7,3
ГВ	301	18,7%	23	7,6
ПГ	87	5,4%	8	9,2
АДВЗ	600	37,4%	107	17,8
РС	40	2,5%	14	35,0
ВСЕГО	1606	100	194	12,1

Диагностические критерии негриппозных вирусных поражений легких

- развитие в остром периоде ОРЗ;
- наличие экстрапульмонарных синдромов ОРЗ (тонзиллит, конъюнктивит, лимфаденопатия и т.д.)
- нормоцитоз или лейкопения;
- относительный лимфо- и моноцитоз;
- выделение условно-патогенной микрофлоры;
- отсутствие положительной реакции (в течении 2-х дней) на “эффективные комбинации” антибиотиков.

Рецидививирующее течение АДВЗ



Дифференциальная диагностика по синдрому тонзиллита

критерий	Синдромосходные заболевания			
	АДВЗ	Ангина	Дифтерия	Инфекционный мононуклеоз
Начало	Постепенное, реже - острое	острое	подострое	постепенное
СОИИ	+ (выражен при осложнениях)	++++ (возбуждение)	++++ (торможение)	++(+++)
Лихорадка	волнообразного типа	постоянного типа	постоянного типа	неправильного типа
Тонзиллит	Катаральный, казеозный с 3-5 дня болезни	Гнойный с 1-го дня болезни	Фибринозный с 2-3 дня болезни	Гнойный с 5-7 дня болезни
Респираторные синдромы	Фарингит, ринит, бронхит, пневмония	нет	нет	пневмония – при осложнении
Конъюнктивит	характерен	нет	при дифтерии глаза - пленчатый	нет
Поражение лимфатических узлов	Лимфаденопатия шейная (в т.ч. Мезаденит)	Лимфаденит углочелюстной (болезненность)	Лимфаденит углочелюстной (безболезненный)	Лимфаденопатия генерализованная
Увеличение печени и селезенки	При генерализованной форме	нет	нет	Характерно
Энтерит	При абдоминальной форме	нет	нет	нет
Экзантема	Пятнистая (при генерализованной форме)	нет	нет	Макуло-папулезная (при экзантемной форме)

Формулировка ПД при ОРЗ:

Нозологический	Нозо-синдромальный
<ol style="list-style-type: none">1. Объявлена эпидемия в регионе2. Типичная клиническая картина3. Расшифрована этиология ОРЗ у больного или в очаге	<ol style="list-style-type: none">1. Внеэпидемический сезон2. Спорадический случай3. Атипичная форма4. Лабораторного подтверждения нет
<p>Пример:</p> <p>Грипп, типичная форма, по типу ринофаринготрахеита, средней степени тяжести период разгара, 3-й день болезни</p> <p>Аденовирусное заболевание, по типу ринофаринготонзиллита, период</p>	<p>Пример:</p> <p>Острое респираторное заболевание, по типу ринофаринготрахеита (вероятно грипп), средней степени тяжести, период разгара, 2-й день болезни</p> <p>Острое респираторное заболевание по типу ринофаринготонзиллита (вероятно аденовирусное заболевание)</p>

Указание Начальника ГВМУ от 01.02.2013 №161/1/399
Указание Главного Государственного санитарного врача
МО РФ от 10.02.2013 №114

5) “..... для БОЛЬНЫХ С ЯВНЫМИ
клиническими проявлениями
гриппа указывать диагноз грипп,
не подменять его диагнозом
ОРВИ”

ИБ№ 10956 Ст.прапорщик Щ. 18.05.1968 г.р. (44 г) 27.01.-09.02.2013

2013	27.1	28.1	29.1	30.1	31.1	1.02	2.02	3.02	4.02	5.02	6.02	7.02	8.02	9.02
Д.б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Амбулаторное лечение					ФГУ 442 ОВКГ			ОРИТ ВМГТ → ОРИТ клиники AiP ВМедА					
40	Кашель сухой, трахеит					"Буря" мокрота								
39.5	Кагоцел 2 т 3 р/д					Цефепим 1г 2р			Тамифлю 150 мг 2р/сут					
39.0	НПВС					Азитро 0,5 1 р\д			Арбидол 200 мг 4 р/сут					
38.5	Азитромицин					НПВС			Рибавирин 200 мг 4 р/сут					
38.0										Антибактериальная терапия				
37.0										ГА H1N1 pdm09				
36.5														
Rg	N					S9			S9					
	ДЗ: ОРВИ, ринофаринготрахеит								d2,3					
L									3,8					
ПЯ									7		8			
СЯ									72		64		65	
ЛЦ									25		24		22	
МЦ									3		5		5	
СОЭ									6		25		28	



Федеральное государственное бюджетное учреждение
Научно-исследовательский институт ГРИППА
 Министерства здравоохранения Российской Федерации

ЛАБОРАТОРИЯ
 МОЛЕКУЛЯРНОЙ ВИРУСОЛОГИИ И ГЕННОЙ ИНЖЕНЕРИИ
 Тел. 8(812) 499-15-20 (зав. лабораторией к.б.н. М.П. Грудникова)

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ОТ-ПЦР)

АНАЛИЗ № 6544
 Забор мазков из носа и глотки от: 5.02.2013
микрота

Ф.И.О. Щенников Андрей Петрович

Дата рождения 44 г. Пол м

Учреждение ВМедА История б-ни № 10956

Вirus гриппа типа А FLU(-) Virus гриппа типа В FLU(-) с/р

Вirus гриппа А(H1N1)pdm09(swine) FLU(+) по сезону

Вirus гриппа А(H1N1)(сезонный) _____

Вirus гриппа А субтипа H3N2 FLU(-) с/р

Вirus простого герпеса I и II типа _____

ОРВИ (вирусы парагриппа, РС-вирусы, аденовирусы, риновирусы, метаневомирусы, боксавирусы, коронавирусы) FLU(-) с/р

Исследование проводилось методом ОТ-ПЦР в режиме реального времени (Rotor-Gene 6000) с ПЦР-комплектом варианта АмплиСенс *Influenza virus A/B-FL*, АмплиСенс *Influenza virus A-тип-FL*, АмплиСенс «ОРВИ-скрин- FRT» ФГУН ЦНИИЗ Роспотребнадзора.

