

1.1 Система и государственная политика РФ в области здравоохранения. Организация работы отделения ФД.

Прогрессивное развитие научно-технической революции привело к тому, что частота возникновения ситуаций, опасных для жизни людей, не снизилась, а повысилась. Как реакция на повышение риска для жизни, в международных сообществах (ООН, ВОЗ и др.) стали разрабатываться системы медико-санитарной и медико-экологической защиты населения от стихийных бедствий и техногенных катастроф.

В начале любой катастрофы возможности для оказания медицинской помощи ограничены и требуется привлечение дополнительных сил и средств из непострадавших районов или из государственных резервов. Для этого необходима заблаговременная подготовка соответствующих медицинских кадров, способных работать в экстремальных условиях при массовом поступлении пораженных.

Чрезвычайно важное значение службы медицины катастроф (МК) заключается в разработке и планировании системы медицинской защиты населения и лечебно-профилактических учреждений от поражающих факторов, наиболее вероятных в регионе возникновения чрезвычайной ситуации (ЧС).

Для ликвидации последствий подобных ЧС, когда повышена значимость своевременного оказания необходимой медицинской помощи, проведения первоочередных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, возрастает роль службы медицины катастроф как организатора и исполнителя мероприятий по оказанию всех видов медицинской помощи и необходимых санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Лица, принимающие участие в оказании ПМП, должны в деталях знать перечень организационных и медицинских мероприятий, которые необходимо выполнять на догоспитальном этапе, т. е. в полевых условиях.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК) - это звено единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, объединяющая:

- Службы медицины катастроф Минздрава, Минобороны;
- Силы и средства МЧС, МВД, Роспотребнадзора, Минтранса;
- Силы и средства других органов исполнительной власти всех уровней и организаций,

предназначенных для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Основные задачи ВСМК:

- прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;
- создание резерва медицинского имущества;
- организация ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, в том числе организация и оказание медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию;
- ликвидация эпидемических очагов;
- обучение оказанию медицинской помощи гражданам в чрезвычайных ситуациях;
- информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах.

Для успешной реализации задач, стоящих перед ВСМК, используются имеющиеся и дополнительно созданные на базе действующих учреждений здравоохранения силы службы медицины катастроф (СМК).

Учреждения службы медицины катастроф (МК):

- Всероссийский центр МК "Защита" и его клинические базы;
- региональные центры МК (Новосибирск, Хабаровск, Москва, Чита, Екатеринбург, Казань, Ростов, Санкт-Петербург, Красноярск, Самара);
- территориальные центры МК (краевые, областные, городские) * межрайонные (зональные) центры МК;
- клиники региональных (территориальных) центров МК;
- территориальные ЛПУ здравоохранения (согласно плана на ЧС);
- базы, склады спецмедснабжения;
- учебные заведения по подготовке медицинских работников (первичной и последипломной) по медицине катастроф.

Органы руководства и управления службой медицины катастроф (МК):

- МЗ РФ (отдел медицины катастроф (МК));
- территориальные органы управления (отделения МК) территорий РФ;
- межведомственные координационные комиссии;
- штабы Всероссийской службы МК;
- штабы медицинской службы гражданской защиты.

Начальником Всероссийской СМК является министр здравоохранения РФ. Служба медицины катастроф создается на федеральном, региональном, территориальном, местном и объектовом (на объектах экономики) уровнях.

Формирования службой медицины катастроф (МК):

- БСМП - бригады скорой медицинской помощи. (линейные и специализированные), предназначены для оказания первой врачебной помощи и доврачебной помощи в районе бедствия на догоспитальном этапе;
- БЭМП - бригады экстренной медицинской помощи - (врачебно-сестринские и доврачебные); их основное назначение - усиление службы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в районе катастрофы;
- МО - медицинские отряды, состоящие из бригад экстренной медицинской помощи; служат для оказания неотложной первой врачебной помощи на догоспитальном этапе;
- СМБПГ - специализированные медицинские бригады постоянной готовности и БЭСМП - бригады экстренной специализированной медицинской помощи; входят в состав центров медицины катастроф и предназначены для усиления ЛПУ, оказывающих квалифицированную и специализированную медицинскую помощь;
- АВМГ - автономные выездные медицинские госпитали; предназначены для оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи в очагах катастроф или в непосредственной близости их.

