



СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

НЕОТЛОЖНАЯ И СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ
И ФЕЛЬДШЕРОВ

Под общей редакцией
профессора Н.Ф. Плавунова



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	4
Список сокращений и условных обозначений	7
Благодарность	9
Предисловие	10
Глава 1. Экстренные консультативные инфекционные выездные бригады скорой медицинской помощи	13
Глава 2. Дифференциальная диагностика экзантем в службе скорой и неотложной медицинской помощи	26
Глава 3. Герпесвирусные инфекции: клиническая картина, диагностика и тактика при оказании скорой медицинской помощи ..	90
Глава 4. Особенности клинической картины и диагностики рожи ...	159
Глава 5. Дифференциальная диагностика синдрома желтухи на догоспитальном этапе	199
Глава 6. Диагностика и лечение бактериальных менингитов в условиях скорой и неотложной медицинской помощи	271
Глава 7. Особенности менингококковой инфекции у детей: диагностика, клиническая картина и лечение на догоспитальном этапе	332
Глава 8. Диагностика кори при оказании скорой и неотложной медицинской помощи	356
Глава 9. Лихорадка у детей: тактика ведения и лечения	372
Глава 10. Инфекционные (паразитарные) болезни, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории города Москвы: эпидемиология, клиническая картина, диагностика и тактика при оказании скорой медицинской помощи	413
Заключение	507
Предметный указатель	508

Глава 1

ЭКСТРЕННЫЕ КОНСУЛЬТАТИВНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ВЫЕЗДНЫЕ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н.Ф. Плавунов, В.А. Кадышев, Л.Н. Проскурина, С.В. Сметанина

Диагностика и оказание экстренной медицинской помощи при подозрении на наличие инфекционных заболеваний, особенно при массовом сосредоточении людей в таких крупных мегаполисах, как г. Москва, крайне актуальны. Миграция населения во всем мире ежегодно возрастает, что создает условия для распространения возбудителей инфекционных болезней. Москва не является исключением: активно развивается туризм, растет трудовая миграция населения, количество людей, выезжающих за рубеж, в страны Африки, Азии и Южной Америки, традиционно являющихся природными очагами опасных инфекций. Увеличился приток в столицу мигрантов из стран Средней Азии, Китая, Вьетнама — государств, в которых существует высокий риск инфицирования контагиозными болезнями и где охват населения вакцинацией низок.

Особенно неблагоприятная в эпидемиологическом плане ситуация складывается при проведении массовых международных мероприятий, в том числе спортивных: возрастает риск завоза инфекционных заболеваний, не свойственных данной территории, а также в силу высокой скученности — риск быстрого распространения как хорошо известных, так и редко встречающихся инфекционных болезней. Практика последних десятилетий полностью это доказывает. Достаточно вспомнить вспышки гриппа во время зимних Олимпийских игр в Солт-Лейк-Сити в 2002 г. и в Ванкувере в 2010 г., норовирусной кишечной инфекции в международном медиацентре на чемпионате мира по фут-

болу в Мюнхене в 2006 г. и на зимних Олимпийских играх в Пхенчхане в 2018 г.

В нашей стране эта опасность была впервые глубоко осознана в преддверии проведения Олимпийских игр в 1980 г., в связи с чем была организована инфекционная выездная бригада на базе ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» г. Москвы (далее — Станция).

Как известно, Олимпиада-80 прошла благополучно, но потребность во врачах-инфекционистах, способных выезжать к больному с подозрением на инфекционное заболевание в любое время суток, осталась. Врачи инфекционной бригады стали осуществлять консультации во всех стационарах г. Москвы, не имеющих инфекционных отделений, социальных учреждениях (интернаты, дома престарелых), выезжать на вспышки в воинские части, общежития, гостиницы. К 1996 г. количество вызовов стало так велико, что возникла необходимость в организации второй аналогичной инфекционной бригады.