Дата 06.02 2013г. Подпись М.П. Грудникова
 (к.б.н. Грудникова М.П.)

Противовирусные препараты (ПВП) и препараты с опосредованным противовирусным действием (этиопатогенетические препараты, ЭПП)

	ПВП	ЭПП
Противовирусное действие	Прямое	Опосредованное
Действие направлено на	вирус-специфическую мишень в цикле размножения вируса	Иммунокомпетентные клетки Клетки мишени
Эффект	Прямой вирусспецифический	Непрямой универсальный
Группы препаратов	Нуклеозидные аналоги Блокаторы M2-ионного канала Ингибиторы Нейраминидазы Ингибиторы Гемагглютинаина	Интерфероны (ЧЛИ, РИФ) Индукторы интерферонов Миелопротекторы (Ингавирин)
	Специфические иммуноглобулины Человеческий нормальный иммуноглобулин	

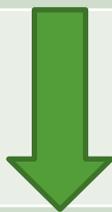
Организация оказания медицинской помощи больным ОРЗ

Острое респираторное заболевание

Легкой и средней степени
тяжести
с неосложненным течением



Тяжелой степени тяжести,
легкой и средней степени
с осложненным течением



Изолятор
медицинского пункта части



Внештатный изолятор
медицинского пункта части



Оказание
неотложной помощи

Инфекционное отделение
госпиталя



Согласование
с КО ВМедА

Клиники ВМедА

Оценка степени тяжести ОРЗ

Критерий	Степень тяжести (СТ)		
	Легкая (Л)	Средняя (С)	Тяжелая (Т)
СООИ	±	++(+++)	++++ (ИТЭП)
Лихорадка	≤37,9	38,0-39,9	≥ 40,0
Характер воспаления	катаральное	экссудативное	некротическое
Распространенность поражения дыхательных путей	1-2 отдела (г. о. верхние дыхательные пути)	> 2 отделов	> 2 отделов
Осложнения	-	Единичные, не приводящие к НС	Множественные приводящие к НС
Неотложные состояния (НС)	-	-	+ (ИТЭП, ОСН,

Необходимая помощь на догоспитальном этапе (в МП ВЧ)

- Противогриппозный (или нормальный) иммуноглобулин 3-6 мл в/м
- Преднизолон 90-120 мг внутримышечно;
- Пенициллин 1 000 000 мл (или цефтриаксон 2,0) внутримышечно;
- Инфузионно-детоксикационная терапия внутривенно малыми объемами (для доступа в вену)
- Литическая смесь внутримышечно (при гиперпирексии);

По показаниям

- Сердечные и дыхательные analeптики
- Ингаляции увлажненного кислорода

Указание Начальника ГВМУ от 01.02.2013 №161/1/399
Указание Главного Государственного санитарного врача
МО РФ от 10.02.2013 №114

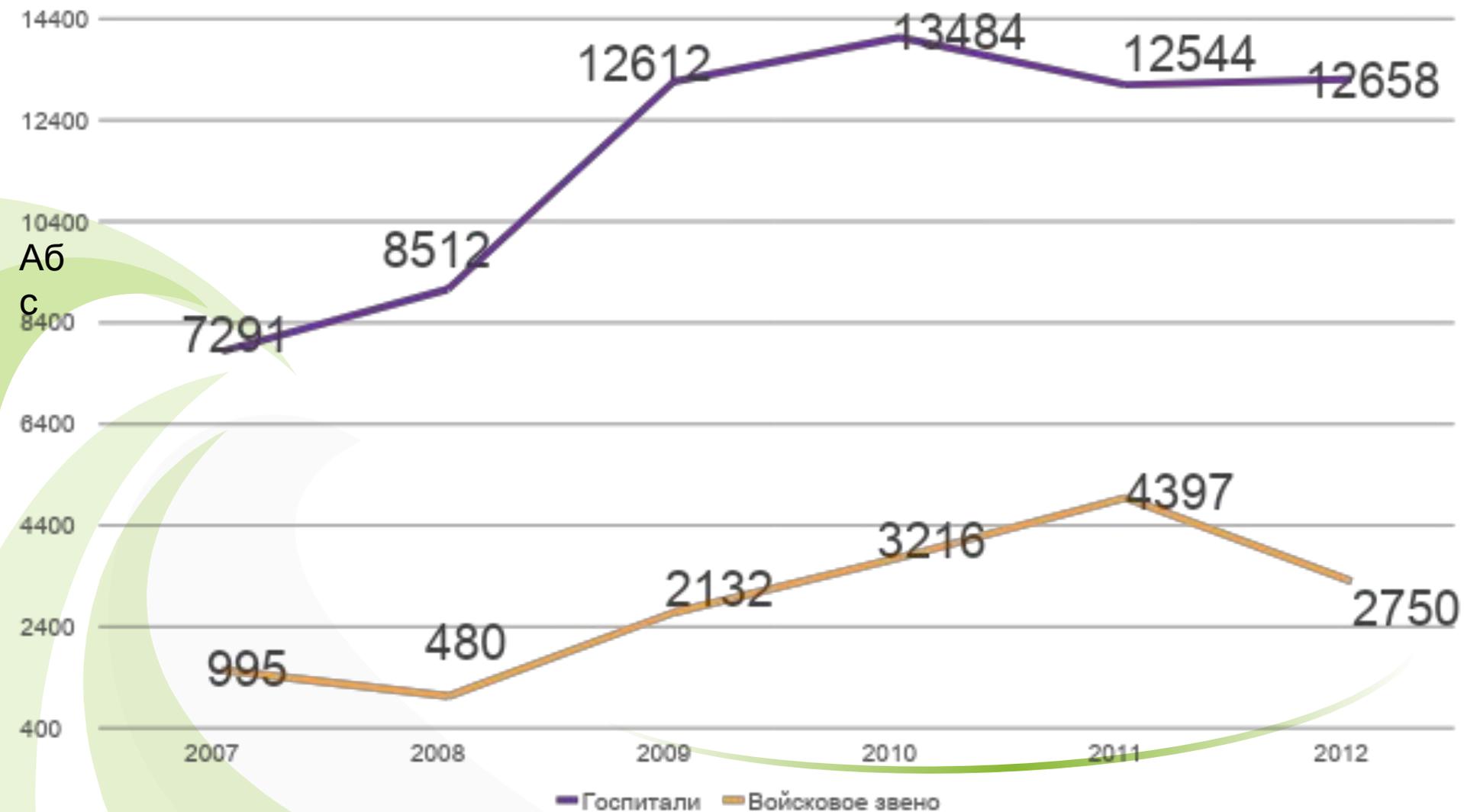
1) “Организовать отбор материала (сыворотку, мазки из носоглотки) на лабораторные исследования от больных (подозрительных) с гриппом, от больных с тяжелым, атипичным течением ОРВИ и пневмоний”