С целью максимально оперативного выдвижения к месту катастрофы ряд территориальных служб медицины катастроф в своем составе **дополнительно развертывают:**

- оперативные группы управления (ОГУ);
- санитарную авиацию (СА);
- подвижные комплексы медицины катастроф (ПКМК) на базе автомобильного шасси;
- аэромобильные лечебно-эвакуационные комплексы (АЛЭК) на базе вертолета Ми-17МВ.

Для проведения в районах широкомасштабных катастроф санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий на базе ГЦСЭН создаются **подвижные формирования:**

- санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО);
- санитарно-эпидемиологические бригады (СЭБ);
- противоэпидемиологические бригады (ПЭБ);
- специализированные противоэпидемиологические бригады (СПЭБ);
- группы эпидемиологической разведки (ГЭР).

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО - ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Характеристика чрезвычайных ситуаций (ЧС)

Чрезвычайная ситуация (ЧС) – обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушения условий жизнедеятельности людей.

В каждом конкретном случае ЧС обуславливается оперативной обстановкой.

Уровни чрезвычайных ситуаций:

- локальный - пострададо не более 10 человек;
- территориальный - пострададо свыше 10, но не более 50 человек;
- региональный - пострададо свыше 50, но не более 500 человек;
- федеральный - пострададо свыше 500 человек.

Периоды (фазы) чрезвычайных ситуаций:

- изоляции;
- спасения;
- восстановления.

Период изоляции длится от нескольких минут до нескольких часов, медицинская помощь оказывается в порядке само - и взаимопомощи, в том числе и медицинскими работниками, оказавшимися в момент происшествия в зоне бедствия.

В этот период активно ведут розыск пораженных, их извлечения из труднодоступных мест (завалов, горящих сооружений, поврежденной техники и др.); оказание им первой медицинской помощи по жизненным показаниям; вынос из зараженной зоны в безопасное место; проведение частичной санитарной обработки с использованием индивидуальных средств медицинской защиты (перевязочные пакеты, индивидуальные и коллективные аптечки), медикаментами и другим медицинским имуществом, сохранившимся у медработников, а при их отсутствии - подручными средствами. После оказания первой медицинской помощи пострадавших целесообразно сосредотачивать в безопасных местах вблизи транспортных коммуникаций для последующей эвакуации из очага.

Период спасения начинается с момента прибытия в очаг катастрофы сил немедленного реагирования, в состав которых входят спасательные формирования, пожарные команды, бригады скорой медицинской помощи, санитарные дружины и отряды санитарных дружин МСГО, ведомственная аварийно-спасательная служба, подразделения милиции, а также воинские подразделения.

Продолжается розыск и сбор пострадавших с целью скорейшего оказания им первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи. Последняя, как правило, оказывается в местах сосредоточения (выноса) пострадавших, где могут развертываться силами службы медицины катастроф или медицинской службы Гражданской обороны временные пункты сбора пораженных (ВПСП). В зоне ЧС с особо опасными инфекциями проведение спасательных работ затруднено.

Период восстановления начинается после отправки в ближайшие лечебные учреждения для дальнейшего лечения.

Международный опыт ликвидации последствий крупномасштабных катастроф показал, что значительная часть пораженных погибает вследствие не своевременности оказания медицинской помощи. Оказание первой медицинской помощи в первые 30 минут с момента поражения, даже при отсрочке других видов помощи, снижает вероятность летального исхода в 3 раза.

Система лечебно-эвакуационного обеспечения

Лечебно-эвакуационное обеспечение (ЛЭО) – это комплекс последовательно проводимых, преемственных мероприятий по оказанию медицинской помощи населению в очагах поражения и на этапах медицинской эвакуации в сочетании с их транспортировкой в лечебные учреждения. Основной принцип оказания медицинской помощи в очаге чрезвычайной ситуации - последовательность.

Этап медицинской эвакуации - это медицинские формирования и лечебные учреждения, развернутые и работающие на путях эвакуации и предназначенные для приема, медицинской сортировки пораженных, оказания им медицинской помощи и подготовки (при необходимости) к дальнейшей эвакуации.

Первым этапом медицинской эвакуации, предназначенным преимущественно для оказания первой медицинской и первой врачебной помощи, являются сохранившиеся в зоне ЧС лечебные учреждения, пункты сбора пораженных, развернутые бригадами скорой помощи и врачебно-сестринскими бригадами, прибывшими в зону ЧС из близ расположенных лечебных учреждений.

Вторым этапом медицинской эвакуации являются существующие и функционирующие вне зоны ЧС, а также дополнительно развернутые лечебные учреждения,

предназначенные для оказания исчерпывающих видов медицинской помощи квалифицированной и специализированной и для лечения пораженных до окончательного исхода (Рис. 1).