В 2016 г. на Станции в целях совершенствования и оптимизации оказания экстренной консультативной скорой медицинской помощи (СМП), в том числе специализированной, больным, находящимся в стационарных медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы и в иных медицинских, социальных учреждениях при отсутствии в них соответствующих профильных специалистов, было создано специальное отделение экстренной консультативной СМП, в состав которого, наряду с другими специализированными консультативными бригадами (кардиологическими, неврологическими, нейрохирургическими, урологическими, офтальмологическими, сосудистой хирургии и др.), входят две экстренные консультативные инфекционные выездные бригады СМП (ЭКИБВ СМП).

Основные задачи бригад

1. Оказание специализированной скорой, в том числе экстренной, консультативной медицинской помощи как дистанционно, так и с непосредственным выездом на место нахождения пациента с подозрением на инфекционное заболевание.
2. Выезд в очаг к инфекционным больным, подозрительным на карантинное заболевание, проведение первичных противоэпидемических мероприятий в очаге, организация сортировки и экстренная медицинская эвакуация пациентов и контактных лиц в профильный стационар.

3. Работа в очагах массовых инфекционных заболеваний до разрешения ситуации. ЭКИВБ СМП выезжает на вспышки инфекционных заболеваний, возникающих в воинских частях, гостиницах, детских учреждениях. В рамках профилактики завоза инфекционных заболеваний на территорию города ЭКИВБ СМП совместно с Научно-практическим центром экстренной медицинской помощи г. Москвы осуществляет осмотры лиц, приезжающих из неблагополучных территорий, на вокзалах, в аэропортах столицы, что позволяет проводить своевременную и обоснованную изоляцию потенциально опасных лиц.
4. Оказание консультативной, в том числе дистанционной, помощи выездным бригадам СМП, находящимся на вызове у пациентов с подозрением на инфекционные заболевания, а также работникам медицинских организаций г. Москвы, где имеются пациенты с подозрением на инфекционную патологию.

Работа выездного медицинского персонала ЭКИВБ СМП регламентируется законодательством Российской Федерации (РФ) по вопросам здравоохранения, нормативными и методическими документами Министерства здравоохранения РФ, Департамента здравоохранения г. Москвы и Станции, уставом Станции, положением об ЭКИВБ СМП Станции, а также Алгоритмами оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи г. Москвы в соответствии с разделом «Инфекционные заболевания». **ЭКИВБ СМП подчиняются:**

- **в оперативном отношении** — ответственному старшему врачу и работникам спецпульта оперативного отдела Станции;
- **в административном отношении** — администрации Станции, заведующему отделением экстренной консультативной СМП Станции, заведующему подстанцией, диспетчерской службе по месту дислокации бригады.

Обе бригады работают на санитарных автомобилях СМП класса «В» и дислоцируются на одной подстанции. На вызов выезжает бригада в составе врача, фельдшера и водителя автомобиля СМП. Врачи-инфекционисты имеют сертификаты специалистов и опыт работы по специальности не менее 10 лет. Помимо стандартного оснащения (укладка, укомплектованная лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, электрокардиограф, пульсоксиметр, дефибриллятор, портативные аппараты искусственной вентиляции легких/вспомогательной вентиляции легких, травматологический, реанимационный,

акушерский набор, средства для экстренной дезинфекции и др.), в автомобиле имеется три комплекта защитной одежды («Пастерис» и/или «Кварц», а также одноразовые комплекты «Садолит 1-М») и транспортировочный изолирующий бокс (ТИБ) BIO-BAG для медицинской эвакуации пациентов с подозрением на инфекционные (паразитарные) болезни, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории г. Москвы.

Прием и передача вызовов на ЭКИВБ СМП осуществляется оперативным отделом Станции.

Вызовы, на которые направляются ЭКИВБ СМП

1. По вызовам медицинских организаций (при отсутствии в них штатного врача-инфекциониста на момент вызова бригады).
2. В иные учреждения с массовым сосредоточением людей (санатории, воинские части, школы, гостиницы, общежития, транспортные узлы, следственные изоляторы, а также по месту работы пациентов).
3. По вызову выездных бригад СМП других профилей.