Указание Начальника ГВМУ от 01.02.2013 №161/1/399
Указание Главного Государственного санитарного врача
МО РФ от 10.02.2013 №114

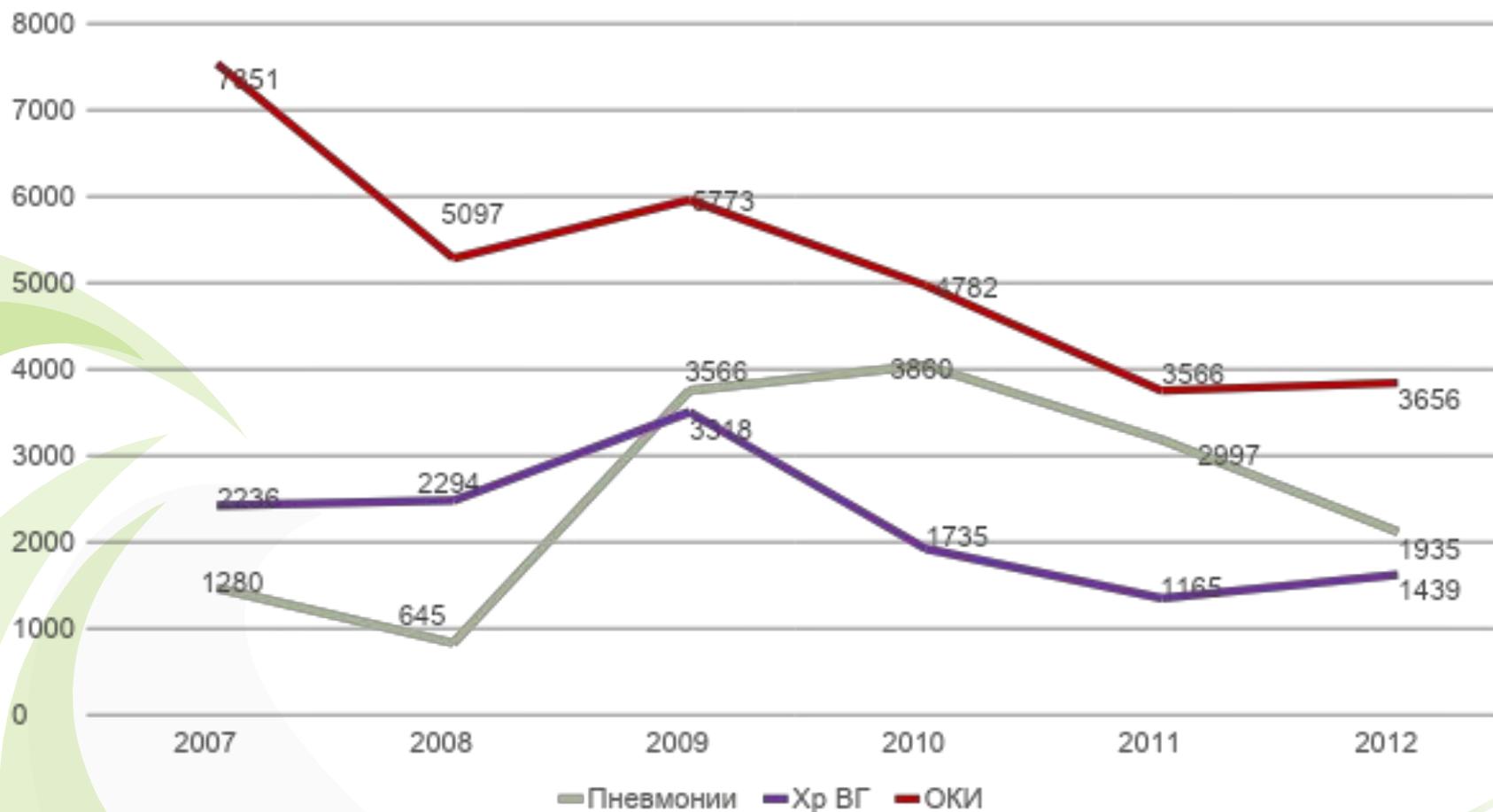
2) “Материал для исследования
направлять в ФГУ “985 ЦГСЭН”
МО РФ.....”