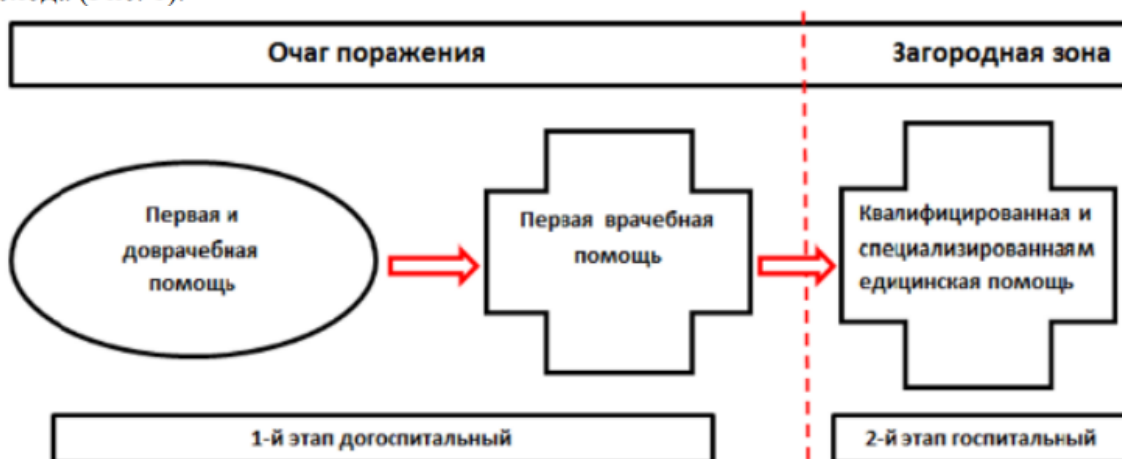


Рис.1 Принципиальная схема этапа медицинской эвакуации

Каждый этап медицинской эвакуации имеет свои особенности в организации работы. Однако в его составе необходимо создавать условия для приема, размещения и медицинской сортировки пораженных, помещения для оказания мед. помощи, временной изоляции, сан. обработки, временной или окончательной госпитализации, ожидания эвакуации и подразделения обслуживания. Для оказания 1-й медицинской и доврачебной помощи на месте, где получена травма или вблизи от него, а также отдельных мероприятий 1-й врачебной помощи, не требуется развертывания на местности функциональных отделений. Необходимость в организации 1-го этапа медицинской эвакуации обусловлена тем, что расстояние между районом бедствия и стационарными лечебными учреждениями может быть значительным. Определенная часть пораженных не выдержит длительную эвакуацию непосредственно из очага катастрофы после оказания им только 1-й медицинской помощи, полученной в очаге или на его границе (Рис. 2).



Рис.2 Схема медицинской эвакуации

Виды медицинской помощи

В системе ЛЭО имеются следующие виды медицинской помощи:

- первая помощь;
- доврачебная помощь;
- первая врачебная помощь;
- квалифицированная медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ - это комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых на месте получения повреждения преимущественно в порядке само и взаимопомощи, а также участниками спасательных работ, с использованием табельных и подручных средств.

Цель - устранения продолжающегося воздействия поражающего фактора, спасения жизни пострадавшим, снижения и предупреждения развития тяжелых осложнений.

Оптимальный срок оказания - до 30 минут после получения травмы.

Мероприятия первой помощи:

1. наложение антисептических повязок на раны и ожоговые поверхности;
2. временная остановка кровотечения с применением подручных и табельных средств;
3. иммобилизация при переломах костей и при обширных повреждениях мягких тканей (размозжение) с применением подручных средств и табельных шин;
4. проведение простейших противошоковых мероприятий, равномерное согревание до исчезновения озноба, введение морфина, кордиамина, кофеина и т.д.;
5. сердечно-легочная реанимация;
6. частичная дезактивация, частичная санитарная обработка и др..

Содержание первой медицинской помощи пострадавшему населению зависит от характера стихийного бедствия, аварии, вида очага и структуры поражения населения.

При землетрясениях, оползнях, если они сопровождаются сильными разрушениями, в основном наблюдаются травмы, в большинстве случаев происходит сдавление мягких тканей (травматический токсикоз), могут быть ожоги, асфиксия, психические расстройства.

При наводнениях у пострадавших наблюдается асфиксия, ознобление, в последующем может развиваться воспаление легких.

При воздействии на организм человека ОВ и АХОВ возникает весьма разнообразная симптоматика поражений в зависимости от токсических свойств ОВ и АХОВ, продолжительности скрытого периода, тяжести поражения.

