

# Роль лікарів первинної медичної допомоги в боротьбі з інфекційними хворобами

Н.Г. Гойда<sup>1</sup>, Р.О. Харитонюк<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>Рівненська міська лікарня

У статті показана роль сімейного лікаря в боротьбі з інфекційними хворобами. На основі існуючих нормативних та методичних документів наведений алгоритм дій сімейного лікаря при встановленні діагнозу окремих інфекційних захворювань та обсяг лабораторних обстежень.

**Ключові слова:** сімейний лікар, інфекційні хвороби, тактика ведення інфекційних хворих на догоспітальному етапі.

Незалежно від змін, які відбуваються в суспільстві в цілому і в охороні здоров'я зокрема, незмінними залишаються дві обставини:

- наявність інфекційних захворювань, як відомих раніше, так і нових;

- необхідність хворим з інфекційною патологією отримувати повноцінну медичну допомогу.

Існування відомих, особливо небезпечних інфекційних захворювань та нових збудників і нових вірусних та бактеріальних інфекцій, у тому числі епідемії ВІЛ-інфекції, ставлять перед інфекційною службою особливі вимоги, позаяк від її організації, оснащення, підготовки персоналу залежить не тільки здоров'я окремого хворого, а й безпека держави.

Сьогодні інфекційні захворювання є однією з причин низького рівня здоров'я та високого рівня загальної смертності. Це не лише проблема життя та здоров'я окремої людини, але й важлива соціально-економічна проблема, що має наслідки для благополуччя держави та людства в цілому.

Інфекційна захворюваність викликає занепокоєність не лише через свою поширеність, але й через загрозу, яку вона становить для здоров'я нації, її економіки і міжнародного іміджу держави.

Протягом останніх років щороку з приводу інфекційних хвороб по медичну допомогу в Україні звертаються 8–9 млн осіб.

Питома вага інфекційної патології в структурі загальної захворюваності досить велика. Інфекційні захворювання щорічно реєструють з високою частотою, а по деяких нозологічних формах періодично відзначають спалахи і навіть епідемії (грип). За період з 2001 р. до 2011 р. виникло 444 спалахи, під час яких постраждали 17 253 особи, з них 10 188 (60%) – діти.

Відомо, що під час спалахів інфекційних захворювань країни несуть величезні економічні витрати (табл. 1).

Аналіз захворюваності на інфекційні хвороби в Україні за період з 1995 р. по 2011 р. виявив тенденцію до її зниження. У 2011 р. було зареєстровано 525,51 випадку на 100 тис. населення проти 1025,76 у 2002 р. та 543,5 у 2010 році (без грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ)).

По медичну допомогу з приводу інфекційних хвороб у 2011 р. звернулися понад 8,3 млн громадян по 67 нозологічних формах, що становило 18 136,3 проти 18 658,5 на 100 тис. населення у 2010 р. та є на 5,9% менше захворюваності, ніж у 2010 р.

Серед усіх інфекційних хвороб, що реєструють в Україні, найбільший вплив на стан здоров'я населення мають: грип та ГРВІ; вірусні гепатити; сальмонельоз; ротавірусні інфекції; інфекційні захворювання, керовані засобами специфічної профілактики, особливо небезпечні хвороби; паразитарні хвороби.

У структурі інфекційної захворюваності до 97% припадає на грип та ГРВІ.

Ураховуючи, що багато інфекційних захворювань характеризуються високою контагіозністю, обслуговування цієї категорії пацієнтів потребує особливої уваги. «95% усіх захворювань людини мають інфекційну природу», зробив висновки Луї Пастер ще у XIX ст., що все більше і більше знаходить підтвердження у XXI ст.

В Україні функціонує чітка система обслуговування хворих інфекційного профілю:

- амбулаторно-поліклінічна допомога (у поліклініках міст і районів функціонують кабінети інфекційних захворювань (КІЗ), що обслуговують хворих інфекційного профілю);

- стаціонарна допомога (інфекційні лікарні, інфекційні відділення у складі багатопрофільних міських або районних лікарень).