*(СПб, ул.Ковалевская, д.20,к.2
тел./факс 527-98-27)*

Число больных ветряной оспой

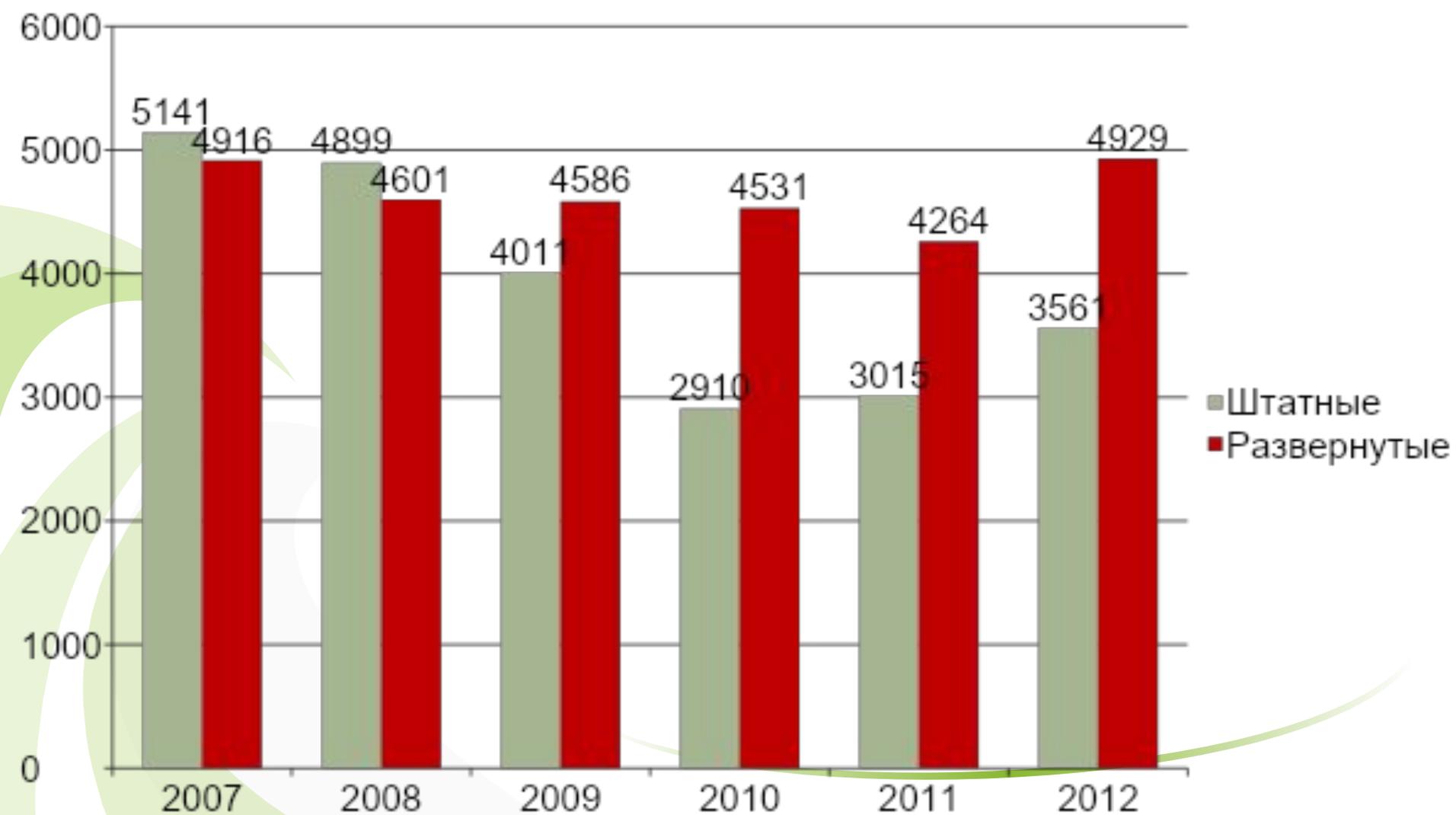


Прочие инфекции