В очагах комбинированного поражения возможны одновременно различные повреждения в различных сочетаниях: травмы, ожоги, острая лучевая болезнь и др.

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ - комплекс медицинских манипуляций, которые дополняют первую помощь. Оказывается в очаге ЧС медицинскими сестрами или фельдшерами медицинских учреждений и формирований ВСМК.

Цель – устранение и предупреждение расстройств (кровотечение, асфиксия, шок, судорожный синдром и др.) угрожающих жизни пораженных и подготовка их к эвакуации.

Оптимальный срок оказания – до 1-2 часов после травмы.

Мероприятия доврачебной помощи включает:

1. введение воздуховода, ИВЛ с помощью аппарата типа "Амбу";
2. надевание противогаза (ватно-марлевой повязки, респиратора) на пораженного при нахождении его на зараженной местности;
3. контроль за сердечно-сосудистой деятельностью (измерение АД, характера пульса) и функции органов дыхания (частота и глубина дыхания);
4. вливание инфузионных средств;
5. введение обезболивающих и сердечно-сосудистых препаратов;
6. введение и дача внутрь антибиотиков, противовоспалительных препаратов;
7. введение и дача седативных, противосудорожных и противорвотных препаратов;
8. дача сорбентов, антидотов и т.п.;
9. контроль правильности наложения жгутов, повязок, шин, при необходимости - их исправление и дополнение табельными медицинскими средствами;
10. наложение асептических и окклюзионных повязок.

ПЕРВАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами общей практики (врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи, врачебно-сестринские бригады, мобильные медицинские отряды в зоне ЧС).

Оптимальный срок оказания – 4-5 часов после получения травмы.

Мероприятия первой врачебной помощи:

1. неотложные мероприятия;
2. мероприятия, которые могут быть вынужденно отсрочены или оказаны на следующем этапе медицинской эвакуации.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых квалифицированными врачами – хирургами и терапевтами в медицинских формированиях и учреждениях.

Оптимальный срок оказания - первые 8-12 часов после получения травмы.

Мероприятия квалифицированной медицинской помощи:

1. неотложные мероприятия;
2. мероприятия, которые могут быть вынужденно отсрочены или оказаны на следующем этапе медицинской эвакуации.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ - комплекс лечебно-диагностических мероприятий, выполняемых врачами-специалистами в специализированных лечебных учреждениях (отделениях) с использованием специальной аппаратуры и оборудования. Оптимальный срок оказания специализированной медицинской помощи – не позднее суток после получения травмы.

Медицинская сортировка

Медицинская сортировка – распределение пораженных на группы по признакам нуждаемости в определенных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях.

Цель сортировки:

Обеспечение своевременного оказания медицинской помощи, разумное использование имеющихся сил и средств, рациональная эвакуация.

Виды медицинской сортировки:

- **внутрипунктовая:** распределение пораженных на группы для направления в соответствующие функциональные подразделения данного этапа медицинской эвакуации с учетом очередности;
- **эвакуационно-транспортная:** распределение на группы в зависимости от направления эвакуации, очередности, вида транспорта и положения, в котором необходимо эвакуировать пораженного (сидя или лежа).

Сортировочные признаки:

1. Опасность для окружающих определяет степень нуждаемости пострадавших в санитарной или специальной обработке, изоляции:

- нуждающиеся в специальной (санитарной) обработке (частичной или полной);
- подлежащие временной изоляции;
- не нуждающиеся в специальной (санитарной) обработке.

2. Лечебный - степень нуждаемости пострадавших в медицинской помощи, очередности и месте (лечебное подразделение) ее оказания:

- нуждающихся в неотложной медицинской помощи;
- не нуждающихся в медицинской помощи на данном этапе (помощь может быть отсрочена);
- пораженных в терминальных состояниях, нуждающихся в симптоматической помощи, с травмой, несовместимой с жизнью.

3. Эвакуационный - необходимость, очередность эвакуации, вид транспорта (Рис. 3) и положение пострадавшего на транспорте, эвакуационное назначение:

- подлежащие эвакуации в другие территориальные, региональные лечебные учреждения или центра страны с учетом эвакуационного предназначения, очередности, способа эвакуации (лежа или сидя), вида транспорта;
- подлежащие оставлению в данном лечебном учреждении (по тяжести состояния) временно или до окончательного исхода;
- подлежащие возвращению по месту жительства (расселения) населения для амбулаторно-поликлинического лечения или медицинского наблюдения.



