

Методична розробка для лікарів-інтернів зі спеціальності
« Інфекційні хвороби »

ТЕМА: **Директивні документи ,які визначають діяльність органів і закладів охорони здоров'я,включаючи діяльність лікаря-інфекціоніста.Організація інфекційної служби і основні напрями в боротьбі з інфекційними хворобами.Організація стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги інфекційним хворим.**

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин

Навчальні цілі заняття:

ЗНАТИ:

- організацію планової та екстреної допомоги населенню країни (загальні питання), організацію роботи в інфекційному відділенні і в кабінеті інфекційних захворювань поліклініки (КІЗ);
- організацію медичної допомоги населенню за умов виникнення екстремальних ситуацій по особливо небезпечним інфекціям;
- основи реабілітації та положення про тимчасову та стійку втрату працездатності;

ВМІТИ:

- заповнювати основні медико - статистичні документи обліку госпіталізованих хворих, оформити екстрене повідомлення;
- розрахувати показники захворюваності населення;
- основи експертизи тимчасової і постійної непрацездатності.

Зміст

теми заняття

Актуальність теми:

для організації та надавання медичної допомоги інфекційним хворим лікар повинен знати основні документи, що регламентують його роботу, а також основи законодавства України про охорону здоров'я. Директивні документи, які визначають діяльність органів і закладів охорони здоров'я, включаючи діяльність лікаря-інфекціоніста.

- Закони України, накази МОЗ та інші нормативні документи, що регулюють роботу інфекційної служби.
- Організація інфекційної служби і основні напрями в боротьбі з інфекційними хворобами.
- Організація стаціонарної допомоги інфекційним хворим.
- Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги інфекційним хворим.
- Принципи проведення санітарно-просвітницької роботи та гігієнічного виховання населення.
- Застосування принципів біоетики та доказової медицини в роботі лікаря-інфекціоніста.

Навчальні цілі заняття

.1 Лікар повинен знати:

- організацію планової та екстреної допомоги населенню країни (загальні питання), організацію роботи в інфекційному відділенні і в кабінеті інфекційних захворювань поліклініки (КІЗ);
- організацію медичної допомоги населенню за умов виникнення екстремальних ситуацій з особливо небезпечними інфекціями.

2 Лікар повинен уміти:

- організувати стаціонарну допомогу інфекційним хворим;
- організувати амбулаторно-поліклінічну допомогу інфекційним хворим;
- організувати медичну допомогу населенню за умов виникнення екстремальних ситуацій з особливо небезпечних інфекцій.

Кабінет інфекційних захворювань поліклініки. Розділи і методи роботи лікаря кабінету інфекційних захворювань.

Основні завдання (розділи і методи роботи) кабінету інфекційних захворювань:

- Забезпечення своєчасного і раннього виявлення та лікування інфекційних хворих;
- Забезпечення кваліфікованої консультативної допомоги по діагностиці та лікуванню хворих на інфекційні та паразитарні захворювання;
- Вивчення і аналіз динаміки інфекційної захворюваності;
- Диспансерне спостереження реконвалесцентів, бактеріоносіїв;
- Пропаганда знань з профілактики інфекційних захворювань.

Порядок отримання і зберігання прищепних препаратів. У ЦГЕ після отримання заявок складається зведений уточнений план профілактичних щеплень на даний рік на всі лікувально-профілактичні заклади району. Поліклініка отримує Бакпрепарати з ЦГЕ відповідно до поданої заявки. Вакцини повинні знаходитися на суворому обліку і зберігатися при певних умовах, регламентованих інструкціями, що додаються до кожного препарату.

Основна документація кабінету інфекційних захворювань:

а) облікова:

- Контрольна карта диспансерного хворого 030 / у;
- Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення 058 / о;
- Журнал обліку інфекційних захворювань 060 / у;
- Журнал обліку профілактичних щеплень 064 / у.

б) звітна:

- Звіт про профілактичні щеплення ф. №5 - представляється в ЦГЕ;
- Звіт про рух прищепних препаратів ф. №20 - представляється в ЦГЕ;
- Звіт про рух інфекційних захворювань;
- Звіт про обстеження хворих на дифтерію - представляється в ЦГЕ.

Профілактична робота поліклініки. Організація профілактичних оглядів. Диспансерний метод в роботі поліклініки, його елементи. Контрольна карта диспансерного спостереження, інформація, відображена в ній.

Відмітна особливість медичної допомоги, що надається в поліклініках, - органічне поєднання лікувальної та профілактичної роботи в діяльності всіх лікарів цієї установи.