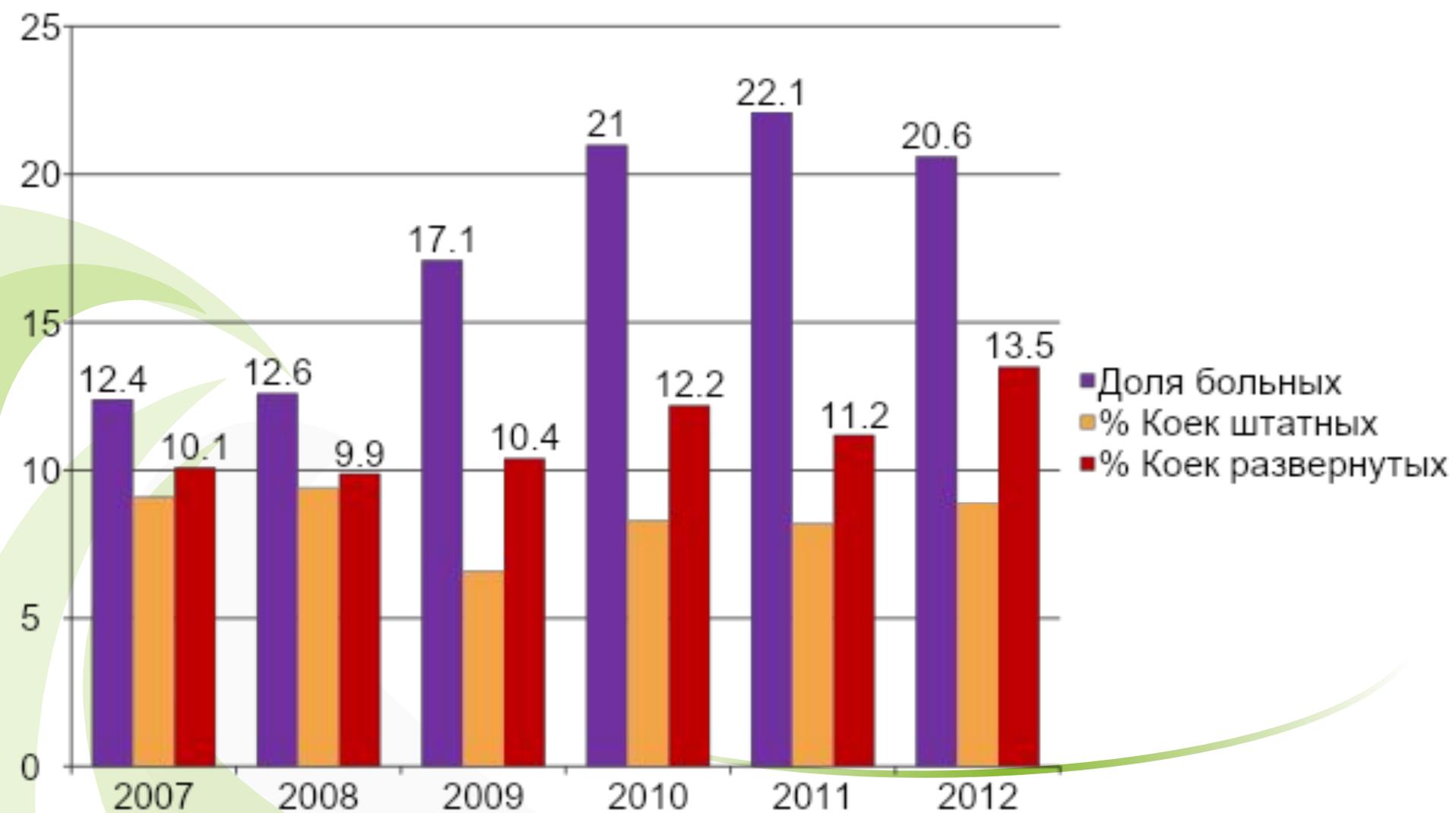


Аб
с

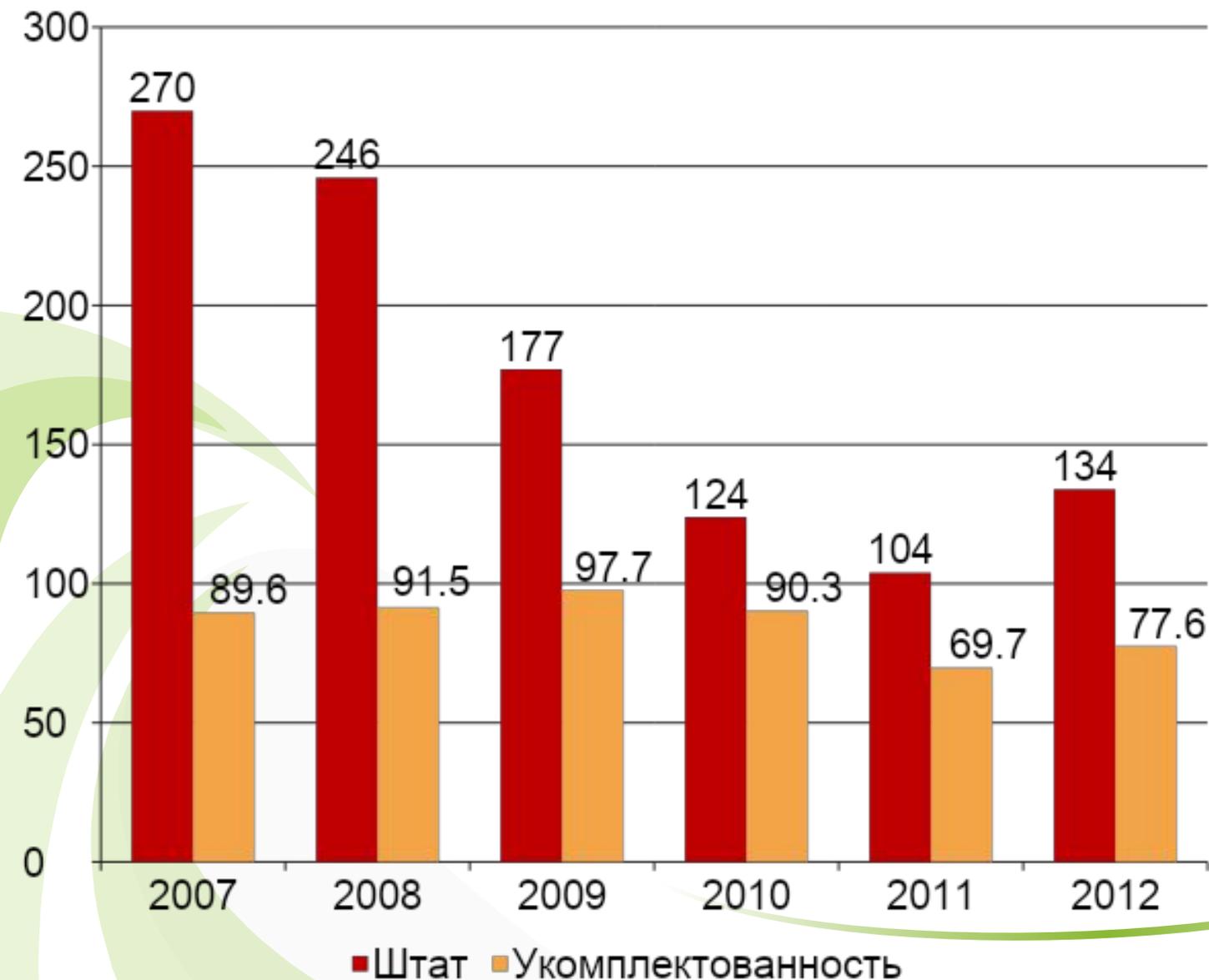
число штатных и развернутых коек в инфекционных отделениях МО РФ