Рис. 3 Модуль медицинский вертолетный

Рис. 3 Модуль медицинский вертолетный

Для успешного проведения медицинской сортировки необходимо создавать надлежащие условия на этапах медицинской эвакуации. Необходимо выделять необходимое количество медицинского состава, создавая из него сортировочные бригады, обеспеченные соответствующими приборами, аппаратами, средствами фиксации результатов сортировки и др.

Состав сортировочной бригады:

Для тяжелопораженных (ноСИЛОЧНЫХ)	Для легкопораженных (ХОДЯЧИХ)
• врач • 2 медсестры или фельдшера • 2 регистратора • Звено носильщиков	• врач • медсестра • 1 регистратор

Организация внутрипунктовой медицинской сортировки

Бригада одновременно осматривает двух пораженных: у одного находится врач, медсестра и регистратор, а у 2-го фельдшер (медсестра и регистратор). Врач, приняв сортировочное решение по 1-му пораженному, переходит ко 2-му и получает о нем информацию от фельдшера. Приняв решение, переходит к 3-му пораженному, получая информацию от медсестры. Фельдшер в это время осматривает 4-го пораженного и т. д. (Рис. 4).

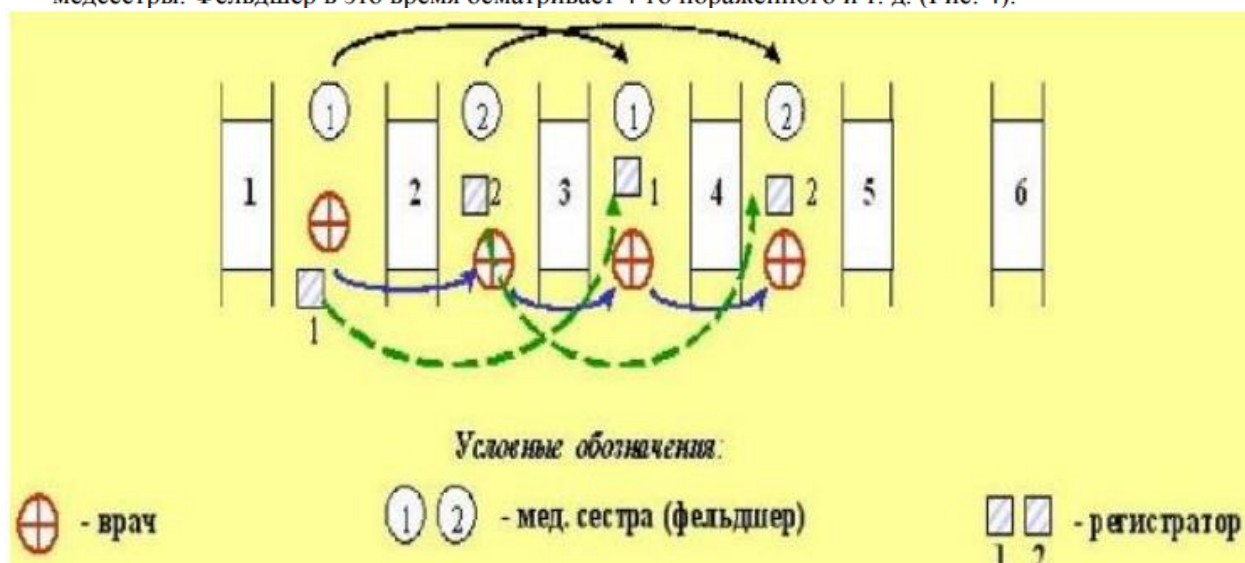


Рис. 4 Организация внутрипунктовой медицинской сортировки

Звено носильщиков реализует решение врача в соответствии с сортировочной маркой (Рис.5).