Щодо стаціонарної допомоги, то внаслідок зменшення населення щорічно зменшується число інфекційних ліжок, тому що існує норматив з розрахунку на кількість населення. Щоб ця тенденція не відбилася на якості обслуговування хворих, на нашу думку, необхідно своєчасно провести реорганізацію інфекційної служби.

Виходячи з нормативних документів, госпіталізація інфекційного хворого обов'язкова лише у разі таких інфекцій: амєбiaz, сказ, бореліоз, бруцельоз, ВІЛ-інфекція, геморагічна лихоманка, вірусні гепатити, герпетична інфекція, дифтерія, ієрсиніоз, Ку-лихоманка, легіньоз, вісцеральний лейшманіоз, лептоспіроз, малярія, менінгококова інфекція, поліомієліт, псевдотуберкульоз, рикетсіоз, сепсис, сибірська виразка, спірохетози, правець, черевний тиф і паратифи, висипний тиф, туляремія, холера, чума, вірусні енцефаліти, ящур.

Показання до госпіталізації або лікування амбулаторно (вдома) повинні визначати лікарі індивідуально за таких інфекцій: ангіна, вітряна віспа, грип, ОРЗ, дизентерія, гелмінтози, кашлюк, кір, краснуха, інфекційний мононуклеоз, орнітоз, паротит епідемічний, пневмонія, бешиха, сальмонельоз, скарлатина, стафілококова інфекція, харчові токсикоінфекції, токсоплазмоз, еризипеліоз, ешерихіоз.

Велику увагу звертають на карантинні і так звані особливо небезпечні інфекції: чуму, холеру, жовту лихоманку, натуральну віспу, деякі геморагічні лихоманки. При цих захворюваннях госпіталізація абсолютно обов'язкова.

При визначенні показань для госпіталізації інфекційного хворого беруть до уваги діагноз та важкість стану хворого, його вік, ступінь епідеміологічної небезпеки для оточуючих,

Приклади економічних витрат на ліквідацію великих спалахів інфекційних захворювань

Рік	Країна (місто)	Захворювання	Збитки (долари США)
1979-1984	Нью-Йорк	Туберкульоз	Більше 1 млрд
1990-1998	Малайзія	Вірус Hnux	540 млн
1991	Велика Британія	Губчаста енцефалопатія великої рогатої худоби	38 млрд
1994	Індія	Чума	2 млрд
1997	САР, Гонконг	Пташиний грип	22 млн
1998	Танзанія	Холера	770 млн
1999	Нью-Йорк	Лихоманка західного Нілу	Близько 100 млн
1999	Російська Федерація	Туберкульоз	Більше 4 млрд
2003	Китай, САР Гонконг, Канада	Атипова пневмонія	15 млрд

наявність супутніх захворювань і ускладнень, побутові умови (можливість дотримання епідемічного режиму і догляд за пацієнтом вдома, матеріальне положення сім'ї і багато іншого). Існують багато документів Міністерства охорони здоров'я України, які регламентують як амбулаторне, так і стаціонарне лікування хворих.

У 1990 році ВООЗ була прийнята «Хартія прав дітей, що перебувають на лікуванні в лікарні». У першому параграфі Хартії зазначено, що госпіталізація дітей виправдовується тільки у тому разі, якщо вдома (амбулаторно) не може бути надана адекватна (необхідна) допомога.

При лікуванні інфекційних хворих у домашніх умовах медичні працівники беруть на себе велику відповідальність за організацію і динамічне спостереження, проведення повноцінної терапії і обов'язкове виконання контрольних лабораторних досліджень.

Ураховуючи реформування первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, ми на основі діючих нормативних документів, глибокого аналізу ситуації з інфекційною захворюваністю в Україні та в Рівненській області і особистого практичного досвіду сформуваємо наше бачення ролі лікарів первинної медичної допомоги, у першу чергу лікарів загальної практики – сімейної медицини, у наданні допомоги хворим з інфекційною патологією та її профілактиці. Основний зміст цього процесу – це вироблення тактики дільничного, сімейного лікаря або іншого лікаря-спеціаліста при вже встановленому нозологічному діагнозі. Однак сам процес встановлення діагнозу є надзвичайно відповідальним. У процесі діагностичного пошуку, маючи дані об'єктивного огляду, визначають тип лихоманки, висипу, характер діареї, жовтяниці, респіраторного синдрому та інших проявів, які властиві інфекційним захворюванням. Особливу увагу при цьому слід приділяти дотриманню етичних норм і деонтологічних принципів, тому як діагностичні заходи нерідко проводять вдома у присутності родичів хворого.

