

ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ. СОРТУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРИХ

В.І. Трихліб, В.Л. Савицький, А.В. Верба, С.І. Ткачук

Резюме. *В статті представлені дані стосовно інфекційних захворювань, які виникають під час надзвичайних ситуацій природного характеру. Розглянуті питання щодо сортування інфекційних хворих.*

Ключові слова: *надзвичайні ситуації, інфекційні захворювання, сортування*

Актуальність. На Землі щорічно відбувається близько 10 тис. повеней і понад 100 тис. землетрусів. За оцінками експертів ООН, до 70% збитків світовій економіці від стихійних лих і катастроф завдають екстремальні гідрометеорологічні явища. В останні десятиліття ХХІ сторіччя в світі більше 1 млрд людей стали жертвами стихійних лих, а за даними ООН, за останні 20 років в результаті катастроф і стихійних лих у світі загинуло більше 20 млн чоловік, а економічний збиток перевищив 750 млрд. доларів. За даними ВООЗ, число жертв епідемій різних хвороб в районах, постраждалих від цунамі, землетрусів може навіть перевищувати кількість жертв від самої катастрофи.

Аналіз епідемії, яка була викликана вірусом H5N1 (високопатогенного пташиного грипу), показав економічний збиток понад 20 мільярдів доларів США. За розрахунками ВООЗ, виникнення пандемії грипу може призвести до економічного збитку світової економіки – близько 2 трлн. \$ [1].

Мета: провести аналіз літературних джерел стосовно інфекційних захворювань при надзвичайних ситуаціях та рекомендацій, щодо сортування інфекційних хворих.

Матеріали та методи

Проведено огляд літературних джерел стосовно інфекційних захворювань при надзвичайних ситуаціях, організації сортування інфекційних хворих.

Результати дослідження та їх обговорення

Катастрофи можуть призводити до масових втрат серед населення, коли кількість уражених значно перевищує можливості надання їм своєчасної медичної допомоги медичними установами, що збереглися. Погіршення санітарно-гігієнічного та санітарно-епідемічного стану при стихій-

них лихах і катастрофах супроводжується збільшенням кількості соматичних і інфекційних захворювань. При катастрофах можливий розвиток епідемій (масові інфекційні захворювання) серед населення. Розвиток епідемій може бути пов'язаний з: погіршенням умов розміщення (скупченістю, поганим мікрокліматом); вживанням недоброякісної води та їжі; забрудненням території сміттям, трупами, каналізаційними стоками тощо; підвищенням сприйнятливості людей до інфекції через психічні травми, погіршення харчування, опромінення та інші причини, що знижують опірність організму до захворювання; міграцією населення; порушенням роботи санітарно-гігієнічних, лікувально-профілактичних та санітарно-ветеринарних установ; пізньою ізоляцією інфекційних хворих, труднощів в проведенні протиепідемічних і протиепізоотичних заходів.

Причиною виникнення масових інфекційних захворювань також може бути випадкове розсіювання бактеріальних засобів під час аварій на підприємствах біологічної промисловості і в спеціалізованих біологічних науково-дослідних і протичумних закладах.

Повені, землетруси та інші природні катаклізми спонукають населення до міграції, що призводить до зростання інфекційної захворюваності. За даними попередніх надзвичайних ситуацій, повені, землетруси, селеві потоки нерідко призводять до виникнення спалахів вірусного гепатиту А, дизентерії та інших гострих кишкових інфекцій, холери, черевного тифу, лептоспірозу. Найбільшу небезпеку становлять інфекції, які передаються через воду (черевний тиф, холера, лептоспіроз і гепатит А) [2, 3]. Великий ризик захворювання пов'язаний з зараженням джерел питної води, перебоями з питною водою, низькою її якістю. Прикладом цього є: спалах ГКІ у 1980 році в Судані, в Мозамбіку після повені у 2000 році; спалах холери в Західній Бенгалії в 1998 році. Крім цих інфекцій також спостерігається підвищення кількості захворювань на ГРЗ, пневмонію, із загостренням хронічних захворювань і ін. Рятувальники, які займаються збиранням тіл, підпадають під ризик інфікування туберкульозом, ВІЛ-ом, гепатитом, кишковими інфекціями (ротавірусної діареєю, сальмонельозом, тифо-паратифозними захворюваннями, шигельозом, холерою). Активізуються існуючі природні осередки зоонозних інфекцій.