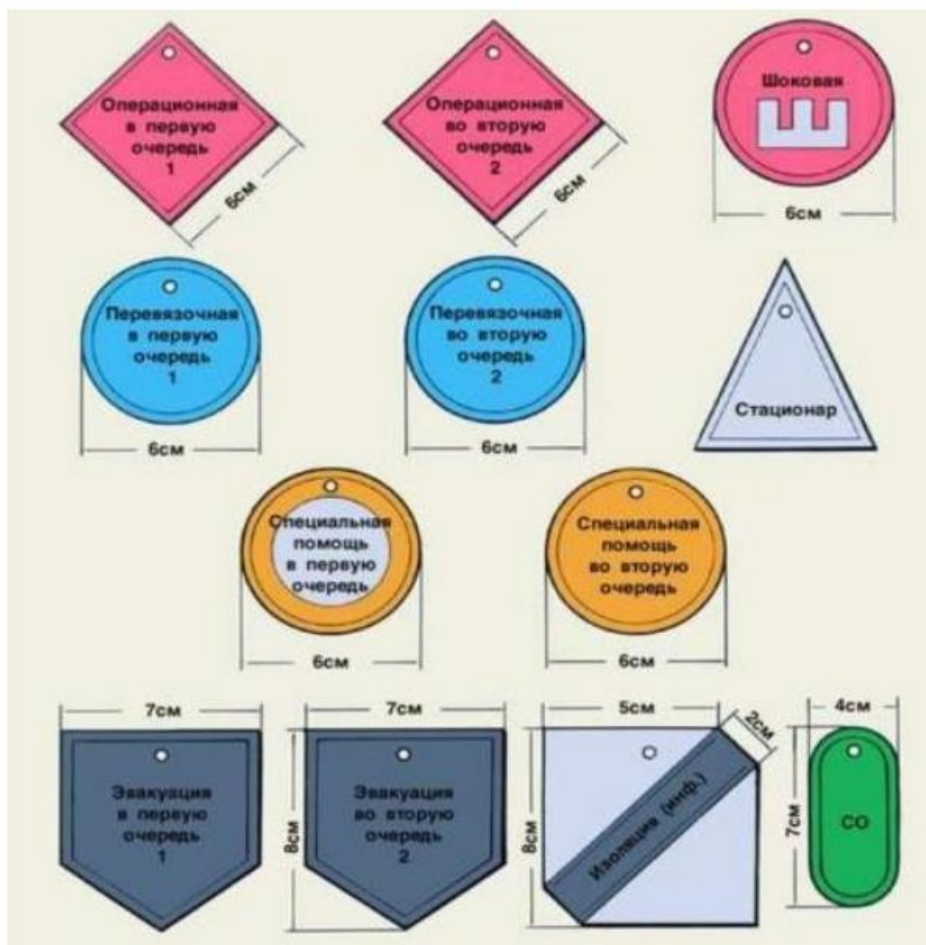


Рис. 5 Сортировочные марки

При таком "конвейерном" методе работы одна сортировочная бригада может за час рассортировать до 30-40 носилочных пораженных травматологического профиля или пораженных АХОВ (с оказанием неотложной помощи).

Сортировочные группы:

В процессе сортировки всех пострадавших на основании оценки их общего состояния, характера повреждений и возникших осложнений с учетом прогноза делят на 5 сортировочных групп:

I сортировочная группа: пораженные с крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями, а также находящиеся в терминальных состояниях. Прогноз неблагоприятный. Пораженные этой группы нуждаются в симптоматическом лечении. Эвакуации не подлежат.

II сортировочная группа: пораженные с тяжелыми повреждениями, сопровождающимися нарастающими расстройствами жизненных функций. К этой группе относятся: тяжело пораженные с быстро нарастающими опасными для жизни осложнениями травмы, радиационного поражения, пораженные ОВ, БС с угрозой потери функции одной или нескольких основных жизнеобеспечивающих систем. Для устранения нарушений необходимо срочное проведение лечебно-профилактических мероприятий. Прогноз может быть благоприятным при условии оказания им соответствующего объема

медицинской помощи. Пораженные этой сортировочной группы нуждаются в помощи по неотложным жизненным показаниям (в том числе в проведении срочных оперативных вмешательств). Временно нетранспортабельны, эвакуация возможна только после стабилизации гемодинамических показателей, дыхания.

III сортировочная группа: пораженные с тяжелыми и средней тяжести повреждениями, не представляющими непосредственной угрозы для жизни. Прогноз для жизни и восстановления трудоспособности относительно благоприятный. Медицинская помощь оказывается во вторую очередь или может быть отсрочена до поступления в ББ (однако не исключается возможность развития тяжелых осложнений). Эвакуация в первую очередь.

IV сортировочная группа: пострадавшие с повреждениями средней тяжести с нерезко выраженными функциональными расстройствами или они отсутствуют. Медицинская помощь может потребоваться при подготовке к эвакуации. Развитие опасных осложнений маловероятно (при условии применения антибиотиков и других препаратов по показаниям). Прогноз восстановления трудоспособности, как правило, благоприятный при относительно коротком сроке госпитального лечения и пребывания в БЛП. Эвакуация во вторую очередь (при нехватке транспортных средств).