Усі хворі на інфекційні захворювання, особи з підозрою на інфекційні захворювання і контактні, а також особи, які є носіями збудників інфекційних захворювань, підлягають обстеженню і лікуванню.

Про кожний випадок інфекційної хвороби, носійство збудників інфекційних захворювань і підозри на інфекційну хворобу лікарі всіх спеціальностей, незалежно від організаційно-правових форм діяльності і форм власності, а також лікарі і середній медичний персонал, що займаються приватною медичною практикою, протягом двох годин

повідомляють про випадок по телефону, а потім протягом 12 год у письмовій формі надсилають термінове повідомлення встановленої форми в територіальну установу державної санітарно-епідеміологічної служби за місцем реєстрації випадку (незалежно від місця проживання хворого).

Лікувально-профілактичний заклад, що змінює чи уточнює діагноз, протягом 12 год подає нове термінове повідомлення на даного хворого в установу державної санітарно-епідеміологічної служби за місцем виявлення хворого, зазначаючи змінений (уточнений) діагноз, дату встановлення та попередній діагноз.

Ми вважали за необхідне узагальнити тактику лікарів первинної медичної допомоги (ПМД) у разі виявлення основних нозологій інфекційних хвороб.

*Тактика лікаря ПМД у разі виявлення гострої кишкової інфекції*

- Обов'язковій госпіталізації підлягають:
- хворі із середньоважким і важким перебігом хвороби;
  - особи декретованих професій;
  - особи похилого віку;
  - особи із супутньою важкою патологією;
  - хворі, що проживають у гуртожитках.

У випадку прийняття рішення про лікування хворого вдома, слід надати йому рекомендації з режиму та дієти, призначити лікувальну терапію і бактеріологічне обстеження (у перший же день ще до призначення антибактеріальних препаратів), копрограму (до початку призначення антибактеріальних препаратів). У складних випадках необхідна консультація інфекціоніста. Далі призначають додаткові обстеження: серологічний і клінічний аналіз крові, аналіз сечі, калу на яйця гельмінтів і т.д. Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження на кишкову групу можна проводити як у відділеннях інфекційних лікарень, так і вдома.

Виписка хворих зі стаціонару: контрольні бактеріологічні дослідження калу проводяться через три дні після нормалізації випорожнень, температури тіла і через два дні після закінчення лікування (відміна антибактеріальних препаратів). Осіб, які перенесли кишкові інфекції невстановленої етіології, виписують без контрольного обстеження, а декретовані контингенти – з одним негативним результатом бактеріологічного дослідження. Хворих на дизентерію, яким діагноз підтверджений бактеріологічно (крім дизентерії, викликаної шигелами Флекснера), виписують з одним негативним контролем бактеріологічного дослідження, декретованих – з двома негативними контрольними бактеріологічними дослідженнями

ми. Хворих на дизентерію Флекснера виписують з двома негативними бактеріологічними дослідженнями калу, декретованих – з трьома.

Роботу з контактними в осередку проводять згідно з відповідними директивними документами. Бактеріологічному обстеженню на патогенну кишкову флору підлягають контактні особи декретованих професій і особи, що до них прирівнені.

Диспансеризації підлягають особи, що перенесли дизентерію Флекснера і є:

- працівниками харчових підприємств і особи до них прирівнені; тривалість диспансерного спостереження складає три місяці з щомісячним бактеріологічним дослідженням калу на інфекції кишкової групи;

- пацієнтами психоневрологічних інтернатів, психіатричних лікарень і інших закритих установ для дорослих; диспансерне спостереження за ними ведеться протягом 6 міс з 2-разовим бактеріологічним обстеженням на патогенну кишкову флору протягом місяця і з 2-тижневим інтервалом, а в подальшому – 1 раз у місяць.