Джерела антропонозних інфекцій найчастіше знаходяться серед постраждалого населення, включаючи переміщених осіб, але можливе занесення інфекцій рятувальниками, а також місцевим населенням при контакті з ним в місцях тимчасового розміщення. В місцях тимчасового розміщення актуальними є гострі кишкові інфекції вірусної і бактерійної природи (ротавірусна, норовірусна і ентеровірусна інфекції, шигельози, сальмонельози, черевний тиф і паратифи, вірусний гепатит А), гострі респіраторні інфекції (дифтерія, менінгококова інфекція, ГРВІ, грип, кір, паротит та ін.).

Під час катастроф, стихійного лиха можуть активізуватись природно-вогнищеві захворювання, в тому числі і природні осередки висококонтагіозних інфекцій (сибірка, чума, холера). В Україні є понад 10 000 місць, ґрунти в яких забруднені збудниками сибірки. Вони є постійною загрозою захворювання, а при виникненні стихійних катастроф, зокрема повеней, паводків можуть викликати епідемічні спалахи або епізоотії. Під час цих ситуацій створюються сприятливі умови для масового розмноження переносників інфекції. Припинення збору і вивезення сміття, висока скупченість людей в пунктах тимчасового розташування, зростання чисельності гризунів можуть послужити чинниками, що сприятимуть виникненню спалахів інфекційних захворювань, що особливо ймовірно в районах епізоотій. Так на Гаїті після урагану «Флора» (1913 р.) було зареєстровано понад 70 тис. хворих на малярію.

В Україні найбільша кількість людських втрат пов'язана з ситуаціями медико-біологічного характеру. На рік їх реєструється від 36 (2012 р.) до 112 (1998 р.). В останні 5 років на рівні 50-65 випадків. За період з початку 2003 по кінець 2012 року в Україні зареєстровано 2937 надзвичайних ситуацій (НС), в тому числі 1645 техногенного, 1104 природного та 188 соціального характеру [4, 5, 6]. За останні роки в Україні почастишали екстремальні кліматичні явища: катастрофічні повені в Закарпатті (1998, 2001 рр.), Івано-Франківській, Чернівецькій, Тернопільській, Закарпатській, Вінницькій областях (2008 р.); посухи та аномальна спека в 2002, 2003, 2007, 2009 рр. В середньому на рік відбувається близько 6-7 повеней. Вони формуються в будь-який сезон року і часто мають катастрофічні наслідки, зумовлюють руйнування і загибель людей. Повені на гірських річках (Тиса, Прут, річки Криму та ін.) формуються дуже швидко, що ставить великі вимоги до оперативності прогнозування та оповіщення. За останні сорок років катастрофічні повені в Карпатах і Криму спостерігалися більше 12 разів (листопад 1992 р., грудень 1993 р., восени 1998 р.), коли постраждало багато населених пунктів, промислових об'єктів, будівель і були людські жертви. Такі повені бувають в середньому 1 раз на 5-10 років, тривалість їх від 7 до 20 діб і більше.

Також великі повені характерні для річок Дніпро, Дунай, С. Донець, коли бувають затопленими значні території, при цьому в зони затоплення можуть потрапити небезпечні в різному ставленні об'єкти. У 1998 р. були значні затоплення в Миколаївській, Запорізькій, Херсонській, Дніпропетровській, Рівненській та Львівській областях. 23 - 27 липня 2008 р. в західних областях України, виникла надзвичайна ситуація загальнодержавного рівня природного характеру в результаті сильних дощів і викликаного ними підвищення рівня води, затоплення і підтоплення населених пунктів. Загинуло: 39 осіб (з них 8 дітей); підтоплено 862 населених пункти (45326 житлових будинків, 189 медичних установ, в т.ч. 7 санаторіїв, 53

366 домашніх господарств і 72 тис. 129,16 га сільгоспугідь); знищено 655 автомобільних, 592 пішохідних мостів, 988,18 км автодоріг і 158,931 км берегоукріплень; затоплено 30985 колодязів. Пошкоджено та знищено велику кількість житлових будинків. Евакуйовано і відселено 17 201 людей.