V сортировочная группа: легкопораженные с абсолютно благоприятным прогнозом для жизни и для восстановления трудоспособности. Нуждаются в амбулаторно-поликлиническом лечении по месту расселения (жительства) населения. Эвакуация во вторую очередь (см. Приложения 1-4).

Медицинская эвакуация

Медицинская эвакуация – организованный вынос (вывоз) и транспортировка пораженных из очага ЧС в лечебные учреждения, а также медицинское обслуживание в пути

Цель: госпитализация пострадавшего соответствующего профиля в лечебно-профилактическое учреждение, где пострадавшему будет оказан полный объем медицинской помощи и окончательное лечение (эвакуация по назначению).

Эвакуация осуществляется по принципу:

- "на себя" (машины скорой медпомощи лечебно- профилактических учреждений, центров экстренной медицинской помощи и др.);
- "от себя" (транспортом пострадавшего объекта, спасательными отрядами и др.) (Рис.6).



Рис. 6 Эвакуация из Беслана

Общим правилом при транспортировке пораженных на носилках является несменяемость носилок, а их замена из обменного фонда. Загрузка транспорта по возможности однопрофильными по характеру (хирургический, терапевтический и др. профиль) и локализации поражения значительно облегчает эвакуацию не только по направлению, но и по назначению, сокращая до минимума межбольничные перевозки.

При эвакуации пораженных в состоянии психического возбуждения принимаются меры, исключающие возможность их падения с транспорта (фиксация к носилкам лямками, введение седативных лекарственных средств, наблюдение за ними легкопораженных, а иногда - выделение сопровождающих).

Эвакуация пораженных из очагов АХОВ организуется в соответствии с общими принципами, хотя и имеет некоторые особенности.

Эвакуация больных из очагов особо опасных инфекционных заболеваний, как правило, не производится или резко ограничена.

Система здравоохранения СМК должна устойчиво оперативно реагировать на кризисные и ЧС различного типа и масштаба, когда потребность в экстренной медико-санитарной помощи превышает повседневную, рационально используя медицинские силы и средства.

Государственная политика Российской Федерации в области здравоохранения направлена на обеспечение прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также на развитие системы здравоохранения как одной из важнейших составляющих социальной политики государства.

Основой правовой базы в области здравоохранения являются Конституция Российской Федерации, Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (№ 323-ФЗ), а также другие федеральные законы и подзаконные акты.

Основными государственными органами, отвечающими за реализацию государственной политики в области здравоохранения являются:

- о **Министерство здравоохранения Российской Федерации.** Разрабатывает государственную политику в сфере здравоохранения, координирует деятельность медицинских учреждений, контролирует качество оказываемых услуг.
- о **Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС).** Осуществляет финансовое обеспечение системы ОМС, распределяет средства между медицинскими учреждениями.
- о **Региональные министерства здравоохранения.** Реализуют государственную политику на уровне субъектов Российской Федерации, контролируют работу медицинских учреждений на местах.

Основные принципы государственной политики в сфере здравоохранения:

1. **Доступность медицинской помощи.** Государство гарантирует доступность медицинских услуг для всех граждан независимо от их социального статуса, места проживания и других факторов.
2. **Качество медицинской помощи.** Обеспечение высокого уровня качества предоставляемых медицинских услуг является одним из ключевых приоритетов государственной политики.
3. **Профилактика заболеваний.** Особое внимание уделяется профилактике заболеваний, включая пропаганду здорового образа жизни, вакцинацию населения и раннее выявление заболеваний.
4. **Развитие инфраструктуры здравоохранения.** Строительство новых медицинских учреждений, модернизация существующих объектов, оснащение их современным оборудованием.
5. **Кадровое обеспечение.** Подготовка квалифицированных медицинских кадров, повышение квалификации действующих специалистов, создание условий для привлечения молодых специалистов в сферу здравоохранения.
6. **Финансирование.** Государственное финансирование системы здравоохранения осуществляется за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и обязательного медицинского страхования (ОМС).
7. **Научные исследования и инновации.** Поддержка научных исследований в области медицины, внедрение инновационных технологий и методов лечения.
8. **Социальная защита пациентов.** Защита прав пациентов, включая право на получение информации о состоянии своего здоровья, выбор врача и медицинского учреждения, защиту персональных данных.

9. **Международное сотрудничество.** Участие в международных проектах и программах по обмену опытом и технологиями в области здравоохранения.

В рамках реализации государственной политики в области здравоохранения разрабатываются и реализуются национальные проекты и программы, направленные на улучшение различных аспектов системы здравоохранения. Среди них:

- о **Национальный проект "Здравоохранение".** Он включает ряд программ, направленных на снижение смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, развитие первичной медико-санитарной помощи, цифровизацию здравоохранения и другие важные направления.