#### *Тактика лікаря при гострому гепатиті*

Госпіталізацію при гострому вірусному гепатиті проводять залежно від вираженості клінічних проявів та епідеміологічних показань. Допускається до лікування хворих в амбулаторно-поліклінічних умовах, продовження листка непрацездатності згідно зі ступенем важливості захворювання. У разі підозри на гепатит проводять дослідження на аланінамінотрансферазу (АлАТ), білірубін, лужну фосфатазу, осадкові проби: у випадку незначного підвищення АлАТ при соматичних захворюваннях і без них проводять обстеження хворого на маркери вірусних гепатитів (HAV IgM, HBsAg, антитіла до HCV).

Робота з контактними: контактні за ВГА підлягають спостереженню протягом 35 днів з моменту ізоляції останнього хворого. За особами, що перебували в контакті з хворими, встановлюють медичне спостереження 1 раз у 5 днів, проводять огляд шкіри, склер, слизових оболонок, вимірюють температуру тіла, клінічно оцінюють стан печінки.

Обстеження контактних при ВГА проводиться двічі: на другий день виявлення і через 12–15 днів.

#### *Тактика лікаря при ангіні*

При встановленні діагнозу ангіни потрібно:

- активно спостерігати за хворим протягом 3 днів;
- обстежити на збудник дифтерії в перший день (до вживання антибактеріальних препаратів);
- під час огляду зів'я відзначити його колір, наявність набряку, нальоту, його межі, легкість видалення, описати стан лімфатичних вузлів.

Госпіталізації підлягають хворі із середньоважким і важким перебігом хвороби, а також у разі виявлення нетоксигенної коринібактерії дифтерії, з паратонзиллярним абсцесом, з важкою сугубою патологією, а також хворі на ангіну з осередків дифтерії.

#### *Тактика лікаря при дифтерії*

Госпіталізація в інфекційний стаціонар є обов'язковою для хворих на дифтерію, з підозрою на дифтерію, а також носіїв коринібактерії дифтерії.

У разі відмови від госпіталізації організовують і проводять консультацію інфекціоніста, отоларинголога, а за потреби – інших спеціалістів.

Обстеження: у хворих на ангіну беруть одноразово мазок із зів'я і носа для бактеріологічного дослідження на коринібактерії дифтерії у першу добу до початку лікування антибіотиками. Протягом 3 днів організовують щоденне спостереження з повною документальною фіксацією змін у зів'я.

Виписують хворого у разі клінічного одужання та негативного 2-разового бактеріологічного дослідження з інтерва-

лом 1–2 дні і не раніше 3 днів після відміни антибіотиків.

Допуск в організовані колективи носіїв із затяжним виділенням нетоксигенних коринібактерій вирішується комісією за участю епідеміолога.

Носії нетоксигенних коринібактерій дифтерії не підлягають госпіталізації, ізоляції і лікуванню антибіотиками. Їм необхідна консультація отоларинголога, їх допускають у всі колективи. Протиепідемічні заходи не проводять.

Роботу з контактними в осередку дифтерії проводять у перші 2 дні з моменту контакту, що вимагає:

- огляду отоларинголога;
- організації одноразового бактеріологічного обстеження на коринібактерії дифтерії. У разі виявлення носія токсигенних коринібактерій дифтерії серед контактних бактеріологічне обстеження повторюють до припинення виявлення носія в цьому вогнищі;

- серологічного обстеження, яке проводять лише особам, що мали безпосередній контакт з хворим або носієм за відсутності документального підтвердження факту проведення їм щеплень;

- вакцинації в осередку всіх контактних нещеплених або щеплених не за схемою календаря щеплень.

#### *Тактика лікаря при повітряно-крапельних інфекціях*

У всіх випадках необхідно правильно оцінити стан хворого і вирішити питання про місце лікування, враховуючи при цьому епідемічну ситуацію, стан хворого, наявність сугубої хронічної патології.

У випадку амбулаторного лікування після встановлення діагнозу необхідно дати рекомендації щодо режиму і дієти, призначити медикаментозну терапію, обстеження, консультацію інфекціоніста (у разі потреби).

У разі кору та краснухи проводять імуноферментний аналіз (ІФА) із визначенням IgM, IgG або серологічне обстеження в динаміці (діагностичним є 4-кратне і більше зростання титру антитіл).