Обязанности медицинского персонала ЭКИВБ СМП

1. Незамедлительно выезжать на место вызова и оказывать в минимально короткие сроки и в максимально полном объеме экстренную медицинскую помощь пациентам в соответствии с Алгоритмами оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи г. Москвы, основанными на Порядках и стандартах оказания СМП.
2. Определять необходимость и осуществлять медицинскую эвакуацию пациента в профильный стационар при наличии медицинских показаний.
3. Обеспечивать сортировку больных (пострадавших) и устанавливать последовательность оказания скорой и неотложной медицинской помощи при массовых заболеваниях.
4. Работать на границе очага при чрезвычайных ситуациях и участвовать в ликвидации медицинских последствий при возникновении нештатных и других ситуаций.

При осуществлении консультаций в медицинских организациях врач-инфекционист оставляет подробную запись в медицинской карте стационарного больного, в которой, помимо суждения о диагнозе, при необходимости дает рекомендации по дополнительному обследованию и лечению. Помимо этого, обязательно оформляется карта

вызова СМП, являющаяся основным документом, хранящимся в медицинском архиве Станции. В карту вызова, наряду с данными анамнеза и объективного обследования, вносятся данные лабораторных и инструментальных исследований, проведенных пациенту в медицинской организации.

Потребность в консультативной помощи врачей-инфекционистов с годами неуклонно растет. Так, если в 2010–2016 гг. бригады выполняли в среднем около 5,5 тыс. вызовов в год со средней нагрузкой около восьми вызовов в сутки, то в 2018 г. было выполнено 7000 вызовов и средняя нагрузка возросла до 10,2 в сутки. Основное количество вызовов осуществляется в различных стационарах, более половины из них — в приемных отделениях (53%). Поскольку ЭКИВБ СМП выезжают во все медицинские организации московского подчинения, в том числе расположенные за пределами города, средний километраж высок и составляет около 25 км на вызов.

Поводом для вызова бригад является подозрение на инфекционное заболевание, однако инфекционная природа болезни врачами бригад подтверждается в среднем только в 42% случаев. Чаще всего диагностируются острые кишечные инфекции (около 27% всей инфекционной патологии), грипп и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) (18–30% в зависимости от эпидемиологической ситуации), причем острые кишечные инфекции регистрируются в течение всего года без заметных сезонных подъемов, а респираторные заболевания — главным образом в зимне-весенний период. Часто также диагностируются рожа (14–17%), вирусные гепатиты (9–12%) и нейроинфекции (6–10% случаев). Из относительно редко встречающихся инфекционных заболеваний в последние годы обращает на себя внимание увеличение количества случаев геморрагической лихорадки с почечным синдромом и листериоза.

При проведении консультаций врачи ЭКИВБ СМП нередко сталкиваются с рядом трудностей: атипичным течением распространенных заболеваний (ветряная оспа, листериоз, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, инфекционный мононуклеоз), редкими инфекционными заболеваниями, встречающимися в средней полосе России (пастереллез, лихорадка Западного Нила), завозными заболеваниями, не встречающимися в Москве и ближних регионах (малярия, лихорадка денге, висцеральный лейшманиоз), наличием множественной сопутствующей патологии, затрудняющей диагностику. Дополнительные трудности возникают при консультировании пациентов

в приемных отделениях, а также в узкопрофильных (психиатрические больницы, родильные дома) стационарах, где объем лабораторного и инструментального исследований минимален.

В связи с постоянно существующей возможностью завоза инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории г. Москвы, бригады постоянно поддерживают готовность к проведению комплекса противоэпидемических мероприятий по изоляции больных и предотвращению распространения возбудителей этих болезней. Ежегодно проводятся семинары и практические занятия по работе в очаге карантинных инфекций, бригады принимают участие во всех общегородских тренировочных учениях, которые проходят чаще всего на базе аэропорта «Внуково» и клинических инфекционных больниц № 1 и 2 (рис. 1.1).

В ходе учений отрабатывается регламент реагирования и взаимодействия всех экстренных служб города при выявлении больных, подозрительных на опасное инфекционное заболевание (рис. 1.2–1.6).