У приймально-діагностичному відділенні (ПДВ) необхідно забезпечити окремо прийом для хворих та для осіб з підозрою на інфекційне захворювання. У ПДВ проводять сортування хворих, надають (якщо необхідно) екстрену медичну допомогу, беруть від хворого матеріал для бактеріологічного (вірусологічного) дослідження, проводять санітарну обробку, переодягають хворого, готують його речі до відправки у дезінфекційну камеру, призначають специфічне лікування та заповнюють первинну медичну документацію на кожного хворого, який поступив у лікарню.

У палатах лікувального та провізорного відділень створюються умови для забезпечення хворих предметами індивідуального користування, а також для проведення поточної дезінфекції. У провізорному відділенні хворих розміщують за можливістю індивідуально відповідно до термінів госпіталізації, клінічних форм та важкості захворювання. У разі підтвердження у хворого попереднього діагнозу його переводять до відповідного відділення лікарні. У палаті після вибуття хворого проводять заключну дезінфекцію, санітарну обробку контактних хворих та розпочинають їх профілактичне лікування.

Їжу для хворих доставляють у посуді кухні через передавальний шлюз (пункт), де її пересипають у посуд буфетного відділення. У буфетній їжу розкладають у посуд для індивідуального використання і розносять по палатах.

Посуд знезаражують шляхом кип'ятіння, залишки їжі заливають дезінфікуючими розчинами залежно від характеру інфекції.

Хворі повинні користуватися туалетами відповідно до встановленого порядку. Ванні та туалетні кімнати повинні бути постійно замкненими. Ключі від них зберігаються в особи, відповідальної за епідемічний режим. Туалети відмикаються для зливу знезаражених виділень, а ванні кімнати – для санітарної обробки пацієнтів, які виписуються.

Перед початком роботи медичний персонал у "чистій" половині санітарного пропускника переодягається у захисний одяг, тип якого залежить від характеру інфекції та виконуваної роботи.

Після закінчення роботи у зоні суворого режиму медичний персонал у "брудній" частині санітарного пропускника знімає захисний одяг, який дезінфікується, потім проходить санітарну обробку і в "чистій" половині надягає свій одяг.

Персоналу, який працює у зоні суворого протиепідемічного режиму, перед початком роботи вимірюється температура і реєструється у спеціальному журналі. Особи з підвищеною температурою, поганим самопочуттям направляються в ізолятор для персоналу, а в місцях їх перебування до ізоляції проводиться заключна дезінфекція.

Персонал лікарні для хворих на холеру та відділень для носіїв вібріону обстежується бактеріологічно один раз у 10 днів.

Під час перебування у зоні суворого протиепідемічного режиму медичному персоналу забороняється:

§ працювати натще;

§ працювати без захисного одягу, вживати їжу, пити воду, палити, користуватися загальним туалетом;

§ виносити з відділення будь-які речі без дезінфекції;

§ виходити з приміщень на територію та у господарські служби у захисному одязі;

§ передавати хворим продукти харчування та інші предмети від відвідувачів.

Залежно від характеру інфекції персонал переводиться на казармений стан. Він обов'язковий для персоналу, який обслуговує хворих з легеневидами формами чуми, геморагічними гарячками, спричиненими вірусами першої групи патогенності, з підозрою на ці захворювання та осіб, які спілкувалися з ними.

Виписування з лікарні реконвалесцентів проводиться тільки після повного клінічного видужання, закінчення термінів ізоляції та припинення виділення бактерій. Під час виписування хворі проходять повну санітарну обробку і отримують продезінфікований одяг та особисті речі.

Після виписування усіх хворих персонал проходить обсервацію з повною санітарною обробкою.

У лікарні проводиться заключна дезінфекція усіх приміщень, м'якого інвентарю, госпітальної білизни, захисного одягу.

Розтин трупів померлих від чуми, сибірки, мелоїдозу та геморагічних гарячок, спричинених вірусами першої групи патогенності, проводять у спеціальному приміщенні, розташованому на території лікарні, захищеному від мух, інших комах та гризунів, зі щільною підлогою без пазів, забезпеченому достатньою кількістю дезінфікуючих засобів та ємкостей для розчинів.

Категорично забороняється зливання у каналізацію попередньо не знезаражених рідин у процесі розтину трупів.

Перевозити трупи померлих від перелічених інфекцій необхідно у металевих або щільно закритих дерев'яних домовинах, оббитих усередині клейонкою. Труп, покладений у домовину, засипають зверху хлорним вапном і щільно закривають кришкою. Як виняток, поховання можливе без труни, але необхідно загорнути його у простирadlo, просочене дезінфекційним розчином.

Поховання осіб, які померли від інших інфекційних хвороб, здійснюється у загальному порядку.

Дотримання суворого режиму в інфекційному стаціонарі є обов'язковим для всіх осіб, які в ході своєї діяльності стикаються з хворими чи зараженим ними матеріалом.