При кашлюку хворого обстежують на кашлюкову паличку, при скарлатині – на гемолітичний стрептокок і коринібактерії дифтерії, при епідемічному паротиті досліджують сечу на амліазу.

#### *Тактика лікаря у разі присмоктання іксодового кліща*

Тактика лікаря первинної допомоги полягає у наступному.

1. Видалення кліща, що присмоктався до тіла: видалення проводять у рукавицях, не торкаючись тіла. Видалення потрібно здійснювати наступним чином: злегка відтягуючи пінцетом брюшко кліща, накладають на його головну частину безпосередньо біля поверхні шкіри петлю з нитки. Обережно тримаючи за обидва кінці нитки, перпендикулярно видаляють кліща разом з хоботком. Щоб хоботок не відірвався, не можна робити різких рухів. Якщо хоботок залишився в тілі людини, його видаляють стерильною або обпаленою голкою.

Кліща також можна видалити й іншими методами: захопивши його пінцетом якомога ближче до ротового апарату, видаляють із шкірних покривів обережними легкими рухами, розхитуючи з боку в бік або обертаючи проти годинникової стрілки. Місце видалення кліща відразу обробляють 3–5% спиртовим йодним розчином. Використання агресивних рідин (бензин, керосин, клей і масла) з метою швидкого видалення кліща із шкірних покривів не лише неефективне, але й небезпечне.

2. Дослідження кліща на кліщовий бореліоз та енцефаліт.

3. Проведення бесіди з потерпілими.

4. При іксодовому кліщовому бореліозі (ІКБ) проводять комплекс необхідних заходів.

У разі відсутності достовірного інфікування потерпілого від кліща антибіотикопрофілактику не проводять. Ці особи

підлягають клініко-лабораторному спостереженню протягом 3 міс з проведенням серологічних досліджень (перше – не раніше ніж через 2 тиж), наступні – через 2 тиж (через місяць після присмокування кліща) і через 3 міс після присмокування кліща. При появі клінічних ознак ІКБ або серологічної верифікації інфікування вирішують питання про проведення лікування з приводу ІКБ. При негативних результатах серологічних досліджень диспансеризацію призупиняють через 3 міс з часу присмокування кліща.

Потерпілим від присмокування кліща, інфікованого бореліями, здійснюють антибіотикопрофілактику і проводять комплекс клініко-лабораторних досліджень протягом 3 міс (перше – через 2 тиж після антибіотикопрофілактики, наступні – через 1 і 3 міс після профілактичного лікування). При від'ємних результатах серологічних досліджень диспансеризацію призупиняють через 3 міс після проведення антибіотикопрофілактики.

У разі виявлення діагностично-позитивних титрів специфічних протибореліозних антитіл протягом 3 міс і відсутності клінічних ознак ІКБ диспансерне спостереження здійснюють за аналогією з таким, яке проводять у хворих з перенесеною інфекцією.

#### 5. Заходи при кліщовому вірусному енцефаліті (КВЕ).

За потерпілими від присмокування іксодових кліщів за відсутності достовірного інфікування останніх проводять спостереження протягом 21 дня (щоденне вимірювання температури тіла вранці і ввечері, позначка про самопочуття – головний біль, безсоння, швидка втомлюваність, сонливість, депресія, в'ялість, біль у м'язах, «мурашки» по шкірі і т.д.).

При зверненні за медичною допомогою людини із симптомами КВЕ, що знаходиться в ендемічній за КВЕ місцевості у період активності кліщів, її необхідно терміново госпіталізувати з метою диференціальної діагностики і лікування.

У випадку підозри розвитку КВЕ, особливо при збереженні температури тіла на фоні вживання жарознижувальних засобів, збереженні головного болю на фоні зменшення температури тіла, вираженого більового синдрому в області передпліч, спини, наявності відповідного епідеміологічного анамнезу, медичними працівниками приймається рішення про термінову госпіталізацію хворого в інфекційне або неврологічне відділення незалежно від важкості стану хворого на момент первинного огляду.