Найбільше число інфекційних хворих зареєстровано на території Івано-Франківської області (821 випадок, в т.ч. 441 у дітей, з них 756 випадків гастроентероколітів, 18 вірусних гепатитів А, 32 дизентерії, 14 сальмонельозу). Також і у Львівській області зареєстровані хворі на гострі гастроентероколіти, вірусний гепатиту А, ентеровірусну інфекцію, лептоспіроз, дизентерію.

В Україні широко поширені активно діючі природні осередки небезпечних інфекцій: туляремії (у 23 областях), лептоспірозу (у всіх регіонах), сибірки (у 16 областях), лихоманки Ку (у 9 областях), кліщового енцефаліту (у 8 областях), геморагічної лихоманки з нирковим синдромом (у 10 областях), вірусу Західного Нілу (у 7 областях), Каліфорнійського енцефаліту (у 7 областях), вірусу Укуньємі (в 6 областях). Є ареали поширення псевдотуберкульозу, лістеріозу, хвороби Лайма та інших природно-вогнищевих інфекцій.

На даний час в Україні є нестійка епідемічна ситуація з лептоспірозу, відмічається активізація природних та антропоургічних вогнищ. Протягом 1995-2013 років захворюваність на лептоспіроз коливалася від 0,60 (2011) до 3,17 (1998) з тенденцією до зниження. Проте в останні 3 роки при рівні захворюваності 0,60 у 2011, 0,69 у 2012 та 0,84 на 100 тис. населення у 2013 роках намітилося деяке зростання показника, але тенденція до зниження все ж залишається.

У 2013 р. – поодинокі випадки захворювань на бруцельоз, паратифи, кліщовий вірусний енцефаліт (по 3), лихоманку Західного Нілу (4), дифтерії (2013 р. – 6, за 5 останніх років – 112 випадків).

На території країни налічується 13,5 тис. стаціонарно-несприятливих пунктів, їх існування створює потенційну загрозу епізоотичного та епідемічних ускладнень. В Україні реєструються випадки захворювань і на ОНІ. В Україні також широко поширені активно діючі природні осередки небезпечних інфекцій: туляремії (у 23 областях), лептоспірозу (у всіх регіонах), сибірки (у 16 областях), лихоманки Ку (у 9 областях), кліщового енцефаліту (у 8 областях), геморагічної лихоманки з нирковим синдромом (у 10 областях), вірусу Західного Нілу (у 7 областях), Каліфорнійського енцефаліту (у 7 областях), вірусу Укуньємі (в 6 областях). Також є ареали поширення псевдотуберкульозу, лістеріозу, хвороби Лайма та інших природно-вогнищевих інфекцій. За період з 1995 по 2013 рр. в Україні зареєстровано 192 випадки захворювань на туляремію. Захворюваність у 2013 році склала 0,004 (2 випадки), у 2012 р. – 0,01 (3 випадки),

у 2011 р. – 0,017 (8 випадків), у 2010 р. – 0,01 (3 випадки), у 2009 р. – 0,002 на 100 тис. населення (1 випадок), у 2005 р. – 0,048 (23 випадки). За період з 1995 по 2012 роки на території України було зареєстровано 83 випадки захворювань людей на сибірку. У 2013 р. – поодинокі випадки захворювань на бруцельоз, паратифи, кліщовий вірусний енцефаліт (по 3), лихоманку Західного Нілу (4), дифтерії (2013 р. – 6, за 5 останніх років – 112 випадків).

Історія України знає немало фактів занесення в Україну різноманітних інфекцій, які передаються повітряно-крапельним шляхом: «дитячих» інфекцій, «свинячого» грипу та ін.

Необхідність «санітарного» кордону обумовлена можливістю ввезення різних інфекційних захворювань, тому що щорічно кордон України перетинають близько 3,5 млн робочих, 7 млн пасажирів, більше 80 тис. моряків, невизначена кількість нелегалів і при чому часто з країн, ендемічних за ООН. Можливе ввезення «карантинних захворювань» (чума, холера та ін.), лихоманки Ебола, Ласса і інших геморагічних лихоманок, «пташиного», «свинячого» грипу, коронавірусної інфекції, рота- і норовірусної інфекцій. У зв'язку з цим необхідні: зміни в законодавчій базі, нормативне забезпечення, організація і впровадження заходів «санітарної» охорони території України.