Всі інфекційні лікарні повинні працювати в режимі лікарні для хворих з особливо небезпечними інфекціями, персонал яких переходить на казармене положення, забезпечується цілодобова охорона. Час повного розгортання таких стаціонарів становить 10-12 годин. Через розгортання функціональних підрозділів на шляху прямування потерпілих можна скоротити час початку прийому хворих до 4-6 год.

Стаціонар для особливо небезпечних інфекцій завершує свою роботу при одужанні останнього хворого, проведення обсервації і повної санітарної обробки медичного і обслуговуючого персоналу та заключної дезінфекції.

За організацію евакуації хворих особливо небезпечними інфекціями несе відповідальність санітарно – епідеміологічна служба. З ЛПЗ до СЕС передаються відомості про кількість інфекційних хворих, які перебувають на лікуванні, і результати спостереження за особами, що контактували з хворими.

В системі протиепідемічних заходів велике значення мають заходи щодо знезараження осередків інфекційних хвороб. Дезінфекційним заходам підлягають усі місця розміщення населення, укриття, проходи, основні дороги, житлові і виробничі приміщення, обладнання, продовольство, вода тощо.

Заходи знезараження організує комунально-технічна служба, а також служби протирадіаційного і протихімічного захисту, об'єктові служби. У першу чергу знезаражуються об'єкти, що забезпечують життєдіяльність і виробничі потреби населення. Дезінфекція квартир повинна проводитись самим населенням. Санітарно-епідеміологічна служба контролює проведення дезінфекційних робіт, в тому числі знезараження води і харчових продуктів.

У епідемічних осередках дезінфекція проводиться працівниками санітарно-епідемічної служби або особовим складом створених дезінфекційних бригад. Вони складаються з дезінструктора, дезінфектора і 2-х санітарів. За зміну така бригада може обробити до 20-25 осередків.

Для забезпечення ефективності виконання заходів санітарно-гігієнічного і протиепідемічного забезпечення населення за умов НС необхідні: попередня планомірна підготовка особового складу, що буде залучатися до роботи, накопичення засобів для реалізації запланованих заходів і координація дій між залученими службами.

VII. ПЛАНУВАННЯ МЕДИКО- САНІТАРНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ.

Згідно п. 8 діючого Положення про державну службу медицини катастроф "ДСМК проводить свою діяльність за планами медико-санітарного забезпечення населення на випадок виникнення екстремальних ситуацій".

Плани медико-санітарного забезпечення населення в екстремальних ситуаціях на державному рівні розробляються МОЗ України, попередньо розглядаються Центральною координаційною комісією і затверджуються Кабінетом Міністрів України.

План медико-санітарного забезпечення населення в екстремальних ситуаціях Служби на територіальному рівні розробляється МОЗ Автономної Республіки Крим, управліннями охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської державної адміністрації, попередньо розглядаються територіальними координаційними комісіями Служби і затверджуються відповідно Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями.

Затверджені МОЗ України 20.07.1998 р. методичні рекомендації "Територіальні центри екстреної медичної допомоги у складі державної служби медицини катастроф України та їх організація" в п. 2.2. Типового статуту центру екстреної медичної допомоги конкретизують завдання для технічних виконавців проекту Плану медико-санітарного забезпечення населення:

"Основними напрямками діяльності Центру в повсякденних умовах є: розробка та обґрунтування проекту Плану медико-санітарного забезпечення населення адміністративної території в надзвичайних ситуаціях".

План медико-санітарного забезпечення населення адміністративної території (Автономної Республіки Крим, області, міст Києва і Севастополя) за умов НС відображає зміст й обсяг заходів щодо мінімізації і ліквідації медико-санітарних наслідків прогнозованих НС у масштабі всієї території, окремих міст і районів і є вихідним документом для визначення потреб фінансування, медичного постачання, матеріально-технічного і транспортного забезпечення запланованих заходів.

При розробці заходів плану та проведенні розрахунків необхідне знання нормативних документів щодо формувань і закладів ДСМК, що беруть участь у ліквідації медико-санітарних наслідків НС та організації їх медичного постачання в повсякденних умовах та при НС.

З метою єдиного розуміння і послідовності проведення плануючих заходів щодо медико-санітарного забезпечення населення плануючі документи, що відпрацьовуються, повинні відповідати таким вимогам:

§ відповідати сучасним поглядам на організацію і тактику служби медицини катастроф, технології виконання заходів при лікувально-евакуаційному, санітарно-гігієнічному і протиепідемічному забезпеченні населення в НС;

§ відтворювати реальне положення стану сил і засобів, органів управління територіального рівня ДСМК, у т.ч. і відомчого підпорядкування;

§ не містити зайвої і невідповідної цілям планування медико-санітарного забезпечення населення інформації;

§ бути доступними розумінню й аналізу без додаткових розрахунків, зручними в користуванні, оброблятися з використанням достовірних офіційних вихідних даних.