#### 6. Профілактика ІКБ.

Ефективних засобів активної імунпрофілактики бореліозної інфекції на сьогодні немає. Пасивну специфічну профілактику ІКБ здійснюють суворо індивідуально у випадках, коли точно встановлено, що кліщ, який присмоктався, був інфікований бореліями. Починати антибіотикопрофілактику треба якомога раніше після присмокування кліща (оптимальні терміни – не пізніше 5-го дня після присмокування кліща).

#### 7. Профілактика КВЕ.

Для активної імунпрофілактики КВЕ використовують вакцини. Планову первинну вакцинацію рекомендують проводити до початку сезону активності кліщів. Перше і друге щеплення потрібно робити в зимові або весняні місяці. Допускають проведення щеплень в літній період за екстреною схемою. Відвідувати природний осередок КВЕ рекомендують не раніше ніж через 2 тиж після другого щеплення. Ревакцинацію проводять через кожні 3 роки, до початку сезону активності кліщів.

Для екстреної профілактики КВЕ рекомендують введення людського імуноглобуліну проти КВЕ в дозі 1 млн/кг внутрішньом'язово не пізніше 4-го дня після присмокування кліща.

#### Тактика лікаря при малярії

Підозрілими на малярію вважають:

- осіб з лихоманкою, які скаржаться на нездужання, озноб і головний біль і проживають або прибули з ендемічних регіонів;
- осіб з лихоманкою і невстановленим діагнозом протягом 5 днів в епідсезон малярії – в перші 2 дні;
- осіб, що мають захворювання з довготривалим підвищенням температури, не дивлячись на проведене у відповідності з встановленим діагнозом лікування;
- пацієнтів із підвищеною температурою, що розпочалась на протязі найближчих трьох місяців після переливання крові;
- осіб, що мають в анамнезі захворювання малярією на протязі останніх 3 років;
- осіб з усіма іншими захворюваннями з підвищеною температурою тіла;
- українських і іноземних громадян, які прибули з країн Африки, Азії, Південної і Центральної Америки, протягом останніх трьох років після приїзду в Україну (за клінічними показаннями).

Госпіталізація зазначених підозрілих обов'язкова. У разі відмови від госпіталізації усі пацієнти з підозрою на малярію повинні бути обстежені на плазмодії малярії. Технікою забору крові на «товсту краплю» має володіти лікар будь-якої спеціальності.

Усі результати аналізів вносять до журналу досліджень, який зберігається в клінічній лабораторії поліклініки та в медичній документації.

Хворому з підозрою на малярію у разі відмови від госпіталізації призначають делягіл за схемою:

- 1-й день – 4 таблетки (по 0,25 г) делягілу (всього 1,0);
- через 6 год 2 таблетки делягілу (всього 0,5 г);
- 2-й день – 2 таблетки делягілу (всього 0,5);
- 3-й день – 2 таблетки делягілу (всього 0,5).

#### Тактика ведення хворих з лихоманкою неясної етіології

а) обов'язкова консультація лікаря-інфекціоніста;

б) в анамнезі відзначити укуси комах, тварин, перенесені в минулому хвороби (висипний тиф, черевний тиф, малярія та ін.), переливання крові, виїзди в райони, несприятливі щодо малярії. Установити частоту простудних захворювань;

в) під час огляду необхідно звернути увагу на наявність екзантеми, енантеми, уважно оглянути і описати стан лімфатичних вузлів. Визначити розміри печінки і селезінки. Описати стан суглобів та шкірних покривів (сухість, шелушіння, сліди укусів, ін'єкції). Відзначити добові коливання температури;

г) обстеження:

- клінічний аналіз крові;
- копрограма;
- кал на яйця гельмінтів;
- кров на АлАТ, білкові фракції;
- кров на RW;
- кров на РПГА (після 7-го дня захворюваності);
- кров на малярійний плазмодій, висипний тиф, герпес, вірусні інфекції;
- кров на гемокультуру (протягом усього періоду лихоманки);
- флюорограма;
- ЕКГ;
- консультація спеціалістів у разі потреби (у тому числі фтизіатра, ендокринолога та ін.).

У випадку сумніву щодо діагнозу хворого слід госпіталізувати або направити на консультацію до інфекціоніста.