Поскольку в момент поступления информации о подозрении на карантинное заболевание ЭКИВБ СМП могут находиться на значительном расстоянии от аэропорта, на двух подстанциях, расположенных ближе всего к международным аэропортам, имеются комплекты защитной одежды и ТИБ BIO-BAG (рис. 1.7).



Рис. 1.1. Готовность к проведению комплекса противоэпидемических мероприятий



Рис. 1.2. Взаимодействие всех экстренных служб города



Рис. 1.3. Совместная работа со службами аэропорта



Рис. 1.4. Оказание медицинской помощи врачом ЭКИБВ на борту самолета



Рис. 1.5. Доставка транспортировочного изолирующего бокса BIO-BAG в амбулифте



Рис. 1.6. Эвакуация больного с борта самолета в транспортировочный изолирующий бокс BIO-BAG



Рис. 1.7. Транспортировка больного в транспортировочном изолирующем боксе BIO-BAG сотрудниками ЭКИВБ

Общепрофильные врачебные выездные бригады СМП данных подстанций могут прибыть в аэропорт в кратчайшие сроки и осуществить изоляцию подозрительного пациента до прибытия врача-инфекциониста, который окончательно решит вопрос о диагнозе, необходимости и объеме противоэпидемических мероприятий.

При участии сотрудников медико-санитарных служб аэропорта составляется список контактных лиц, определяются меры по их изоляции, а вместе с оперативным отделом Станции — количество бригад, необходимых для медицинской эвакуации больных и контактных лиц (рис. 1.8).



Рис. 1.8. Транспортировочный изолирующий бокс BIO-BAG в салоне автомобиля СМП

1.1. ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА С ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСПОРТИРОВОЧНОГО ИЗОЛИРУЮЩЕГО БОКСА

Больные или лица с подозрением на карантинное заболевание перевозятся транспортом с использованием ТИБ, оборудованного фильтровентиляционными установками, окнами для визуального мониторинга состояния пациента, двумя парами встроенных перчаток для проведения основных процедур во время транспортирования.

Для медицинской эвакуации пациента формируется медицинская бригада в составе трех специалистов: одного врача-специалиста, одного фельдшера, одного санитаря и водителя, обученных требованиям соблюдения противоэпидемического режима и прошедших дополнительный инструктаж по вопросам дезинфекции. Медицинские работники осуществляют прием пациента, его размещение в ТИБ и последующее сопровождение.

Медицинские работники и водитель должны быть одеты в защитную одежду.

Пациента готовят к транспортированию до помещения в ТИБ: на месте эвакуации врач бригады оценивает состояние пациента на момент транспортирования и решает вопрос о проведении дополнительных медицинских манипуляций.

Пациента размещают внутри камеры транспортировочного модуля в горизонтальном положении лежа на спине и фиксируют ремнями. В ТИБ помещают необходимое для транспортирования и оказания медицинской помощи оборудование и медикаменты, после этого закрывают застежку-молнию. Проверяют надежность крепления фильтров, включают фильтровентиляционную установку на режим отрицательного давления.

После помещения пациента в ТИБ медицинский персонал бригады:

- протирает руки в резиновых перчатках и поверхность клеенчатого фартука, орошает наружную поверхность транспортировочного модуля дезинфицирующим раствором с экспозицией в соответствии с инструкцией по применению;
- проводит обработку защитных костюмов методом орошения дезинфицирующим раствором в соответствии с инструкцией

по применению, затем снимает защитные костюмы и помещает их в мешки для опасных отходов;

- орошает дезинфицирующим средством наружную поверхность мешков с использованными защитными костюмами и относит на транспортное средство.

В боксе инфекционного стационара пациента из ТИБ передают медицинским работникам стационара.

После доставки больного в стационар медицинский транспорт и ТИБ, а также находящиеся в нем предметы, использованные при транспортировании, обеззараживаются силами бригады дезинфекторов на территории инфекционного стационара на специальной, оборудованной стоком и ямой площадке для дезинфекции транспорта, используемого для перевозки больных, в соответствии с действующими методическими документами. Внутренние и внешние поверхности транспортировочного модуля и автотранспорта обрабатываются путем орошения из гидропульта разрешенными для работы с опасными вирусами дезинфицирующими средствами в концентрации в соответствии с инструкцией.

