# Паспортная часть

1.Ф.И.О.: Х

2. Возраст: 53 года.

3. Место жительство:

4. Должность:

5. Дата поступления в стационар:

6. Дата курации:

7. Диагноз направившего учреждения: Лихорадка неясной этиологии.

8. Предварительный клинический диагноз: Лихорадка Ку

9. Окончательный клинический диагноз:

Основной: Лихорадка Ку

# Жалобы на момент поступления

На повышение температуры, на слабость, головные боли, боли в глазных яблоках, мышцах, суставах, сухой кашель, рвоту.

# Anamnesis morbi

Больным себя считает с 14 ноября 2012 года, когда появились следующие симптомы: слабость, недомогание, озноб, ломота в теле, повышение температуры до 38-39˚C. Заболевание связывает с переохлаждением во время работы на земельном участке. За медицинской помощью не обращался. Сбивал температуру парацетамолом. Состояние больного ухудшалось 18.11.12 с подъемом температуры до 41˚C, сопровождающееся тошнотой, рвотой и головными болями. Госпитализирован в ОИКБ с целью обследования и лечения.

# Эпидемиологический анамнез

Контакт с инфекционными больными отрицает.

Географический анамнез

Больной проживает в сельской местности, занимается сельскохозяйственной деятельностью, содержит крупнорогатый скот, употребляет в пищу некипячёное молоко.

Anamnesis vitae

Родился в Астраханской области. С 7 лет пошел в школу, от сверстников в умственном и физическом развитии не отставал. Женат. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Питание хорошее. Гепатит, венерические заболевания отрицает, болеет туберкулезом легких с 2009 года. Аллергический анамнез спокоен, из вредных привычек - курение стажем 25 лет. Гемотрансфузий до поступления в стационар не было. Наследственный анамнез без особенностей. Лекарственный анамнез спокоен.

Status praesens

Состояние больного средней степени тяжести. Положение больного в постели активное. Сознание ясное. Телосложение правильное, нормостенический тип конституции. Кожные покровы и склеры желтушной окраски, повышенной влажности. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно, отеков нет.

Лимфатические узлы: подчелюстные, надключичные, подключичные без изменений. Шейные, подмышечные, паховые узлы не увеличены, не ограничены в подвижности. Общее развитие мышечной системы удовлетворительное, при пальпации мышц болезненности не наблюдается. Мышечный тонус одинаков с обеих сторон. При обследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей болезненности и деформации не отмечается. Суставы правильной конфигурации. Активные и пассивные движения в полном объеме.

Органы дыхания.

Дыхание носовое, форма носа не изменена. Грудная клетка правильной конфигурации нормостенического типа, грудной тип дыхания. Дыхание ритмичное ЧДД 19 в минуту. Дыхательные движения обеих сторон грудной клетки средние по глубине, равномерные и симметричные. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Перкуссия легких

При сравнительной перкуссии легких выявляется ясный звук.

Данные топографической перкуссии легких:

Высота стояния верхушки спереди: справа на 3 см выше от уровня ключицы, слева на 3 см выше от уровня ключицы, сзади: на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Нижние границы легких:

Топографические линии справа слева

Linea parasternalis 5 межреберье 5 межреберье

Linea mediaclavicularis 6 межреберье 6 межреберье

Linea axilaris anterior 7 межреберье 7 межреберье

Linea axilaris media 8 межреберье 8 межреберье

Linea axilaris posterior 9 межреберье 9 межреберье

Linea scapularis 10 межреберье 10 межреберье

Linea paravertebralis остистый отросток 11 грудного позвонка

Подвижность нижних краев легких (см.):

Топографические линии справа слева

На вдохе на выдохе суммарно На вдохе на выдохе суммарно

Linea mediaclavicularis 2 2 4

Linea axilaris media 3 3 6 3 3 6

Linea scapularis 2 2 4 2 2 4

Аускультация легких

При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются.

Сердечно-сосудистая система.

Область сердца не изменена, верхушечный толчок не визуализируется, пальпируется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии шириной 2 см. низкой умеренной силы. Сердечный толчок отсутствует.

Перкуссия сердца

Границы относительной тупости сердца:

Правая - 1 см кнаружи от правого края грудины (в 5 межреберье)

Верхняя - на уровне 3 межреберья

Левая - на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии (в 5 межреберье), конфигурация сердца не изменена.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - левый край грудины

Верхняя - на уровне 4 ребра

Левая - 2,5 см кнутри от левой среднеключичной линии (в 5 межреберье)

Аускультация сердца

Тоны на верхушки сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 92 ударов в минуту. АД 120/900 мм. рт. ст. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, нормальной величины, одинаковый с обеих сторон.