Соотношение доли инфекционных больных в структуре лечившихся в госпиталях МО РФ и развернутых для них коек



Штатные военные должности (абс.) врачей-инфекционистов и их укомплектованность (%)

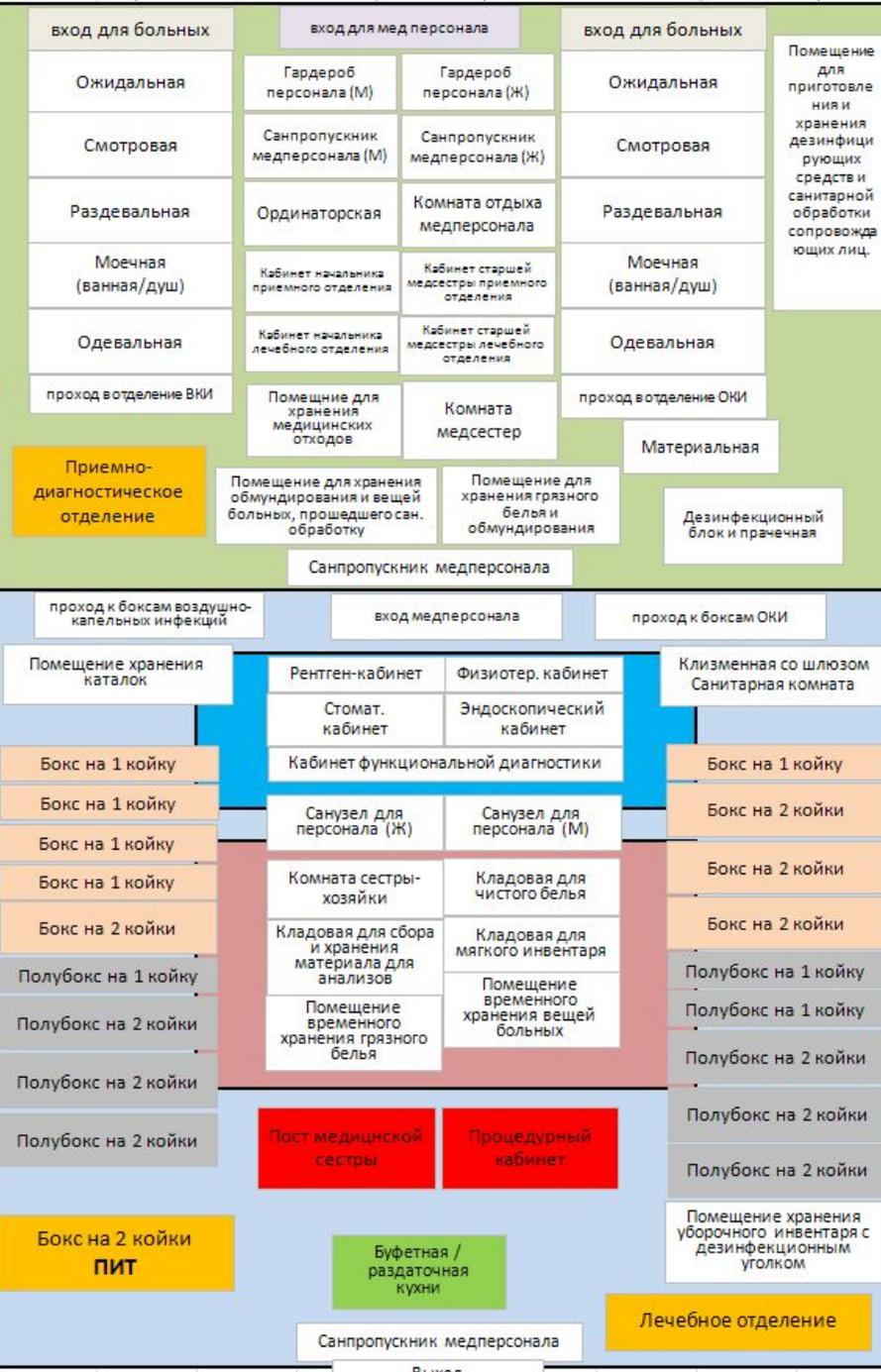


- Гражданские врачи
 - Штат – 224
 - Есть – 182
- Общий недокомплект 30 военных + 42 гражданских

Маневр сил и средств госпиталя в период подъема инфекционной заболеваемости

- Предусмотреть развертывание внештатных изоляторов в терапевтических и хирургических отделениях;
- Предусмотреть развертывание дополнительных (внештатных) инфекционных отделений на базе терапевтических отделений;
- Провести обучение врачей по вопросам диагностики, оказания неотложной помощи, и лечения инфекционных больных (г.о. гриппа, ОРЗ, ангинами, менингококковой инфекции)

Схема развертывания инфекционного отделения (на 30 коек) военного госпиталя (на 150 коек)



В соответствии с предложениями в Концепцию строительства типового военного госпиталя на 150 коек для нужд Главного Военно-медицинского управления МО РФ и в Медико-техническое задание на строительство здания инфекционного отделения (боксового) на 30 коек военного госпиталя (на 150 коек).