**ВИСНОВКИ**

У статті розглядається алгоритм дії лікаря у разі виявлення хворого з окремим інфекційним захворюванням або підозри на нього.

Кінцева мета огляду інфекційного хворого – визначення подальшої тактики ведення, яка залежить від відповідей на запитання:

- 1) чи залишається пацієнт вдома під наглядом лікаря?
- 2) чи потребує він консультації інфекціоніста або інших спеціалістів?
- 3) чи необхідна його госпіталізація в спеціалізований стаціонар?

Найбільш відповідальним є рішення про лікування пацієнта вдома.

Дільничні терапевти і педіатри, лікарі загальної практики – сімейної медицини, спеціалісти поліклінік, кабінетів інфекційних захворювань, що вирішують питання профілактики, діагностики, лікування, реабілітації і диспансеризації інфекційних хворих, повинні керуватися відповідними діючими нормативними документами України, що визначають заходи профілактики, діагностики і лікування інфекційних хворих.

**Роль врачей первичной медицинской помощи в борьбе с инфекционными болезнями  
Н.Г. Гойда, Р.А. Харитонюк**

В статье показана роль семейного врача в борьбе с инфекционными заболеваниями со ссылкой на существующие нормативные и методические документы, приводится алгоритм действий семейного врача при установлении диагноза инфекционного заболевания, а также объем лабораторного обследования.

**Ключевые слова:** семейный врач, инфекционные заболевания, тактика ведения инфекционных больных на догоспитальном этапе.

**The role of primary care physicians in the fight against infectious diseases  
N.G. Gojda, R.A. Haritonyuk**

The paper shows the role of a family doctor in the infectious diseases control. On the base of present regulatory and methodical documents there was given an algorithm of the activity of a family doctor in making a diagnosis of certain infectious diseases and the extent of laboratory examinations.

**Key words:** family doctor, infectious diseases, tactics of infectious diseases management at prehospital stage.

**Сведения об авторах**

**Гойда Нина Григорьевна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: n\_gojda@ukr.net.

**Харитонюк Раиса Александровна** – Ровенская городская больница, 33028, г. Ровно, ул. Киевская, 78-г.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

<p>1. Андрейчин М.А. Медична допомога інфекційним хворим в Україні: проблеми і шляхи їх розв'язання. [текст]. / М.А. Андрейчин // Інфекційні хвороби. – 2012. – № 1. – С. 5–7.</p> <p>2. Андрейчин М.А. Епідеміологічна оцінка захворювань, що становлять біотерористичну загрозу [текст]. / М.А. Андрейчин, В.С. Копча, К.Ю. Вишневецька // Профілактична медицина. – 2009. – № 1. – С. 69–73.</p>	<p>3. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби: У 3-х т. – К.: Здоров'я, 2001. – Т. 1 – 856 с.</p> <p>4. Гойда Н.Г., Мінцер О.П. Профілактична спрямованість – стрижень сімейної медицини / Н.Г. Гойда, О.П. Мінцер // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – Спеціальний випуск. – С. 163.</p> <p>5. Інфекційні хвороби в загальній практиці та сімейній медицині:</p>	<p>навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів загальної практики та сімейної медицини / За ред. проф. М.А. Андрейчина. – «Укрмедкнига», 2007. – С. 85–88.</p> <p>6. Івахів О.Л., Грицько Р.Ю., Киселик І.О. Кабінети інфекційних захворювань: навчальний посібник. – Тернопіль, 2006. – 233 с.</p> <p>7. Инфекционные болезни: учебник / Е.П. Шувалова, М.М. Антонов, Т.В. Антонова и др. 4-е изд., перераб.</p>	<p>и доп. – М.: Медицина, 2001. – 959 с.</p> <p>Наказ МОЗ України від 31.08.2004 «Гострі кишкові інфекції».</p> <p>8. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина. 3-е изд. доп. и перед. – СПб.: Фолиант, 2003. – С. 77–92.</p> <p>9. Чемич М.Д., Ільїна Н.І. Невідкладні стани в клініці інфекційних хвороб: навчальний посібник. – Суми: Вид-во СумДУ, 2000. – 157 с.</p>
---	--	--	---

Статья поступила в редакцию 11.03.2013