Система пищеварения.

Слизистая оболочка ротовой полости бледно-розовой окраски. Миндалины не увеличены, язык красной окраски, слегка обложен налетом белого цвета. Живот не увеличен. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом раздражения брюшины (Щеткина - Блюмберга) отрицательный. При глубокой пальпации по методу Образцова - Стражеско, сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области, на протяжении 11 см цилиндрической формы диаметром 3 см, плотной эластической консистенции, безболезненная не урчит. Слепая кишка определяется справа в виде умеренно напряженного, слегка расширяющегося цилиндра с закругленным дном, урчащего при надавливании. Подвздошная кишка определяется в виде плотного урчащего цилиндра. Восходящая и нисходящая части оболочной кишки безболезненны при пальпации. Поперечно-ободочная кишка не урчит, безболезненна. Методами перкуссии, глубокой пальпации нижняя граница желудка определяется на 4 см. ниже пупка, малая кривизна и привратник не пальпируются. Поджелудочная железа не пальпируется. При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные шумы. Шума плеска нет.

Размеры печеночной тупости по Курлову.

Linea mediaclavicularis - 11 см.

Linea mediana - 10 см.

Arcus costae sinistra - 8 см.

Печень при пальпации выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см., болезненна. Желченный пузырь не пальпируется. Выпячивания и деформации в области печени не выявляется. Селезенка не пальпируется. Размеры селезенки по Курлову 7x4 см.

Органы мочевыделения.

При осмотре области почек патологических измененийё деформаций не выявлено. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков на лице на ногах нет. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лобком, не пальпируется. Болезненности по ходу мочеточников нет.

Нервная система. Сознание ясное, адекватен. Мышление, память, не изменены. Менингиальные признаки, патологические рефлексы отсутствуют. Походка устойчивая, слух, вкус, зрение и обоняние не изменены.

Эндокринная система.

Щитовидная железа не увеличена, при пальпации мягкой консистенции паренхима подвижная, безболезненная. Экзофтальма нет. Вторичные половые признаки соответствуют возрасту.

Предварительный клинический диагноз

На основании жалоб: На повышение температуры, на слабость, головные боли, боли в глазных яблоках, мышцах, суставах, сухой кашель, рвоту.

На основании анамнеза болезни: Больным себя считает с 14 ноября 2012 года, когда появились следующие симптомы: слабость, недомогание, озноб, ломота в теле, повышение температуры до 38-39˚C. Заболевание связывает с переохлаждением во время работы на земельном участке. За медицинской помощью не обращался. Сбивал температуру парацетамолом. Состояние больного ухудшалось 18.11.12 с подъемом температуры до 41˚C, сопровождающееся тошнотой, рвотой и головными болями.

Эпидемиологического анамнеза: Больной проживает в сельской местности, занимается сельскохозяйственной деятельностью, содержит крупнорогатый скот, употребляет в пищу некипячёное молоко.

Объективного исследования: Состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры желтушной окраски, повышенной влажности. Печень при пальпации выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см., болезненна. Можно выставить предварительный клинический диагноз: Лихорадка Ку.

# План обследования

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Рентгенография органов грудной клетки

4. Биохимический анализ крови:

* Глюкоза крови
* общий белок,
* альбумины,
* глобулины,
* холестерин в сыворотке,
* мочевина,
* АЛТ/АСТ,
* щелочная фосфатаза,
* креатинин,
* билирубин общий, прямой, непрямой,
* тимоловая проба

5. Коагулограмма

6. ПЦР диагностика лихорадки Ку.

7. Кал на яйца глист.

8. Анализ плазмы на малярию.

9. УЗИ органов брюшной полости и почек.

10. ЭКГ

Результаты лабораторных и инструментальных обследований

1. Общий анализ крови.

Hb - 120 г/л

Эритроциты - 3,84 \* 1012

Цветной показатель - 0,9

Тромбоциты - 157,0

Лейкоциты - 12\*109 г/л

Нейтрофилы: п/яд. - 4, с/яд. - 80

Лимфоциты - 21

Моноциты - 3

СОЭ 54 мм/ч.

2. Общий анализ мочи.