План повинен оформлятися у 3 примірниках, що зберігаються: перший примірник – в органі управління охорони здоров'я адміністративної території; другий – у територіальному центрі медицини катастроф; третій – у державному (регіональному) центрі медицини катастроф.

VII.1. Структура і зміст Плану медико-санітарного забезпечення населення при надзвичайних ситуаціях.

При розробці плану медико-санітарного забезпечення населення при НС виділяється картографічна частина, пояснювальна записка і карта організації медико-санітарного забезпечення по всіх завданнях МОЗ та кожній з найбільш ймовірних НС

На карті(М 1:200 000) наноситься:

§ адміністративні межі території та назви адміністративних територій, що до неї прилягають;

§ назви міст (населених пунктів), районів, дислокація найбільш важливих потенційно-небезпечних об'єктів економіки (АЕС, хімічно-небезпечних об'єктів, нафтогазопроводів і т.д.);

§ основні автомобільні, залізничні, водні магістралі з зазначенням прийнятої їхньої нумерації, вузлові станції, пристані;

§ зони можливого зараження в результаті аварій на радіаційно-, біологічно- і хімічно-небезпечних об'єктах;

§ зони можливого затоплення, впливу селевих потоків тощо;

§ сейсмічно-небезпечні зони з вказівкою останнього року їхньої активності, її потужності;

§ наявність природно-осередкових інфекцій з вказівкою останнього дня реєстрації інфекції і кількості випадків захворювань;

§ дислокація закладів охорони здоров'я по містах і районах території з зазначенням їхньої ліжкової ємності, у т.ч. тої, що перепрофілюється для прийняття уражених і хворих при НС;

§ організація управління силами і засобами ДСМК з вказівкою органів управління, термінів оповіщення і приведення їх у готовність, порядку подання повідомлень.

План медико-санітарного забезпечення населення в надзвичайних ситуаціях підписується керівником центру медицини катастроф, погоджується з зацікавленими органами управління відомств, що беруть участь у ліквідації НС, розглядається на засіданні координаційної комісії адміністративної території і затверджується керівником органу управління охорони здоров'я даної території.

VII.2. Планування заходів щодо організації медико-санітарного забезпечення населення в надзвичайних ситуаціях в закладі ДСМК.

Кожен заклад планує всі види своєї діяльності: лікувально-профілактичної, господарської, наукової, санітарно-просвітницької тощо в повсякденних умовах і за умов надзвичайної ситуації. Основою планування діяльності в повсякденних умовах є плани органів управління охорони здоров'я для закладів системи комунальної чи державної власності, маркетингові дослідження для приватних закладів тощо.

Організація планування заходів з розгортання формувань ДСМК та додаткового ліжко- фонду при надзвичайних ситуаціях в закладі охорони здоров'я ДСМК розробляється згідно "Плану заходів з розгортання формувань ДСМК та додаткового ліжкофонду в надзвичайних ситуаціях в закладі охорони здоров'я ДСМК", підставою для якого є відповідний наказ МОЗ АРК, управління охорони здоров'я області, міст Києва, Севастополя та затверджене цим наказом завдання на планування заходів з розгортання формувань ДСМК та додаткового ліжкофонду в надзвичайних ситуаціях. Текст завдання до виходу цього наказу узгоджується фахівцями територіального центру екстреної медичної допомоги адміністративної території з кожним закладом ДСМК.

Завдання є нормативним документом, що визначає мінімум вимог, обов'язкових для виконання при плануванні:

§ склад (профіль) і чисельність утворюваних медичних формувань ДСМК державного та територіального рівнів;

§ кількість і профіль ліжок у ЛПЗ, віднесених до ДСМК державного та територіального рівнів та призначених для лікування уражених і хворих при ліквідації наслідків НС;

§ терміни приведення в готовність медичних формувань і ліжкової мережі до прийому уражених і хворих;

§ порядок постачання медичним, санітарно-господарським і спеціальним майном утворюваних медичних формувань і ліжок у ЛПЗ, призначених для приймання уражених і хворих;

§ порядок матеріально-технічного і транспортного забезпечення формувань і закладів ДСМК;

§ розташування пунктів управління ліквідацією медико-санітарних наслідків НС і порядок подання повідомлень.

План оформляється у 3-х примірниках, що зберігаються: перший примірник – в закладі охорони здоров'я ДСМК; другий – у територіальному центрі медицини катастроф; третій – у органі управління охороною здоров'я, якому безпосередньо підлягає заклад ДСМК.

План з розгортання формувань ДСМК та додаткового ліжкофонду при надзвичайних ситуаціях в закладі охорони здоров'я ДСМК повинен мати картографічну частину з поданням пояснювальної записки.