Фильтрующие элементы ТИБ и другие медицинские отходы утилизируют в установленном порядке.

После доставки больного в инфекционный стационар бригада проходит на территории больницы полную санитарную обработку с дезинфекцией защитной одежды.

Защитную и рабочую одежду по окончании транспортирования больного подвергают специальной обработке методом замачивания в дезинфицирующем растворе по вирусному режиму согласно инструкции по применению. Все члены бригады обязаны пройти санитарную обработку в специально выделенном помещении инфекционного стационара.

За членами бригад, проводивших медицинскую эвакуацию, устанавливается наблюдение на срок инкубационного периода карантинной инфекции.

Врачи ЭКИВБ СМП проводят лекции и практические занятия с выездным медицинским персоналом общепрофильных бригад по работе с больными, подозрительными на инфекционные (паразитарные) болезни, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории г. Москвы.

Следует отметить, что благодаря работе ЭКИВБ СМП оказание специализированной медицинской помощи пациентам начинается

раньше, а их переводы в инфекционные стационары являются обоснованными и профильными. Работа ЭКИВБ СМП экономически целесообразна, поскольку позволяет стационарам не иметь в штате врачей-инфекционистов с круглосуточным графиком работы или консультантов.

Основное количество пациентов врачи ЭКИВБ СМП консультируют в приемных отделениях стационаров, что препятствует заносу контактных инфекционных заболеваний в лечебные отделения и развитию внутрибольничных вспышек. ЭКИВБ СМП являются важным звеном в обеспечении эпидемиологической безопасности населения мегаполиса.

Глава 2

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКЗАНТЕМ В СЛУЖБЕ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.А. Кадышев, Л.Н. Проскурина

Как известно, кожа человека представляет собой индикатор общего состояния, который отражает многие физиологические и патологические процессы, протекающие в различных органах и системах организма. Поражение кожи может сопровождать многие заболевания различной природы.

Сыпь (*eruption, efflorescentia*; от греч. *exanthema* — «сыпь, высыпание», от *exantheo* — «цвести, расцветать») — это общее название очаговых патологических изменений кожи и слизистых оболочек. Высыпания на коже принято называть **экзантемой**, а высыпания на слизистых оболочках — **энантемой**.

Экзантема часто сочетается с энантемой, причем энантема предшествует экзантеме, поэтому для диагностики инфекционного заболевания важно осматривать и видимые слизистые оболочки пациента. Например, обнаружение сыпи на слизистых оболочках ротоглотки у больного с подозрением на ОРВИ позволит врачу заподозрить краснуху или корь.

Частота экзантем при разных инфекционных болезнях неодинакова. В то же время имеется много болезней, при которых экзантема не появляется: пищевые токсикоинфекции, шигеллезы, холера, ротавирусный гастроэнтерит, амебиаз, ботулизм, грипп, ОРВИ, дифтерия, эпидемический паротит, коклюш, малярия, бешенство, столбняк, что позволяет исключить соответствующую нозологию.

Среди инфекционных заболеваний, при которых экзантема встречается, можно выделить некоторые, где высыпание — обязательный компонент клинической картины (корь, скарлатина, ветряная оспа). При других болезнях сыпь необязательна, но встречается с частотой 50–70%, к таким инфекциям относятся псевдотуберкулез, тифо-паратифозные заболевания. Наконец, при ряде инфекционных болезней экзантема встречается относительно редко (инфекционный мононуклеоз, лептоспироз, иерсиниоз, энтеровирусная инфекция и др.). В связи с этим диагностическая ценность наличия или отсутствия экзантемы при разных инфекционных болезнях различна. При дифференциальной диагностике экзантем необходимо учитывать не только инфекционные болезни, но и кожные заболевания, изменения кожи при укусах членистоногих насекомых. Также экзантема может быть следствием аллергических реакций на естественные аллергены, лекарственные препараты, может возникнуть при раздражении кожи химическими веществами.