Количество - 200 мл

Цвет: соломенно-желтый

Относительная плотность - 1015

Реакция - 5

Белок - нет

Глюкоза - положительна

Соли - оксалаты

Эпителий плоский 0-2 в п/з

Почечный эпителий 0-1 в п/з

3. Рентгенография органов грудной клетки - корни легких расширены. Фиброзно изменены. Признаки хронического бронхита.

4. Биохимический анализ крови. 

Глюкоза - 4,5 ммоль/л

АСАТ - 0,6 ммоль/л

АЛАТ - 0,85 ммоль/л

Билирубин общий - 18,2

Билирубин прямой - 7,5

Тимоловая проба - 4,5

* Мочевина - 4,5ммоль/л
* Креатинин - 95ммоль/л
* Холестерин в сыворотке - 7,2 ммоль/л
* Щелочная фосфатаза - 300 Ед/л
* Общий белок - 65г/л
* Альбумины 50 %
* Глобулины 30%

5. Свертывающаяся система крови: время кальцификации 130 секунд, толерантность плазмы к гепарину - 10 минут, протромбиновый индекс 20-90%, фибриноген в +++, фибриноген 5,5 г/л.

6. ПЦР диагностика положительна

7. Кал на яйца глист - не обнаружено

8. Анализ плазмы на малярию - отрицательный

9. УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена в размерах, диффузно неоднородная, поджелудочная железа и селезенка не увеличены, контуры ровные, диффузно-неоднородные. УЗИ почек: контуры неровные, паренхима однородная, чашечные лоханки не расширены. Конкременты в левой почке 0,1 см.

10. ЭКГ - Синусовый ритм. Горизонтальное положение электрической оси сердца.

# Дифференциальный диагноз

Ку-лихорадку дифференцируют с Астраханской риккетсиозной лихорадкой.

АРЛ - это сезонное заболевание: апрель-октябрь. Механизм передачи - трансмиссивный. Возбудитель АРЛ передается с укусом клеща. Возбудитель лихорадки Ку передается воздушно-капельным, контактным или алиментарным путем от зараженных животных непосредственно с молоком или выделениями. А наш пациент заболел остро в ноябре. Проживает в эндемичном районе, разводит сельское хозяйство. Содержит крупный рогатый скот. Контакт с клещами и другими возможными переносчиками заболеваний за последний месяц отрицает. Зато отмечает, что употребляет в пищу некипячёное молоко.

Симптомы АРЛ возникают постепенно. А наш пациент заболел остро. При АРЛ больные жалуются на головную боль, тошноту, боли в суставах, мыщцах, озноб, повышение температуры и высыпания на коже и боли в ногах. А у нашего пациента высыпаний на коже не отмечается.

Для Астраханской риккетсиозной лихорадки гепато-лиенальный синдром не характерен, а у нашего больного печень увеличена, отмечается иктеричность склер и кожных покровов. ПЦР диагностика лихорадки Ку положительная.

Дифференциальная диагностика с лептоспирозом.

Источник лептоспирозной инфекции больные люди и животные. Механизм передачи - алиментарный и контактный. На 1-2 неделе заболевание начинается увеличение лимфатических узлов, чего у нашего больного не наблюдалось. При лептоспирозе больные жалуются на озноб, быстрое повышение температуры тела до 40˚С, сильная головная боль, головокружение, тошнота и рвота, а также интенсивные боли в разных группах мышц, преимущественно икроножных, не позволяющие больным передвигаться. Нашим пациентом интенсивной боли в нижней конечности не отмечалось. При лептоспирозе - пальпация мышц передней брюшной стенки болезненна, а у нашего пациента - безболезненна. У больных лептоспирозом уже в начале заболевания помимо увеличения печени, иктеричности кожных покровов появляются симптомы поражения почек: положительный симптом Пастернацкого, уменьшение мочеотделения, в моче белок лейкоциты, эритроциты. У нашего пациента признаков поражения почек е выявлено, результаты анализа мочи в пределах нормы. Симптом Пастернацкого отрицательный. Желтуха у больных лептоспирозом сопровождается кровоизлияниями в кожу и внутренние органы, что сопровождается анемией. У нашего пациента кровоизлияний на коже не выявлено и лабораторные анализы крови в пределах нормы. ПЦР на лихорадку Ку положительная.

