

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Т.А.ДАМИНОВ, Л.Н.ТУЙЧИЕВ, Н.У.ТАДЖИЕВА

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

*Учебник для студентов 6 курса медицинских вузов
подготовлен на основании типовой программы, утвержденной
Министерством высшего и среднего специального образования
Республики Узбекистан от 2006 г.*

Ташкент
«Янги аср авлоди»
2007

Рецензенты:

А.Г.ГАДАЕВ,

Заведующий кафедрой по подготовке врача общей практики с курсом эндокринологии и аллергологии Ташкентской медицинской академии, д.м.н., профессор

А.Г.ВАЛИЕВ,

Заместитель директора по научной работе НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз д.м.н., профессор

ISBN 978-9943-08-210-6

© «Инфекционные болезни в деятельности врача общей практики». «Янги аср авлоди», 2007 год

ВВЕДЕНИЕ

В связи с подготовкой в высших медицинских учебных заведениях нашей страны врача общей практики (ВОП) возникла необходимость издания для него пособия по инфекционным и детским инфекционным болезням. Как известно, инфекционные больные первично обращаются не инфекционисту, а к врачу общей практики. И ВОП призван заниматься, прежде всего, ранней диагностикой инфекционных болезней. Умение диагностировать инфекции, что нередко представляет существенные трудности, основано на хорошем знании клиники заболевания, а своевременное и адекватное лечение в значительной степени определяет прогноз и исход болезни.

Трудности ранней диагностики инфекционных болезней связаны с недостаточной подготовкой врачей первичного звена. Несмотря на технизацию диагностического процесса, внедрение в практику новых, современных методов диагностики инфекционных болезней врач общей практики остается ключевой фигурой в раннем распознавании инфекционных больных на догоспитальном этапе.

Каково место инфекций в работе врача? Педиатры и терапевты ответят на этот вопрос по-разному. В практике первых заразные болезни имеют больший удельный вес, так как, во-первых, детский организм обладает меньшей сопротивляемостью инфекциям, а во-вторых, родители обычно обращаются к врачу при первых же тревожных признаках. Взрослые реже обращаются к врачу, а медики нередко склонны не регистрировать инфекционные заболевания, особенно острые кишечные инфекции, чтобы избежать утомительных формальностей. Это находит свое отражение в казусах статистики. Как известно, самые распространенные инфекционные заболевания - грипп, вирусные гепатиты и острые кишечные инфекции. Однако несмотря на то, что, например, вирусные гепатиты, обнаруживают явную

тенденцию к росту, увеличения количества острых кишечных инфекций при тех же провоцирующих социально-экономических факторах не отмечается.

Сегодняшние реалии требуют и пересмотра отношения к хроническому гепатиту. Врач общей практики всегда должен помнить о том, что к любому пациенту с хроническим гепатитом нужно подходить как к инфекционному больному. Не может быть хронического гепатита без возбудителя, за исключением 5-7% случаев, приходящихся на долю наследственной патологии или неблагоприятных факторов внешней среды. Хронический гепатит не может быть исходом острого инфекционного процесса - это форма течения инфекционного процесса. Поэтому и вокруг больных хроническим гепатитом формируются семейные эпидочаги, что делает обеспечение в этих очагах эпидрежима принципиально важным. Выполнение этой функции также лежит на враче общей практики, причем этот режим не временный, а постоянный - хронический гепатит требует пожизненной диспансеризации, потому семья такого больного должна оставаться под пристальным вниманием врача общей практики фактически навсегда.

При жалобах на кашель врач общей практики должен не ограничиваться стандартным «этиологическим набором»: простуда, бронхит курильщика и т. п., а пытаться за тем или иным синдромом увидеть его истинную причину. В настоящее время, когда наблюдается эпидемический рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией, ее ранняя диагностика чрезвычайно важна. И роль врача общей практики, который умеет вовремя квалифицировать то или иное заболевание как одну из нозологических форм ВИЧ/СПИД-индикаторной болезни, трудно переоценить. В настоящее время все не так, как было еще 9-10 лет назад. Открыты новые возбудители инфекционных болезней. Меняются схемы лечения как в стационаре, так и на дому. Новая ситуация требует от врача общей практики гибкого, динамичного поведения.

Ранняя диагностика инфекционных болезней имеет важное значение с эпидемиологических позиций. Несвоевременно или неправильно диагностированный инфекционный больной не изолируется. Оставление его в коллективе или госпитализация не по назначению могут привести к эпидемической вспышке или эпидемии болезни.

Сложившийся разрыв уровня диагностики и лечения инфекционных болезней на врачебном (особенно сельском) участке и в стационаре требует незамедлительной коррекции.

Достижения медицинской науки и практики должны стать достоянием врачей не только госпитального, но и до госпитального этапа. Врачу общей практики приходится заниматься и вопросами диспансеризации, и организацией профилактических прививок против инфекционных болезней. Изучению всех этих вопросов посвящен предлагаемый учебник, составленный на основании квалификационной характеристики врача общей практики, типовой программы по инфекционным болезням 6-7 курсов лечебного и медико-педагогических факультетов медицинских вузов Республики Узбекистан.

**ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Глава 1

ПРОПЕДЕВТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Для правильной постановки клинического диагноза от врача требуется тщательно собрать анамнез, оценить основные жалобы, всесторонне обследовать больного. Пропедевтика инфекционных болезней имеет свои особенности и отличия от пропедевтики внутренних болезней. Однако, основные вопросы пропедевтики инфекционных болезней, играющие важную роль в ранней диагностике инфекционной патологии на догоспитальном этапе, не получили должного освещения.

Сбор анамнеза

В первую очередь врач обязан выяснить жалобы больного. Для этого желательно использовать метод «активного» опроса: задавать наводящие вопросы для более полного определения всего спектра жалоб.

При выслушивании жалоб больного необходимо выяснить общее самочувствие больного, трудоспособность, повышение температуры тела (высота, озноб, потливость, длительность), наличие головной боли (локализация, интенсивность, характер, время появления), головокружения, раздражительности, нарушение сна (бессонница, сонливость, прерывистый сон, инверсия), изменение настроения, памяти.

Расспросить о наличии насморка, кашля (частота, сухой, влажный, характер мокроты), одышки, носовых кровотечений, кровохарканья, а также боли в груди при кашле, дыхательных движениях.

Выяснить, отмечались ли случаи сердцебиения, болей в области сердца (время появления, локализация, характер, иррадиация).

Необходимо обратить внимание на аппетит (отсутствует, снижен, повышен), наличие изжоги, отрыжки, тошноты, рвоты (связь с приемом пищи, частота, количество и характер рвотных масс), жажды, сухости во рту, а также вздутие живота, боли в животе (локализация, характер, интенсивность, иррадиация, связь с приемом пищи), стул (нормальный, задержан, понос, число испражнений в сутки, тенезмы, ложные позывы на низ, количество каловых масс, их цвет, консистенция, запах, наличие крови, слизи, глистов, не переваренной пищи).

Выяснить наличие изменения мочеиспускания и диуреза (задержка мочи, частые позывы, болезненность при мочеиспускании, количество мочи и цвет), болей в пояснице (характер - тупые, острые, приступообразные, наличие иррадиации).

Расспросить о наличии болей в мышцах, суставах, костях, их характер влажности, сухости, сыпи и зуда кожи.

Выяснить изменения со стороны психической сферы (бред, галлюцинации, навязчивые состояния, ослабление памяти, настроение), зрения, слуха, обоняния, вкуса.

Подробно расспросить об истории развития настоящего заболевания (*anamnesis morbi*) в хронологическом порядке, что имеет особое значение при инфекционных заболеваниях, т.к. длительность продромального периода, этапность появления клинических проявлений и др. очень важно для диагностики и выбора тактики лечения заболевания.

При этом необходимо обратить внимание на характер начала заболевания (острое, постепенное), день появления новых симптомов и их развитие до момента осмотра больного: у лихорадящих больных обратить внимание на характер лихорадки с первого дня заболевания, ее длительность, тип температурной кривой. У пациентов с наличием желтухи для определения варианта преджелтушного периода необходимо выяснить наличие и длительность преджелтушного периода, его симптомы (день появления темной мочи, обесцвеченных испражнений, желтушности склер и кожи).

Обратить внимание на развитие общетоксических проявлений (головная боль, мышечные боли, нарушение сна и др.).

При наличии сыпи выяснить время ее появления, характер, количество, локализацию, наличие этапности. При диспепсических проявлениях (рвота, частота ее, характер и число испражнений, наличие патологических примесей, тенезмов, ложных позывов) изучить особенности каждого из них подробно.

При наличии болевого синдрома указать на возможную связь его с приемом пищи, отразить локализацию, иррадиацию, характер, интенсивность, периодичность и др.

Выяснить, обращался ли больной к врачу раньше, получал ли лечение в стационаре, ознакомиться с результатами лабораторных исследований, выполненных ранее в стационаре или поликлинике, получал ли лечение на дому (препараты, дозы, продолжительность приема лекарств и их переносимость) и действие этого лечения на дальнейшее течение болезни.

При сборе **эпидемиологического анамнеза** нас должны интересовать сведения, характеризующие возможный источник заражения, механизм и пути передачи инфекции. При многих инфекционных болезнях эпиданамнез порой имеет первостепенное значение в постановке клинического диагноза, особенно на догоспитальном этапе.

При сборе эпиданамнеза необходимо учитывать принадлежность предполагаемого заболевания к той или иной группе инфекций (кишечные, дыхательных путей, кровяные – трансмиссивные и нетрансмиссивные, наружных покровов; антропонозы или зоонозы), профессиональный и географический анамнез, сезонность и информацию об эпидситуации.