На карті-схемі наносяться:

§ межі адміністративної території, куди заплановано направлення формувань ДСМК;

§ схема оповіщення членів формувань ДСМК, засоби їх сповіщення та зборів;

§ схема дислокації пунктів відправки формувань закладу і їх маршрутів відправки;

§ основні автомобільні, залізничні, водні магістралі з зазначенням їхньої прийнятої нумерації, вузлові станції, пристані в визначених межах;

§ зони можливого зараження в результаті аварій на радіаційно-, хімічно-, біологічно небезпечних об'єктах в районі, який обслуговує заклад ДСМК;

§ зони можливого затоплення, впливу селевих потоків тощо в районі, що обслуговує заклад ДСМК;

§ сейсмічно небезпечні зони з вказівкою останнього року їхньої активності та потужності в районі, що обслуговує заклад ДСМК;

§ дислокація сусідніх закладів охорони здоров'я з зазначенням їх ліжкової ємності, у т.ч. тієї, що перепрофілюється для прийому уражених і хворих при НС;

§ дислокація пунктів управління службою медицини катастроф області, міста, району, наявність і марка засобів радіозв'язку та інших засобів зв'язку з ними.

На карту-схему можуть наноситись інші дані, що необхідні для візуалізації плану.

У пояснювальній записці відображаються:

§ формування ДСМК державного та територіального рівнів, що виділяє заклад. Особовий склад формувань, рівень його підготовки, засоби зв'язку, оповіщення в разі виникнення НС та збору;

§ організація транспортного забезпечення формувань закладу ДСМК, відповідно до заходів, які проведені службою;

§ організація медичного постачання створених формувань за рахунок оперативного резерву ДСМК;

§ організація і зміст заходів з введенням режимів підвищеної готовності та надзвичайної ситуації з урахуванням прогнозованої медико-тактичної обстановки;

§ організація захисту персоналу формувань ДСМК та забезпечення його засобами індивідуального захисту;

§ додатковий ліжкофонд ДСМК державного та територіального рівнів, що розгортає заклад. Структура додаткового ліжкофонду;

§ організація постачання медичних закладів для розгортання та функціонування додаткового ліжкофонду медичним, санітарно-господарським і спеціальним майном.

План заходів з розгортання формувань ДСМК та додаткового ліжкофонду при надзвичайних ситуаціях в закладі охорони здоров'я ДСМК погоджується з зацікавленими закладами, організаціями, підприємствами, органами управління відомств, що беруть участь у ліквідації НС, підписується керівником закладу ДСМК, затверджується керівником органу управління охорони здоров'я, якому підпорядковується заклад ДСМК.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я
України

від _____ 2015 року № _____

Положення

про інфекційне (дитяче інфекційне) відділення міської (районної) лікарні

I. Загальні положення

1. Інфекційне (дитяче інфекційне) відділення створюється в структурі багатoproфільних обласних, міських, районних або спеціалізованих (інфекційних) лікарень (далі – відділення).
2. Заклад утворюється згідно з наказами Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (далі – структурні підрозділи з питань охорони здоров'я).
3. Керівництво Законом здійснює головний лікар (директор), який призначається на посаду та звільняється з посади у встановленому законодавством порядку. На керівника закладу покладається організаційно-методичне керівництво та контроль за роботою інфекційної служби області регіону, а також надання консультативної допомоги інфекційним хворим;
4. Штатний розпис (структура) Закладу затверджується у встановленому законодавством порядку згідно зі штатними нормативами.
5. Заклад може бути клінічною базою кафедр онкології медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації та науково-дослідних інститутів.
6. Заклад у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами з питань охорони здоров'я, у тому числі цим Положенням.
7. Заклад затверджує правила внутрішнього трудового розпорядку для працівників, правила перебування пацієнта у закладі охорони здоров'я.

8. Забезпечення Закладу медичним обладнанням та матеріалами, м'яким інвентарем та технічними засобами здійснюється згідно з табелем оснащення в межах кошторису закладу охорони здоров'я.

II. Завдання інфекційного відділення

1. Надання діагностичної, лікувальної, консультативної допомоги інфекційним хворим.

2. Надання консультативної допомоги хворим з інфекційною патологією, які знаходяться в інших стаціонарах, при необхідності переведення хворих в інфекційний стаціонар третинного рівня після консультації лікарем-інфекціоністом із стаціонару відповідного рівня.

3. Забезпечення належного протиепідемічного режиму у відділенні з метою профілактики внутрішньолікарняних інфекцій.

4. Вивчення та впровадження досягнень медичної науки та передового досвіду в практику роботи відділення.

5. Проведення організаційно-методичної роботи щодо підвищення рівня знань медичних працівників загально медичної мережі з інфекційних та паразитарних хвороб.