# Дифференциальная диагностика лихорадки Ку с пиелонефритом

При остром пиелонефрите помимо озноба, лихорадки, тошноты, рвоты больные жалуются на боли в поясничной области, нарушения мочеиспускания в виде олигурии. У нашего пациента подобных жалоб не отмечалось. Результаты анализа мочи у нашего пациента в пределах нормы, когда для пиелонефрита характерна лейкоцитурия. Биохимические показатели мочевины и креатинина при пиелонефрите повышены. У нашего пациента креатинин и мочевина в пределах нормы. УЗИ почек при пиелонефрите показывает увеличение их размеров, чего у нашего пациента не отмечается. ПЦР на лихорадку Ку положительная.

# Заключительный клинический диагноз

На основании жалоб: На повышение температуры, на слабость, головные боли, боли в глазных яблоках, мышцах, суставах, сухой кашель, рвоту.

На основании анамнеза болезни: Больным себя считает с 14 ноября 2012 года, когда появились следующие симптомы: слабость, недомогание, озноб, ломота в теле, повышение температуры до 38-39˚C. Заболевание связывает с переохлаждением во время работы на земельном участке. За медицинской помощью не обращался. Сбивал температуру парацетамолом. Состояние больного ухудшалось 18.11.12 с подъемом температуры до 41˚C, сопровождающееся тошнотой, рвотой и головными болями.

Эпидемиологического анамнеза: Больной проживает в сельской местности, занимается сельскохозяйственной деятельностью, содержит крупнорогатый скот, употребляет в пищу некипячёное молоко.

Объективного исследования: Состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры желтушной окраски, повышенной влажности. Печень при пальпации выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см., болезненна.

Результатах лабораторных и инструментальных обследований:

Общий анализ крови: Лейкоциты - 12\*109 г/л

Нейтрофилы: п/яд. - 4, с/яд. - 80

Лимфоциты - 21

Моноциты - 3

СОЭ 54 мм/ч.

* ПЦР на лихорадку Ку положительная.

На основании дифференциального диагноза можно выставить предварительный клинический диагноз:

Основной: Лихорадка Ку.

Сопутствующий: хронический бронхит.

# Лечение

1. Режим постельный, с выходом в туалет.

2. Диета. Стол № 5 с повышенным содержанием белка.

3. Этиотропная терапия. Тетрациклины (тетрациклин, доксациклин, олететрин) внутрь по 0,5 г через 6 часов в течение 6-7 суток. Если в ближайшие 2-3 дня состояние больного не улучшается, температура не понижается, то необходимо ввести внутривенно или внутримышечно тетрациклин, сигмамицин или тетраолеан по 100000 ЕД 3 раза в день в течение 2-3 суток. Стойкий эффект достигается при парентеральном введении левомицетина сукцината по 2-3 г в сутки в течение 6-8 дней.

Rp: Doxycycline 0.2 № 50

D. S. по 1 таб.2 раза в день

4. Симптоматическая терапия. Наиболее эффективна комбинация тетрациклинов с левомицетином и глюкокортикоидными препаратами. Позволяет быстро понизить температуру, купировать явления интоксикации в течение 2-3 дней. Лобан К.М. (1987) рекомендует применить преднизолон по 30-60 мг в сутки (расчет на таблетки), дексаметазон по 4-5 мг/сутки, триамцинолон по 20 мг/сутки, гидрокортизон по 80-120 мг курсом 5-6 дней.

5. На всем протяжении интоксикационного синдрома необходима дезинтоксикационная терапия из расчета 30-40 мл/кг/сутки. Применяют растворы 5% глюкозы, 0,9% натрия хлорида, гемодеза, полиглюкин и другие. Хорошо "снимает" интоксикацию гипербарическая оксигенация.

Rp: Sol. Glucosi 5% 200 ml

D. t. d. № 5 in flac.

S. в/в капельно 60 кап/мин 5 раз в день

#

Rp: Sol. Acesoli 200 ml

D. t. d. № 5 in flac.

S. в/в капельно 3 раза в день

6. Иммунокорригирующая терапия.

Rp: Cycloferoni 0.15 № 10

D. S. по 2 таб.2 раза в день до еды

# Дневники

20.11.12 Состояние средней степени тяжести. Жалобы на слабость, головную боль, озноб, повышение температуры тела до 39˚С, миалгии. Кожа и слизистая желтушной окраски. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 19 в минуту. АД-110/70 мм. рт. ст. Сердечные тоны громкие, ритмичные. ЧСС 90 в минуту. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Лечение получает.