Ниже приводятся основные справочные данные для каждой группы инфекционных болезней:

1) с чем связывает больной свое заболевание;

2) опрос о возможности контакта с источником инфекции: наличие инфекционных больных в семье, среди соседей, сотрудников по работе, характер, время и степень контакта. Контакт с больными животными, трупами павших животных. Наличие птиц, грызунов, кровососущих насекомых в окружении больного;

3) санитарно-гигиеническое состояние дома у заболевшего: степень загрязнения двора (квартиры), расположение туалетов, мусорных контейнеров, помойных ям, их санитарное содержание, периодичность профилактического хлорирования, состояние канализации дома и на работе;

4) соблюдение правил личной гигиены: наличие педикулеза в семье, регулярность принятия ванны, душа, мытье рук перед употреблением пищи и после туалета;

5) условия питания: где питается больной (дома, в столовой, в буфетах). Санитарное состояние столовой, качество употребляемой пищи;

6) употребление немытых овощей и фруктов, сырого молока, несвежих пищевых продуктов;

7) условия водопользования: источник водоснабжения (водопровод, арык, колодец, хауз и др.), употребление сырой воды (из открытых водоисточников);

8) выезд за пределы данной местности в районы, неблагополучные по инфекционным заболеваниям, а также за рубеж (бруцеллез, брюшной тиф, малярия, геморрагические лихорадки и др.);

9) купание в открытых водоемах;

10) наличие в анамнезе трансфузий крови, плазмы, кровезаменителей, оперативных вмешательств, лечения у стоматолога, осмотров гинеколога, маникюра, педикюра, татуировки, пирсинга (прокалывание ушей и др.), иглорефлексотерапии, половых контактов, многочисленных инъекций за последние 6-12 месяцев (где и когда);

11) Наличие ранений, укуса животными, ушиба, занозы, потертостей;

12) Профессия больного и возможная ее связь с заболеванием;

13) Число контактных с больным до госпитализации (в семье и коллективе);

14) Иммунологический статус. Перенесенные ранее инфекционные заболевания (какие, когда, тяжесть, течение, проведенное лечение). Профилактические прививки (какие, когда, сколько раз, интервалы, реакции на прививку). Введение лечебных сывороток, иммуноглобулинов (какие, когда, способ введения и их переносимость).

При выяснении истории жизни больного (*anamnesis vitae*) необходимо обратить внимание на физическое и умственное развитие больного соответственно возрасту с рождения. Образование. Начало трудовой деятельности. Семейная жизнь. Сексуальная жизнь. У женщин - гинекологический анамнез (начало и характер менструального цикла, беременности: сколько,

когда и как закончились). Материально-бытовые условия. Жилище. Питание. Условия труда. Профессиональные вредности и интоксикации. Наличие вредных привычек (курение, употребление спиртных напитков, наркотических средств и др.). Частота, количество, характер употребляемых алкогольных напитков, табака, наркотиков, их переносимость.

Большое значение имеет информация о перенесенных заболеваниях, операциях, контузиях, ранениях. Профилактические прививки (кратность, сроки, переносимость, осложнения, реакции). Патологическая наследственность (перенесенные родственниками психические, онкологические, венерические, эндокринные заболевания, туберкулез и др.).

При наличии у больного **аллергии в анамнезе** необходимо выяснить, когда и какие аллергические заболевания перенес больной. Реакция на введение медикаментов. Связь аллергических состояний со временами года и профессиональными вредностями, приемом пищевых продуктов.

Необходимо обратить внимание на настоящее состояние больного (Status presents). Общее состояние больного (тяжелое, средней тяжести, удовлетворительное). Температура тела. Положение больного в постели (активное, пассивное, вынужденное). Сознание (ясное, помраченное, состояние ступора или сопора, бессознательное, кома, бред, галлюцинации). Настроение (возбужденное, эйфоричное, агрессивное, веселое, мрачное, апатичное, иппохондричное, замкнутость, вялость, сонливость, оглушенность и т.д.). Поведение больного (адекватное или неадекватное): реакция на окружающее (обстановку, медицинский персонал, больных).

Наличие повышенной двигательной возбудимости, судорог (тонические, клонические, постоянные или приступами).

Телосложение (правильное, астеническое, гиперстеническое и т.д.), рост, масса тела.

Кожные покровы: цвет (нормальный, иктеричные, землянистый, цианотичный), тургор кожи, степень влажности (нормальная, повышенная), сухость кожи, сыпь (характер, количество, локализация), телеангиоэктазии, «голова медузы», рубцы, расчесы, шелушение. Потливость.

Слизистые оболочки (глаз, полости рта): цвет (бледность, гиперемия, иктеричность), наличие энантемы, инъекция сосу-



Bu tanishuv parchasidir. Asarning to'liq versiyasi
<https://kitobxon.com/uz/asar/1897> saytida.

Бу танишув парчасидир. Асарнинг тўлиқ версияси
<https://kitobxon.com/uz/asar/1897> сайтида.

Это был ознакомительный отрывок. Полную версию
можно найти на сайте
<https://kitobxon.com/ru/asar/1897>