16 мая 2013 г.

ШТАТ ИНФЕКЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ (БОКСИРОВАННОГО) НА 30 КОЕК

ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ (НА 150 КОЕК)

Инфекционное отделение (на 30 коек)				В соответствии с Приказом МЗ РФ от 31 января 2012 г. №69н, число ставок	Необходимое число ставок в соответствии с Порядком оказания медпомощи	Предлагаемые дополнительные штатные должности			Итого по предлагаемому штату	
Наименование	Воинское звание	Количество по штату				Воинское звание	01	51	Всего по штату военнослужащих	Всего по штату гражданских лиц
		01	51							
Приемное отделение (ПО) инфекционного отделения										
Заведующий отделением – врач ПО	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Старшая медицинская сестра ПО	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Медицинская сестра ПО	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Санитар	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Лечебное отделение										
Начальник отделения – врач-инфекционист	Капитан м/с	1	1	1 на 30 коек	1	Майор м/с	-	-	1	-
Врач-инфекционист	-	-	-	1 на 15 коек	-	Капитан м/с	1	1	1	-
Врач-инфекционист	-	1	1	1 на 15 коек	2	-	-	-	-	1
Старшая медицинская сестра	-	1	1	1 на 30 коек	1	-	-	-	-	1
Медицинская сестра палатная (постовая)	-	6	6	5,5 (1 пост) на 15 коек	11	-	5	5	-	11
Медицинская сестра процедурной	-	1	1	1 на 15 коек	2	-	1	1	-	2
Младшая медицинская сестра по уходу за больными	-	5	5	1 на 15 коек	2	-	-	-	-	5
Медицинский дезинфектор	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1
Сестра-хозяйка	-	1	1	1 на 30 коек	1	-	-	-	-	1
Санитар (буфетчик)	-	-	-	2 на 30 коек	2	-	2	2	-	2
Санитарка палатная	-	2	2	1 на 15 коек	2	-	-	-	-	2
Палата интенсивной терапии (ПИТ) на 2 койки										
Врач-анестезиолог-реаниматолог ПИТ	-	-	-	4,75 на 6 коек	1,6	-	2	2	-	2
Медицинская сестра-анестезист ПИТ	-	-	-	1 на 6 коек*	0,3	-	1	1	-	1
Медицинская сестра палатная (постовая) ПИТ	-	-	-	9,5 на 6 коек	3,2	-	3	3	-	3
Младшая медицинская сестра по уходу за больными	-	-	-	9,5 на 6 коек	3,2	-	3	3	-	3
Санитар ПИТ	-	-	-	1 на 6 коек*	0,3	-	1	1	-	1
Военнослужащие	-	1	1	-	-	-	1	1	2	-

* - в связи с отсутствием регламентации в Приказе МЗ РФ от 31 января 2012 г. №69н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях», приведены рекомендации Приказа МЗ РФ от 5 мая 2012 г. №521н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями»

В таблицу не внесен штат Дезинфекционного блока и прачечной

Нештатный центр по лечению хронических вирусных гепатитов в ВС РФ

В соответствии с указаниями Начальника ГВМУ от 31 марта 2010 г. №161/2/2/2731 «Об улучшении организации оказания специализированной помощи больным хроническими вирусными гепатитами в частях и учреждениях МО РФ» на базе клиники инфекционных болезней ВМедА развернут внештатный центр по лечению хронических гепатитов МО РФ.

Структура подразделений клиники инфекционных болезней ВМедА

кочная емкость 95 коек, введена директивой ГШ № 314/6/1302 от 21.03.2012 г.
(в действии с 1.04.2012 г.)

Три инфекционных отделения
по 25 коек

Приемно-диагностическое
отделение – 10 коек
(дневной стационар)

Отделение реанимации и
интенсивной терапии – 10 коек

Кабинет функциональной
диагностики

Кабинет ультразвуковой
диагностики

Медицинский кабинет
(иммунопрофилактики)