21.11.12 Состояние средней степени тяжести. Жалобы на небольшую слабость, головную боль, умеренную потливость. Кожа и слизистая желтушной окраски. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. t 38˚С, АД-130/80 мм. рт. ст. ЧСС 80 в мин. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Лечение согласно назначениям. Динамика стабильная.

22.11.12 Состояние легкой степени тяжести. Жалоб больной не предъявляет. Видимые слизистые и кожные покровы чистые, физиологической окраски. Сердечные тоны громкие, ритмичные. ЧСС 80 ударов в минуту. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. t 37.2˚С. АД 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Лечение согласно назначениям. Динамика стабильная.

Этапный эпикриз

Больной Х поступил в ОИКБ 18.11.12 г. в экстренном порядке с диагнозом "Лихорадка неясной этиологии" с жалобами: На повышение температуры, на слабость, головные боли, боли в глазных яблоках, мышцах, суставах, сухой кашель, рвоту. Объективно отмечалось: состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры желтушной окраски, повышенной влажности. Печень при пальпации выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см., болезненна. Из анамнеза: проживает в сельской местности, содержит крупный рогатый скот, употребляет в пищу некипячёное молоко. Клинически был выставлен диагноз "Лихорадка Ку". Больному было проведено следующее обследование:

1. Общий анализ крови.

Hb - 120 г/л

Эритроциты - 3,84 \* 1012

Цветной показатель - 0,9

Тромбоциты - 157,0

Лейкоциты - 12\*109 г/л

Нейтрофилы: п/яд. - 4, с/яд. - 80

Лимфоциты - 21

Моноциты - 3

СОЭ 54 мм/ч.

2. Общий анализ мочи.

Количество - 200 мл

Цвет: соломенно-желтый

Относительная плотность - 1015

Реакция - 5

Белок - нет

Глюкоза - положительна

Соли - оксалаты

Эпителий плоский 0-2 в п/з

Почечный эпителий 0-1 в п/з

3. Рентгенография органов грудной клетки - корни легких расширены. Фиброзно изменены. Признаки хронического бронхита.

4. Биохимический анализ крови. 

Глюкоза - 4,5 ммоль/л

АСАТ - 0,6 ммоль/л

АЛАТ - 0,85 ммоль/л

Билирубин общий - 18,2

Билирубин прямой - 7,5

Тимоловая проба - 4,5

* Мочевина - 4,5ммоль/л
* Креатинин - 95ммоль/л
* Холестерин в сыворотке - 7,2 ммоль/л
* Щелочная фосфатаза - 300 Ед/л
* Общий белок - 65г/л
* Альбумины 50 %
* Глобулины 30%

5. Свертывающаяся система крови: время кальцификации 130 секунд, толерантность плазмы к гепарину - 10 минут, протромбиновый индекс 20-90%, фибриноген в +++, фибриноген 5,5 г/л.

6. ПЦР диагностика положительна

7. Кал на яйца глист - не обнаружено

8. Анализ плазмы на малярию - отрицательный

9. УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена в размерах, диффузно неоднородная, поджелудочная железа и селезенка не увеличены, контуры ровные, диффузно-неоднородные. УЗИ почек: контуры неровные, паренхима однородная, чашечные лоханки не расширены. Конкременты в левой почке 0,1 см.

10. ЭКГ - Синусовый ритм. Горизонтальное положение электрической оси сердца.

Диагноз подтвержден. Осн.: Лихорадка Ку.

В соответствии с этим диагнозом было назначено лечение:

Режим постельный. Стол №5.

Rp: Doxycycline 0.2 № 50

D. S. по 1 таб.2 раза в день

#

Преднизолон по 30-60 мг в сутки (расчет на таблетки), дексаметазон по 4-5 мг/сутки, триамцинолон по 20 мг/сутки, гидрокортизон по 80-120 мг курсом 5-6 дней.

Rp: Sol. Glucosi 5% 200 ml

D. t. d. № 5 in flac.

S. в/в капельно 60 кап/мин 5 раз в день

#

Rp: Sol. Acesoli 200 ml

D. t. d. № 5 in flac.

S. в/в капельно 3 раза в день

#

Rp: Cycloferoni 0.15 № 10

D. S. по 2 таб.2 раза в день до еды

Состояние больного после проводимой терапии улучшилось. На данный момент больной находится в стационаре. Рекомендовано при выписке: Диспансерный учет в течение 2х лет. Прогнозы.