6. Проведення спільної роботи з санітарно-епідеміологічною службою та місцевими органами охорони здоров'я з питань профілактики інфекційних та паразитарних хвороб в районі обслуговування, а саме:

своєчасне виявлення спалахів інфекційних захворювань, інформування про них у встановленому порядку, участь у заходах щодо їх ліквідації;

проведення санітарно-освітньої роботи з профілактики інфекційних та паразитарних хвороб, підвищення рівня знань спеціалістів та населення з цих питань.

7. Аналіз помилок в діагностиці, підходах до госпіталізації і лікування хворих на інфекційні та паразитарні хвороби, причин несприятливих наслідків та летальних випадків від інфекційної патології як у відділенні, так і в районі обслуговування з метою розробки відповідних заходів щодо їх попередження.

8. Здійснення організаційно-методичного керівництва кабінетами інфекційних захворювань в районі обслуговування та проведення спільно з ними у поліклінічних закладах роботи щодо покращання та удосконалення профілактики і своєчасного виявлення хворих на інфекційні та паразитарні хвороби.

III. Структура інфекційного відділення

Організація інфекційного відділення і кількість ліжок у ньому залежать від рівня інфекційної захворюваності в регіоні.

В районних лікарнях можуть бути організовані змішані відділення, в яких не менше 40% ліжок відведено для госпіталізації дітей.

Рекомендована структура інфекційного відділення:

- 1) оглядові бокси (не менше 2);
- 2) бокси для хворих на 1-2 ліжка (рекомендовано не менше 50% всіх ліжок), решта - напівбокси на 1-4 ліжка; один з боксів обладнується під палату регідратації (для хворих на гострі кишкові інфекції), один під палату для хворих на висококонтagioзні особливо небезпечні інфекції (чума, геморагічні лихоманки тощо);
- 3) маніпуляційний кабінет;
- 4) процедурний кабінет;
- 5) палата інтенсивної терапії;
- 6) кабінет завідуючого відділенням;
- 7) ординаторська;
- 8) кабінет сестри медичної старшої;
- 9) кабінет збереження та роздачі медикаментів;
- 10) пост сестри медичної палатної;
- 11) буфетна з 3-х кімнат з окремим входом:
прийом і видача їжі;
дитячі молочні суміші;
кімната для миття посуду.
- 12) приміщення сестри-господарки:

склад для зберігання нової та чистої білизни;

приміщення для збору та сортування брудної білизни.

приміщення для обробки та зберігання інвентарю для прибирання відділення;

приміщення для зберігання дезінфікуючих засобів;

склад зберігання твердого інвентарю;

склад речей хворих після дезінфекції.

13) приміщення для персоналу: роздягальні, окремо для особистого та захисного одягу, душова, туалет, кімната для прийому їжі персоналом;

14) приміщення прийому відвідувачів і передач для хворих (з окремим входом);

15) На території інфекційного відділення передбачається майданчик для обробки транспорту з врахуванням збирання, дезінфекції змивної води.

IV. Дезінфекція інфекційного відділення

Дезінфекція речей інфекційного відділення (дитячого) проводиться в дезкамері, прання білизни - в окремій пральні. У випадку, коли неможливо організувати окрему пральню, прання білизни з інфекційного відділення проводиться у загальній пральні після попередньої обробки (замочування в дезінфекційному розчині) в спеціально виділений день і з виділенням окремих пральних машин. Має бути забезпечена надійна дезінфекція стічних вод від інфекційного відділення (локальні очисні споруди).

Скерування на госпіталізацію хворих до інфекційного (дитячого інфекційного) відділення здійснюється згідно існуючих стандартів надання медичної допомоги.

Лікувально-діагностичний процес у інфекційних (дитячих інфекційних) відділеннях здійснюється відповідно до існуючих протоколів та стандартів діагностики та лікування інфекційних хворих.

В.о. директора Департаменту

медичної допомоги В. Коломейчук

ОРГАНІЗАЦІЯ І РЕЖИМ РОБОТИ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЛІКАРНІ

Інфекційна лікарня призначена для ізоляції інфекційних хворих і надання їм діагностичної та лікувальної допомоги. У разі відсутності такого самостійного спеціалізованого закладу його функції покладаються на інфекційне відділення багатoproфільної (районної, міської) лікарні.

Є два типи побудови інфекційної лікарні: павільйонний і централізований. Найліпше вдається організувати роботу, якщо інфекційна лікарня побудована за павільйонним типом. Це дає змогу в окремій будівлі розташувати хворих з однаковою інфекційною хворобою, а отже, краще їх ізолювати від інших хворих. Проте часто стаціонар розташований у кількоповерховій будівлі (централізований тип). У такому разі відділення розміщують на різних поверхах або виділяють для них окремі крила будівлі, намагаючись ізолювати від інших структурних підрозділів. Зважаючи на можливість розповсюдження збудників ряду інфекційних хвороб з потоками повітря, хворих на інфекції дихальних шляхів (грип, кір, вітряна віспа тощо) спрямовують у палати верхні» поверхів.