Сыпь традиционно представляет собой очаговую реакцию кожи на действие микроорганизмов или их токсинов, возникающую нередко при участии гистаминаподобных веществ. Эта реакция обусловлена первичным поражением кожных сосудов, проявляющимся в гиперемии, с последующим развитием воспаления (инфильтрата, гранулемы, некроза). Механизм возникновения сыпи сводится к расширению капилляров, стазу крови и элементам воспалительного процесса. Таким образом, сыпь может появиться при любой инфекционной болезни с генерализацией инфекции, но всегда наблюдается в тех случаях, когда живой возбудитель задерживается в коже.

Экзантемы при инфекционных болезнях различаются не только по частоте появления, но и весьма разнородны по характеру отдельных элементов сыпи, локализации, срокам появления, динамике высыпания (этапность подсыпания) и развития отдельных элементов (трансформация одних элементов в другие). Все эти особенности учитываются при дифференциальной диагностике. Выявление экзантемы базируется на данных осмотра, который оптимально проводить при максимально естественном освещении.

Традиционно экзантемы делятся на первичные и вторичные. Важно определить, представляют ли собой выявленные на коже изменения первичный характер, то есть само повреждение кожи, или же экзантематозные проявления претерпели изменения под действием вторичных факторов (инфекция, травма или лечение).

Объективные изменения кожи принято делить на признаки, которые выявляют состояние кожного покрова в целом (влажность, бледность и т.д.), и на признаки, которые характеризуют локальные изменения кожного покрова. Последние проявляются в виде так называемых морфологических элементов.

В диагностическом процессе очень важны четкое определение отдельных элементов сыпи и единое понимание терминов. В практической работе следует придерживаться определенного единства. Однако дерматологи и инфекционисты не всегда однозначно обозначают те или иные элементы экзантемы. Наиболее отвечают требованиям дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний определения элементов сыпи, которые были сформулированы профессором кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова А.И. Ивановым в 1970 г., и они вошли в терминологический словарь, которым пользуется большинство инфекционистов в настоящее время.

Морфологические элементы — это клинические проявления различных патогистологических изменений в эпидермисе, дерме и гиподерме. Самой сложной для врачей является оценка характера элементов сыпи.

Первичные морфологические элементы возникают на неизменной коже и подразделяются на бесполостные и полостные.

К бесполостным элементам относятся розеола (*roseola*), пятно (*macula*), геморрагия (*haemorrhagia*), папула (*papula*), волдырь (*urtica*), бугорок (*tuberculum*) и узел (*nodus*).

Полостные элементы — это высыпания, имеющие полость, заполненную серозным, кровянистым или гнойным содержимым. К их числу относят пузырек (*vesicula*), пузырь (*bulla*) и гнойничок (*pustula*).

Вторичные морфологические элементы поражения кожи образуются в результате эволюции первичных элементов либо их повреждения при расчесах, либо инфицирования.

К вторичным элементам относятся такие проявления, как дисхромии кожи (гиперпигментация — *hyperpigmentatio* или депигментация — *depigmentatio*), чешуйка (*squama*), корка (*crusta*), эрозия (*erosia*), язва (*ulcus*), трещина (*fissura*), рубец (*cicatrix*), рубцовая атрофия (*atrophia cicatrix*), лихенификация (*lichenificatio*), эксфолиация (*excoriatio*), ссадина, вегетация (*vegetatio*).

Субъективные симптомы — это испытываемые больным различные по интенсивности и характеру ощущения, проявляющиеся в виде зуда, стягивания кожи, жжения, боли. Ниже перечислены различные форменные элементы сыпи, которые могут наблюдаться как при инфекционных,

так и неинфекционных заболеваниях. Вместе с тем необходимо учитывать известную условность данной классификации. Так, у одного и того же пациента одновременно могут быть разные морфологические элементы, как например, при ветряной оспе (пятна, папулы, везикулы, корочки).

В диагностике инфекционных болезней детальный сбор эпидемиологического анамнеза имеет немаловажное значение, так как в ряде случаев он может являться не только вспомогательным, но и решающим фактором в постановке диагноза. Диагностическая информативность эпидемиологического анамнеза на современном этапе особенно ценна в связи с обеднением и трансформацией клинической симптоматики инфекционных болезней, ростом микст-инфицирования.