Эндоскопический кабинет

Физиотерапевтический кабинет

Стоматологический кабинет

Рентгеновский кабинет

Лаборатории

Нештатный центр по лечению хронических вирусных гепатитов в ВС РФ

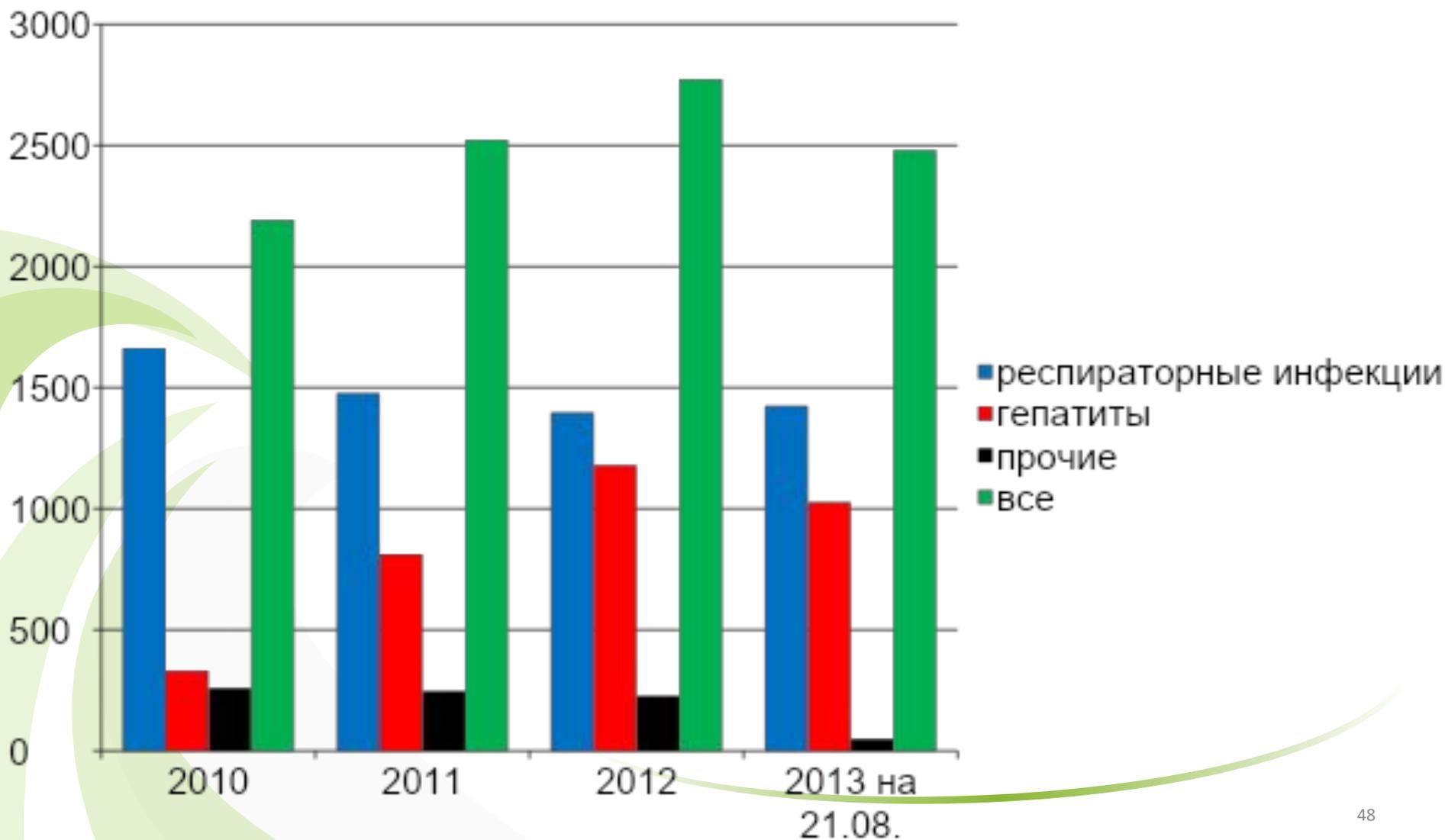
За 2010 – 2013 гг. обследовано 621 человек

Получают терапию – 221 человек

Противовирусная терапия завершена у 265 человек

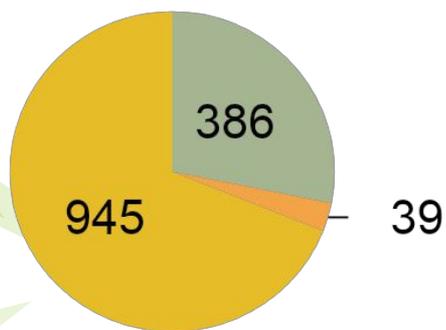
В диагностическом и лечебном процессе используются современные диагностические методики (пункционная биопсия печени, ультразвуковые и эндоскопические исследования) и лекарственные средства (пегилированные интерфероны, аналоги нуклеоз(т)итдов)

Распределение выбывших с определившимся исходом по основным группам заболеваний в клинике инфекционных болезней ВМедА, абс.

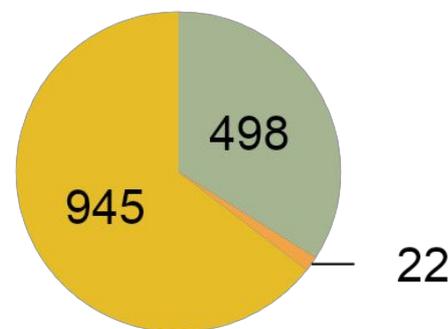


Распределение выбывших с респираторными инфекциями по контингентам в клинике инфекционных болезней ВМедА, %

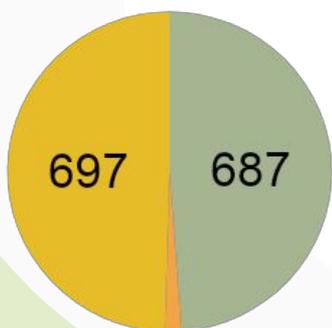
2010



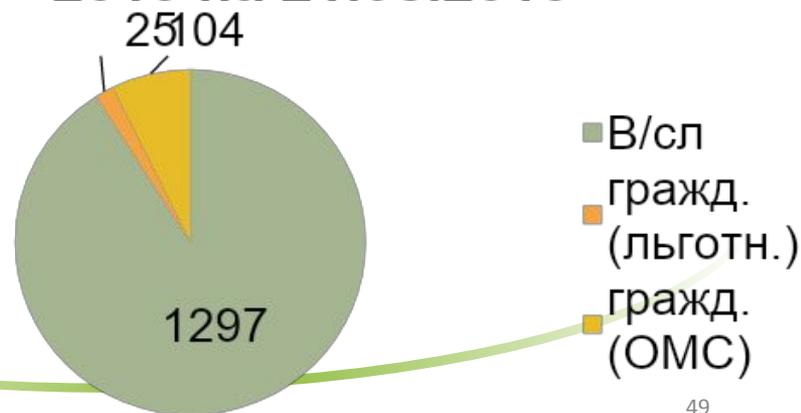
2011



2012



2013 на 21.08.2013



- В/сл
- гражд. (льготн.)
- гражд. (ОМС)