У будь-якій інфекційній лікарні функціонують три основні служби:

- лікувально-діагностична;
- адміністративно-господарська;
- організаційно-методична.

Лікувально-діагностична служба має приймальне та лікувальні відділення, а також відділення або палату інтенсивної терапії. У великих інфекційних лікарнях є ще відділення рентгенологічної та ультразвукової діагностики, клінічна, біохімічна, бактеріологічна, вірусологічна та імунологічна лабораторії.

В багатoproфільних лікарнях загального типу, що мають одне або декілька спеціалізованих інфекційних відділень, обстеження проводиться в лікарняних лабораторіях, які працюють у відповідному протиепідемічному режимі.

Адміністративно-господарська служба необхідна для організації лікувально-діагностичного процесу і його матеріально-технічного забезпечення. Вона складається з адміністрації лікарні (головний лікар, його заступники, головна медична сестра), бухгалтерії, канцелярії, архіву, харчоблоку, дезінфекційного відділення з пральнею, центральної стерилізаційної та інших технічних підрозділів.

На організаційно-методичну службу покладається керівництво роботою лікарів і медичних сестер щодо попередження, виявлення і лікування інфекційних хвороб на території, яку обслуговує лікарня. Цей розділ роботи здійснюється у тісній співпраці з місцевою санепідемстанцією, а також профільними кафедрами медичних університетів і академій, профільними науково-дослідними інститутами.

Лікар, фельдшер чи медична сестра, які виявили інфекційного хворого, подають у місцеву санепідемстанцію термінове повідомлення (див мал. нижче).

Перевезення хворих до інфекційної лікарні здійснюється на санітарному транспорті місцевої санітарно-епідеміологічної станції або міської

дезінфекційної станції. Доставкою займається бригада працівників, яка складається з фельдшера (медичної сестри), санітарки та водія. Не можна перевозити в одній машині декількох хворих з різними хворобами. Після виконання роботи салон автомашини піддають дезінфекції на спеціально відведеній площадці. Допомогу інфекційному хворому надають, дотримуючись режимно-пропускної системи. Вона полягає в тому, що з моменту вступу і до виписки хворий переміщується в одному напрямку не зустрічаючись із жодним хворим у санпропуснику та з хворими на інші інфекційні захворювання, що перебувають на стаціонарному лікуванні. Дотримання цієї системи забезпечує попередження внутрішньолікарняних заражень.

Бланк облікової форми № 058/о "Термінове повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення".

Приймальне відділення належить до дуже важливих і відповідальних структурних підрозділів лікарні. Воно розташовується в окремому павільйоні або на першому поверсі лікарні централізованого типу. Внутрішнє планування має бути таким, щоб виключити можливість зустрічі двох хворих і забезпечити максимум зручностей для обслуговування пацієнта.

У приймальному відділенні повинно бути декілька боксів і оглядових кімнат. Бокси призначені для хворих на інфекційні хвороби, що розповсюджуються з повітрям (пилон) і кровосисними комахами. У загальній оглядовій кімнаті можна приймати хворих на мало-контагіозні хвороби (харчова токсикоінфекція, ботулізм, бешіха, гельмінтози тощо).

Типовий бокс складається із зовнішнього передбоксника, що сполучений з подвір'ям, кімнати для огляду хворого, санітарного вузла (туалет і ванна) та внутрішнього передбоксника, з'єданого із загальним коридором. У внутрішньому передбокснику знаходяться умивальник і халати для персоналу.

Порядок користування боксом

- зайти у внутрішній передбоксник, закрити двері, одягнути інший халат і маску
- перейти в палату, зачинивши за собою внутрішні двері передбоксника, та обслужити хворого
- повернутись у внутрішній передбоксник, зачинивши внутрішні двері, зняти другий халат, шапочку і маску, помити руки з милом
- вийти у загальний коридор і зачинити двері передбоксника
- дати вказівку провести дезінфекцію в усіх приміщеннях боксу після звільнення його хворим

У випадку поступлення в бокс хворого на висококонтагіозну інфекційну хворобу (вітряна віспа, кір} внутрішні двері боксу і двері внутрішнього передбоксника заклеюють папером, щоб не допустити проникнення в загальний коридор вірусу з потоком повітря. Для обслуговування хворого медичні працівники користуються зовнішнім входом.

При підозрі на чуму, легеневу форму сибірки, карантинні геморагічні гарячки медичні працівники перед входом у бокс одягають спеціальний захисний костюм.