1. Prognosis guoad vitam - optima

2. Prognosis guoad valitudinem - optima

3. Prognosis guoad laborum - optima

4. Prognosis guoad functionem - optimа

Противоэпидемические мероприятия ([СП 3.1.7.2811-10](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=112097;fld=134;dst=100012) "Профилактика коксиеллеза (лихорадка Ку)" (приложение)

Медицинские работники, выявившие лиц, подозрительных на заболевание коксиеллезом (лихорадкой Ку), обязаны собрать эпидемиологический анамнез, незамедлительно сообщить о них в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и ветеринарный надзор.

В эпидемическом очаге коксиеллеза (лихорадки Ку) с единичным или групповым случаем заболевания среди людей проводится:

эпидемиологическое расследование с установлением причинно-следственной связи формирования очага;

комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очага.

установление лиц (поименно или круга лиц), подвергшихся риску заражения;

активное выявление больных методом опроса, осмотра и подворных (поквартирных) обходов;

медицинское наблюдение за лицами, находящимися в одинаковых с больным условиях по риску заражения (30 дней);

взятие материала от больных и подозрительных на заболевание, а также проб из объектов окружающей среды для лабораторных исследований. Число обследуемых лиц и объем проводимых исследований определяется специалистом, отвечающим за организацию эпидемиологического расследования;

введение запрета на использование продуктов животноводства, с которыми связано формирование очага;

приостановка работ, запрещение пребывания людей на территории предприятия, где сформировался очаг коксиеллеза;

проведение внеплановых мероприятий по контролю за санитарно-эпидемиологическим состоянием организации (хозяйства, производства), с которыми связано формирование очага;

организация дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий в очаге;

введение усиленного надзора за системой водоснабжения, благоустройством территории и соблюдением противоэпидемического режима в организациях и учреждениях, вовлеченных в эпидемический процесс;

организация работы со средствами массовой информации по вопросам профилактики коксиеллеза среди населения по инициативе органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Температурящие и люди с признаками инфекционных заболеваний среди лиц, подвергшихся риску заражения, подлежат обязательному лабораторному обследованию на коксиеллез.

Дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия в очагах коксиеллеза проводят организации, аккредитованные для дезинфекционной деятельности в установленном порядке.

Больных коксиеллезом (подозрительных на заболевание) людей госпитализируют по клиническим показаниям в инфекционные стационары или, в случае отсутствия такой возможности, больных помещают в отдельные терапевтические палаты. Выписка больных производится после исчезновения клинических явлений.

После выписки из стационара больные подлежат диспансерному наблюдению врача-инфекциониста 2 раза в год в течение 2-х лет.

# Специфическая профилактика коксиеллеза

Специфическая профилактика коксиеллеза включает проведение профилактической прививки против коксиеллеза (лихорадки Ку), которая проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Вакцинация проводится в очагах козье-овечьего типа лицам, достигшим 18 лет и выполняющим следующие работы:

по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания скота коксиеллезом;

по убою скота, больного коксиеллезом, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов;

животноводам, ветеринарным работникам, зоотехникам в хозяйствах энзоотичных по коксиеллезу;

работникам бактериологических лабораторий, работающим с живыми культурами коксиелл.

Вакцинации подлежат лица с четкими отрицательными серологическими реакциями на коксиеллез.

Прививки не проводятся лицам моложе 18 лет, женщинам в период беременности и кормящим матерям, так как эти контингенты не должны привлекаться к работам, связанным с риском заражения коксиеллезом, а также лицам, имеющим положительные серологические реакции на коксиеллез.

К работе с инфицированными животными или сырьем люди могут допускаться не ранее чем через 1 месяц после вакцинации.

Дезинфекционные мероприятия при коксиеллезе

При наличии больных коксиеллезом проводится очаговая дезинфекция: текущая и заключительная.

В домашних очагах (в случае смерти больного или госпитализации) заключительную дезинфекцию проводят специализированные учреждения дезинфекционного профиля в течение 6 часов с момента госпитализации больного или удаления трупа погибшего от коксиеллеза.

В организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, текущую и заключительную дезинфекцию организует главный врач, а проводит средний и младший персонал отделения в соответствии с их должностными обязанностями.

Заключительную дезинфекцию проводят в помещениях после выписки или смерти больного. Обеззараживанию подлежат все объекты и помещения, которые могли быть контаминированы возбудителем коксиеллеза.

Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики коксиеллеза.