За оперативними даними, за 2013 р. кількість транспортних засобів, що прибули з несприятливих щодо особливо небезпечних інфекцій країн, становила 44 959 одиниць, із них несприятливих з: чуми – 19 200; холери – 3 178; жовтої лихоманки – 173; контагіозних вірусних геморагічних лихоманок – 728; малярії – 14 778; інших особливо-небезпечних інфекцій – 6 902.

Тобто, в Україні існують умови для виникнення спалахів та епідемій різноманітних інфекційних захворювань, в тому числі і особливо небезпечних.

При організації лікувально-профілактичних заходів при надзвичайних ситуаціях слід враховувати, що до особливо небезпечних інфекцій відносять захворювання, збудники яких відрізняються високою вірулентністю і контагіозністю, стійкістю у зовнішньому середовищі, тривалим виживанням в харчових продуктах і воді, на предметах побуту і які можуть передаватися різними шляхами. Захворювання, викликані ними, мають тяжкий перебіг, супроводжуються частими ускладненнями і характеризуються високою летальністю. До них належать: чума (легенева форма), холера, сибірська виразка (генералізована форма), меліоїдоз, жовта лихоманка, геморагічні лихоманки (Ласса, Марбург, Ебола, Мачупо, Західного Нілу).

До інфекційних захворювань, які в надзвичайних ситуаціях мають тенденцію до швидкого поширення і можуть викликати епідемічні спала-

хи, відносяться до небезпечних наступні: сап, бруцельоз, туляремія, лептоспіроз, лістеріоз, дифтерія, менінгококова інфекція, черевний тиф, висипний тиф, орнітоз, ботулізм і деякі інші інфекції. Також є група високо контагіозних захворювань, збудники яких в першу чергу вражають дитячий контингент (дифтерія, поліомієліт, кір, скарлатина, коклюш і ін.) [7].

Під час надзвичайних ситуацій можливі наступні варіанти організації надання медичної допомоги інфекційним хворим в залежності від масштабу:

При об'єктних та місцевих НС медичну допомогу в повному обсязі надають в медичних закладах в межах міста (району), де сталася катастрофа; евакуація хворих здійснюється на короткі відстані, залучення сил та засобів з інших регіонів не відбувається.

При великих розмірах катастрофи, в зону лиха висуваються рухливі сили і засоби закладів охорони здоров'я та санітарно-профілактичної служби з сусідніх міст, районів, областей та надання медичної допомоги здійснюється в повному масштабі після евакуації постраждалих, хворих за межі зони лиха в інші регіони країни.

При наданні допомоги слід дотримуватись наступних вимог: своєчасності, спадкоємності в проведенні лікувально-профілактичних заходів, обов'язкового дотримання правил протиепідемічного режиму.

Після активного виявлення хворих за допомогою медичних бригад (лікар, медична сестра), які формуються на базі поліклінік, диспансерів та медичних пунктів, з проведенням опитування населення і огляду хворих або підозрілих на інфекційне захворювання та постановки попереднього діагнозу, надається перша лікарська допомога (невідкладна допомога хворим у тяжкому стані, лікування хворих при затримці евакуації, забір матеріалу для бактеріологічного дослідження та направлення його у визначені лабораторії).

Ефективність надання медичної допомоги та профілактичних заходів інфекційним хворим в значній мірі залежить від своєчасного і правильного встановлення діагнозу. В період розпалу інфекційних захворювань з розгорнутою клінічною картиною, з характерними клінічними проявами захворювання встановлення діагнозу у більшості спалахів інфекційних захворювань великих труднощів для лікарів не представляє. Найчастіше реєструються епідемічні спалахи або епідемії інфекційних захворювань, які часто зустрічаються лікарям: гострі респіраторні захворювання, «дитячі» інфекції, гострі кишкові інфекції (сальмонельоз, шигельоз, ешерихіоз та інші захворювання), вірусні гепатити. В той же час можливі спалахи інфекційних захворювань, менш відомих: кишкових (псевдотуберкульоз, холера, тифо-паратифозні), природно-вогнищеві і трансмісивні (лептоспіроз, геморагічна лихоманка з нирковим синдромом, кліщовий енцефаліт, кліщовий бореліоз, малярія, висипний тиф, лихоманка Західного Нілу та

ін.), небезпечних геморагічних лихоманок, які занесені в нашу країну (Ебола, Ласса, Марбург та ін.), у великих містах при аваріях каналізаційних і водопровідних систем, в сільській місцевості не виключена поява епідемічних спалахів поєднаних кишкових інфекцій з атиповими ознаками (вірусний гепатит, черевний тиф, шигельоз, холера та ін.), а також із комбінованим ураженням (поранення плюс інфекційне захворювання).