Под **эпидемиологическим анамнезом** понимают совокупность сведений, характеризующих возможный источник заражения, механизм и пути передачи инфекции, восприимчивость пациента. План сбора эпидемиологического анамнеза включает данные о профессиональной занятости пациента, наличии контактов с источниками и переносчиками инфекции, географический анамнез, сезонность и групповой характер некоторых инфекционных болезней. Необходимо также учитывать, что эпидемиологический анамнез информативен в пределах инкубационного периода предполагаемой инфекции.

При дифференциальной диагностике высыпаний важны возраст больного, данные о ранее перенесенных заболеваниях, проведенных профилактических прививках, склонности к аллергии, принимаемых медикаментах и пищевых продуктах, а также сведения о путешествиях, контактах с животными.

2.1. ОСНОВЫ СТРОЕНИЯ КОЖИ

Кожа состоит из эпидермиса и дермы. С подлежащими тканями кожа соединена подкожно-жировой клетчаткой (рис. 2.1).

Эпидермис включает пять слоев эпидермальных клеток. Самый нижний слой — базальный — отделен от дермы базальной мембраной. Он представляет собой один ряд высоких призматических клеток, расположенных перпендикулярно базальной мембране. Сразу над ним лежит шиповатый слой (3–8 рядов клеток с цитоплазматическими выростами), затем следует зернистый слой (от одного до пяти рядов уплощенных клеток), блестящий, или стекловидный, слой (включает 2–4 ряда безъядерных клеток, различим на ладонях и стопах) и роговой слой, состоящий из многослойного ороговевающего эпителия.

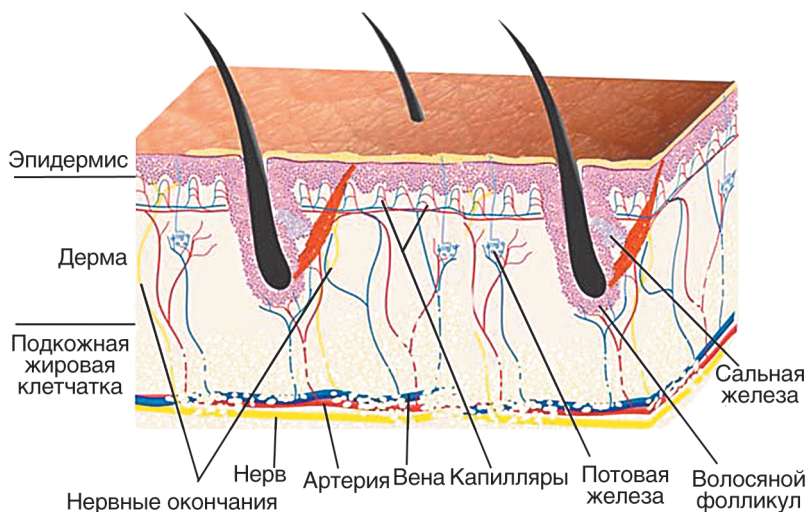


Рис. 2.1. Строение кожи

Дерма представляет собой соединительную ткань и состоит из двух слоев: поверхностного сосочкового слоя, на котором располагаются многочисленные выросты, содержащие петли капилляров и нервные окончания, и глубокого сетчатого слоя, содержащего кровеносные и лимфатические сосуды, нервные окончания, фолликулы волос, железы, а также эластические, коллагеновые и гладкомышечные волокна, придающие коже прочность и эластичность.

Подкожно-жировая клетчатка состоит из пучков соединительной ткани и жировых скоплений, пронизанных кровеносными сосудами и нервными волокнами. Физиологическая функция жировой ткани заключается в накоплении и хранении питательных веществ. Кроме того, она служит для терморегуляции и дополнительной защиты внутренних органов.

2.2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ СЫПИ

Различают следующие морфологические элементы высыпаний на коже: розеола, пятно, эритема, папула, волдырь, бугорок, узел, пузырек, пустула, пузырь, геморрагия.