Кожного хворого, що поступає на стаціонарне лікування, зустрічає медична сестра приймального відділення. Вона ознайомлюється із супровідною документацією і залежно від зазначеного діагнозу спрямовує хворого до відповідного боксу чи оглядової кімнати. Тут лікар оглядає пацієнта, встановлює попередній або остаточний діагноз, у разі потреби надає йому негайну медичну допомогу.

Тестові завдання:

1.Захворюваність населення вивчається різними методами . Що є нижченаведеного є методом для вивчення захворюваності?

- A) звернення за медичною допомогою
- B) перепис хворих
- C) перепис населення
- D) антропометричні вимірювання
- E) подвірні обходи

2.Згідно з «Основами законодавствами України про охорону здоров'я» (1992р.) виділяють первинну,вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу. Що відноситься до первинної лікувально-профілактичної допомоги ?

- A) консультація лікаря загальної практики (сімейного), діагностика та лікування основних найбільш поширених захворювань,направлення пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів,охорона дітей та жінок
- B) кваліфіковане консультування,діагностика,профілактика та лікування у лікаря спеціаліста
- C) допомога ,яка надається лікарями (або їх групами),які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування захворювань,а також захворювань,що рідко зустрічаються
- D) допомога,яка надається в поліклініці
- E) все вищезгадане

3.Робота сімейного лікаря має свої особливості . Визначити ,що з наведеного нижче визначає цю особливість:

- A) необхідність прийняття першого рішення щодо розв'язання проблем,з приводу яких до нього звертаються пацієнти
- B) надання допомоги хворим тільки терапевтичного профілю
- C) обов'язкова передача хворих з хронічними захворюваннями до інших закладів охорони здоров'я
- D) обов'язкове закріплення певних пацієнтів за конкретними сімейними лікарями
- E) всі відповіді правильні

4.Однією з особливостей організації медичної допомоги сільському населенню є етапність її надання. Скільки етапів вона нараховує?

A) 1

B) 2

C) 3

D) 4

E) 5

5. На другому етапі сільському населенню надається кваліфікована лікарська допомога як мінімум з 12-16 спеціальностей. Який заклад охорони здоров'я надає її на цьому етапі?

A) центральна районна лікарня

B) сільська дільнична лікарня

C) сільська лікарська амбулаторія

D) обласна лікарня

E) обласний диспансер

6. В поліклініку обласної лікарні. Яка основна мета направлення?

A) надання високоспеціалізованої консультативної допомоги

B) медико-соціальна експертиза тимчасової втрати працездатності

C) медико-соціальна експертиза стійкої втрати працездатності

D) здійснення диспансерного спостереження

E) надання медичної допомоги

7. Поліклініка міської лікарні проводить лікування і діагностику найбільш поширених видів патологій лікарями загальної практики, надає діагностичну і консультативну допомогу лікарями-спеціалістами. Які рівні лікувально-профілактичної діяльності реалізуються в даній поліклініці?

A) тільки первинна

B) тільки вторинна

C) третинна

D) вторинна і третинна

Література: о с н о в н а

1. Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко (під ред.) – Соц. медицина та організація охорони здоров'я. Тернопіль, "Укрмедкнига". 2000 р., с. 279-293, 315-317, 458-462.
2. Під ред. Ю.В.Вороненка, В.В.Рудень - Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Посібник до практичних занять. Львів, „Новий світ”, 2004р., с. 224- 247.

д о д а т к о в а

1. Под ред. Чл.-кор. РАМН проф. В.З. Кучеренка – Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению. – Учебное пособие для ВУЗов, Москва, 2008. – С. 125-149, 152-171.
2. Основы организации здравоохранения и страховой медицины (курс лекций). Харьков, „НФаУ”, 2006г., с. 129-133.
3. Методи соціальної медицини: Навчальний посібник / Під заг. ред. О.Г. Процек, О.М. Очеретько. – Вінниця, 2007. – С. 35–36, 51–52, 73-74.
4. Методичні рекомендації. «Методика аналізу роботи лікувально-профілактичних закладів та оцінки рівня надання медичної допомоги населенню окремими спеціалістами», Київ – 2006, с.30.
5. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2008 рік. – Київ, 2009. – с. 74-81, 89-102.
6. Под ред. Ю.П. Лисицина – Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. – Учебное руководство, Казань., 2000 г., с.339-347.
7. Социальная медицина и организация здравоохранения/ Руководство для студентов, клинических ординаторов и аспирантов. В.А. Миняев, Н.И. Вишняков, В.К. Юрьев, В.С. Лучкевич, Санкт-Петербург, 1998г., 2 т., с.58-94

Автор: ст. викладач Черешнюк Г.С.
“30” 08 2016 р.

Затверджено на засіданні кафедри
Протокол № 2

Зав. кафедрою соціальної медицини,

економіки та організації охорони здоров'я

проф. ОЧЕРЕДЬКО О.М.