У зв'язку з цим на догоспітальному етапі можуть виникнути серйозні труднощі в процесі ранньої клінічної діагностики інфекційних захворювань. У цих випадках доцільно використовувати клініко-синдромальний принцип діагностики шляхом виявлення провідних, головних синдромів та симптомів захворювання. Це особливо важливо при наданні медичної допомоги хворим з тяжкими блискавичними формами деяких інфекційних захворювань (менінгококова інфекція, дифтерія, сальмонельоз, холера, геморагічні лихоманки та ін.).

При проведенні лікувально-евакуаційних заходів на амбулаторно-поліклінічному етапі виділяють наступних хворих:

- хворі, які потребують негайної медичної допомоги;
- хворі, які можуть бути евакуйовані в найближчу інфекційну лікарню (відділення госпіталю), яка не постраждала при надзвичайних ситуаціях;
- хворі, яких слід направити у інфекційне відділення для подальшої оцінки тяжкості стану і лікування;
- хворі, які потребують амбулаторно-поліклінічного обслуговування і можуть бути проліковані в умовах на дому.

Також медичне сортування інфекційних хворих на догоспітальному етапі передбачає виділення однорідних груп хворих: а) за попереднім діагнозом і епідемічною безпекою; б) по тяжкості і евакуаційному призначенню [8].

При медичному сортуванні інфекційні хворі за початковими клінічними ознаками розподіляються на п'ять основних груп:

- з переважним ураженням верхніх дихальних шляхів і легень;
- з переважним ураженням шлунково-кишкового тракту;
- з ознаками вогнищового ураження нервової системи;
- з ураженням шкіри та слизових оболонок;
- з вираженим синдромом загальної інтоксикації без локальних органних уражень.

З урахуванням того, що найчастіше спалахи або епідемії обумовлені певною *однією інфекцією (моноінфекцією)*, медичне сортування проводять в залежності від тяжкості стану та евакуаційного призначення в інфекційний стаціонар.

Тяжкість стану хворих визначається на підставі виявлених у хворого клініко-патогенетичних ознак (задовільний, середньої тяжкості, тяжкий та

вкрай тяжкий). При зовнішньому огляді потерпілих (хворих) і їх опитування визначається наявність або відсутність свідомості, форми порушення свідомості – сплутаність свідомості, сопор або кома, реакція зіниць на світло, пульс, артеріальний тиск, особливості дихання, зміна кольору та тургору шкірних покривів; провідний синдром, загрозливий на даний момент життю ураженого (хворого).

При епідемічних спалахах, *викликаних декількома інфекціями (полі-інфекція)*, необхідно виділяти однорідні групи хворих за попереднім діагнозом (з урахуванням переважного ураження окремих органів і систем) та за епідеміологічною небезпекою. Сортування проводиться на виявленні провідного клінічного синдрому.

Враховують, що евакуація та її черга здійснюється в залежності від транспортабельності інфекційних хворих з урахуванням тяжкості стану, умовами транспортування: відстані, тривалості, виду транспорту, характеру дороги при евакуації автотранспортом, висоти польоту при евакуації авіатранспортом та іншими факторами.

При *поліетиологічному спалаху* при евакуації із зони надзвичайних ситуацій, виділяють наступні потоки хворих: хворі із висококонтагіозними інфекціями; хворі із заразними інфекціями; хворі з малоконтагіозними інфекціями; хворі з неконтагіозними інфекціями.

Хворих з вогнищ особливо небезпечних інфекцій, як правило, не евакуюють, або евакуація різко обмежена. У разі необхідності проведення евакуації, при її здійсненні необхідно забезпечити виконання вимог протиепідемічного режиму з метою недопущення поширення інфекції на шляхах евакуації (виділення спеціальних шляхів евакуації, невпинний рух через населені пункти, по вулицях міст; наявність засобів дезінфекції в автотранспорті, супровід транспорту медперсоналом, організація санітарно-контрольних пунктів при виїзді з вогнищ та ін.) [9].

В залежності від черги евакуації виділяють наступні потоки хворих: а) хворі з повітряно-крапельними інфекціями; б) хворі з іншими інфекційними захворюваннями. В першу чергу евакуюються тяжкі хворі і всі заражені висококонтагіозними захворюваннями і які мають ознаки ураження органів дихання. Хворі з ОНІ направляються в інфекційні лікарні у боксовані відділення, які працюють на суворому протиепідемічному режимі. При ураженні ботулотоксином, захворюванні на гострі септичні форми меліоїдозу, сибірської виразки, чуми і т.д., кількість тяжкохворих та нетранспортабельних може зростати при тривалій затримці в евакуації.

Хворі в стані середньої тяжкості і хворі на заразні інфекції з ознаками ураження органів травлення евакуюються в другу чергу. Хворі направляються у інфекційні відділення. При нестачі ліжок, можливе їх розміщення в терапевтичних відділеннях, переведених на режим роботи інфекційних відділень.

Всі інші категорії хворих – в третю чергу. Лікування хворих на легкі форми контагіозних, малоконтагіозних і не контагіозних інфекцій може в залежності від обставин проводитися в домашніх умовах з використанням етіотропної терапії.

Категорично забороняється евакуювати інфекційних хворих спільно з соматичними хворими, а також транспортом громадського користування. В одній машині можна перевозити тільки хворих з одним і тим же інфекційним захворюванням або з не контагіозними інфекціями. Авіатранспортом можуть бути евакуйовані всі інфекційні хворі, крім тих, що знаходяться в стані різкого психічного збудження. Транспорт повинен бути обладнаний бачками з водою, підкладним суднами, сечоприймачами, відрами для зливу виділень хворих, дезінфікуючими розчинами.

Тяжкохворих з заразними інфекціями повинен супроводжувати лікар або фельдшер, забезпечений всім необхідним для надання невідкладної допомоги в дорозі [10].

У мобільному інфекційному госпіталі, інфекційних відділеннях, ізоляторах хворих розподіляють за встановленим первинним діагнозом або початковими клінічними ознаками захворювань (синдромам) на потоки: перший – з переважним ураженням дихальних шляхів і легень; другий – з ураженням шлунково-кишкового тракту і органів травлення; третій – з ураженням центральної нервової системи (ЦНС); четвертий – з ураженням шкіри і слизових оболонок; п'ятий – з вираженими синдромами загальної інтоксикації без локальних органних уражень. Також проводиться сортування в залежності від ступеня тяжкості. При встановленні етіології розподіл здійснюється по нозологічному принципу та ступеню тяжкості.

Перший потік – хворі (найбільш небезпечні для оточуючих) з вираженими ознаками ураження органів дихання: кашель з мокротою (часто кров'янистою), задишкою, болем у грудях, хрипами в легенях (легеневі форми чуми і сибірської виразки, орнітоз, легіонельоз і ін.), симптомами загальної інтоксикації і лихоманки. При їхньому лікуванні потрібне проведення суворих протиепідемічних заходів.

Другий потік – хворі (менш небезпечні в епідеміологічному відношенні) з ураженням органів травлення, при яких загально інтоксикаційний синдром поєднуються з вираженими шлунковими і кишковими симптомами (блювання, пронос, болі в животі, болючість кишківника) – холера, черевний тиф, ураження стафілококовим токсином, геморагічні лихоманки, гостра дизентерія, сальмонельозний гастроентерит.

Третій потік – хворі (малонебезпечні або зовсім безпечні) на ботулізм, правець, сказ, бактеріальний і вірусний менінгоенцефаліт і енцефаломієліт. Хворих даної групи об'єднує наявність патологічних змін в ЦНС (раннє порушення свідомості і менінгеальні симптоми при менінгоенцефаліті, туман перед очима і двоїння предметів при ботулізмі; відчуття

напруги і труднощі при відкриванні рота, судомні скорочення м'язів обличчя і потилиці при правці).

Четвертий та п'ятий потоки розподіляють на хворих з високо- і малоконтагіозними інфекціями. У хворих четвертого потоку є різноманітний висип (плямистий – при кліщових рикетсіозах, кору; геморагічний – при геморагічних лихоманках, висипному тифові), виражена інтоксикація. У хворих п'ятого потоку – виражений загальноінтоксикаційний синдром, висока лихоманка, тяжкий стан (сап, меліоїдоз, бруцельоз).

При необхідності подальшої евакуації в першу чергу евакуюють хворих з урахуванням транспортабельності – тяжкі хворі і всі заражені висококонтрагіозними інфекціями з ознаками ураження органів дихання. Хворих в стані середньої тяжкості і хворих на контрагіозні інфекції з ознаками ураження органів травлення евакуюють у 2-у чергу, всі інші категорії хворих – в 3-ю чергу.

Висновки

Проведене дослідження вказує на необхідність подальшого проведення дослідження стосовно сортування хворих з комбінованим ураженням.

Література

1. <http://www.who.int/hac/techguidance/ems/floods/ru/>
2. Національна Доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2012р. http://www.mns.gov.ua/files/prognoz/report/2012/2_2012.pdf
3. С.О. Гур'єв, В.Д. Шищук, Ю.В. Шкатула - Медицина надзвичайних ситуацій. Екстрена медична допомога. [Електроний ресурс]. – Доступ з інтернету: http://elkniga.info/book_48.html
4. Одокієнко С.М. Аналіз виникнення надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру в Україні / С.М. Одокієнко, Л.А. Тарандушка // Пожежна безпека: теорія і практика. – 2013. – №15' – С.115-123: [Електроний ресурс]. – Доступ з інтернету: https://er.knutd.edu.ua/bitstream/123456789/6103/1/Pbtp_2013_15_23.pdf
5. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2011 році: [Електроний ресурс]. – Доступ з інтернету: http://undicz.dsns.gov.ua/files//2011/2_2011.pdf
6. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2014 році: [Електроний ресурс]. – Доступ з інтернету: <http://undicz.dsns.gov.ua/ua/Nacionalna-dopovid-pro-stan-tehnogennoyi-ta-prirodnoyi-bezpeki-v-Ukrayini.html>
7. <http://www.belkmk.narod.ru/clinic/antiepyd.htm>
8. http://www.critical.ru/mk/lectures_02/lecture06.htm
9. <http://medbookaide.ru/books/fold9001/book2031/p12.php>
10. <http://med.tehlit.ru/kn6/str211.htm>

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ. СОРТИРОВКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

В.И. Трихлеб, В.Л. Савицкий, А.В. Верба, С.И. Ткачук

Резюме. В статье представлены данные относительно инфекционных заболеваний, которые развиваются при чрезвычайных ситуациях природного характера. Рассмотрены вопросы относительно сортировки инфекционных больных.

Ключевые слова: чрезвычайные ситуации, инфекционные заболевания, сортировка

INFECTIOUS DISEASES IN EMERGENCY SITUATIONS. SORTING OF INFECTIOUS PATIENTS

V. Trykhlіb, V. Savytskyi, A. Verba, S. Tkachuk

Summary. This article contains data illustrating infectious diseases that usually develop in emergency natural situations. Main questions regarding the sorting of infectious patients were analyzed.

Key words: emergency situations, infectious diseases, sorting

УДК 614.1

СМЕРТНІСТЬ ВІД ГРИПУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В 2015 – 2016 ЕПІДЕМІЧНОМУ СЕЗОНІ

О.О. Артемчук, Т.Т. Дихановська, Р.А. Родина, І.В. Демчишина

Резюме. Грип та ГРВІ являються однією з найбільш актуальних медичних та соціально-економічних проблем країни. Це обумовлене високою розповсюдженістю захворювання, його складним перебігом, високим ризиком смертності та виникненням тяжких ускладнень. Авторами проведено статистичний аналіз захворюваності та смертності на грип та ГРВІ в 2015 – 2016 епідемічному сезоні, надано етіологічне розшифрування летальних випадків, визначено вразливі групи населення (за віком, статтю або наявності факторів ризику) та оцінено вакцинальний статус померлих. Обґрунтовані питання щодо вакцинопрофілактики як найбільш ефективного засобу запобігання важкого перебігу хвороби, ускладнень та смерті від грипу.

Ключові слова: захворюваність, смертність, групи ризику, вакцинація