- о **Программа модернизации первичного звена здравоохранения.**

Направлена на обновление материально-технической базы поликлиник, амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов, а также на улучшение кадрового обеспечения.

- о **Программа борьбы с онкологическими заболеваниями.** Включает меры по ранней диагностике рака, улучшению доступа к специализированным медицинским услугам и повышению качества лечения.

Система обязательного медицинского страхования играет ключевую роль в финансировании здравоохранения в России. Каждый гражданин имеет полис ОМС, который дает ему право на бесплатное получение медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС. Фонды ОМС аккумулируют страховые взносы работодателей и перераспределяют их между медицинскими учреждениями в зависимости от объема и качества предоставленных услуг. Кроме того, государство предоставляет различные виды социальной поддержки, льготы отдельным категориям граждан, нуждающимся в медицинской помощи.

Одним из важных направлений развития системы здравоохранения является цифровизация. Внедрение электронных медицинских карт, телемедицинских консультаций, систем управления очередями и записи на прием позволяет повысить эффективность работы медицинских учреждений и улучшить доступ граждан к медицинским услугам.

Одной из основных задач государственной политики в области здравоохранения является привлечение и удержание высококвалифицированных медицинских работников. Для этого разрабатываются программы поддержки молодых специалистов, включая жилищные субсидии, льготные ипотечные кредиты и повышенные зарплаты. Также ведется работа над улучшением условий труда врачей и медсестер, повышением престижа профессии.

Государственные программы поддерживают научные исследования в области медицины, разработку новых лекарственных препаратов и медицинских технологий. Ведущие медицинские университеты и научно-исследовательские институты получают государственное финансирование для проведения фундаментальных и прикладных исследований.

Большое внимание уделяется профилактической медицине, включающей мероприятия по предупреждению заболеваний, таких как вакцинация, скрининговые обследования и диспансеризация. Эти меры направлены на раннее выявление заболеваний и предотвращение их осложнений. Важным элементом государственной политики является информирование населения о здоровом образе жизни, профилактике заболеваний и важности регулярных медицинских осмотров. Для этого используются различные каналы коммуникации, включая телевидение, радио, интернет и социальные сети.

Для обеспечения высокого уровня качества медицинской помощи государство внедряет систему оценки и контроля деятельности медицинских учреждений. Это включает независимые проверки, аудит и сертификацию медицинских организаций. Пациенты имеют возможность оставлять отзывы и жалобы, которые рассматриваются соответствующими органами.

Законы Российской Федерации предусматривают ответственность медицинских работников и учреждений за нарушение прав пациентов. Это может включать дисциплинарные взыскания, штрафы и даже уголовную ответственность в случае серьезных нарушений.

Государственная политика в области здравоохранения в России охватывает широкий спектр вопросов, начиная от финансирования и кадровой политики до научного прогресса и социальной защиты. Основная цель этой политики – обеспечить каждому гражданину доступ к качественной медицинской помощи и создать условия для поддержания и улучшения здоровья населения. Государственная политика РФ в области здравоохранения представляет собой комплексный подход, направленный на обеспечение доступности, качества и эффективности медицинской помощи для всех граждан страны. Реализация национальных проектов, развитие инфраструктуры, цифровизация и международное сотрудничество способствуют достижению этих целей и улучшению здоровья населения.

Правила организации деятельности отделения функциональной диагностики

1 Настоящие Правила устанавливают порядок организации деятельности отделения функциональной диагностики (далее - Отделение).

2 Отделение создается в качестве структурного подразделения медицинской организации или иной, организации, осуществляющей медицинскую деятельность (далее - медицинская организация).

3 В составе Отделения могут создаваться кабинет функциональной диагностики сердечно-сосудистой системы, кабинет функциональной диагностики центральной и периферической нервной системы, кабинет функциональной диагностики дыхательной системы.

4 В Отделении выполняются функциональные исследования в соответствии с технологическими возможностями установленного оборудования.

5 Руководство деятельностью Отделения осуществляет заведующий отделением - врач функциональной диагностики, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в структуре которой оно создано.

6 На должность заведующего Отделением - врача функциональной диагностики назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки", утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. N 707н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 октября 2015 г., регистрационный N 39438) (далее - Квалификационные требования), по специальности "функциональная диагностика".

7 На должность врача функциональной диагностики Отделения назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям по специальности "функциональная диагностика".

8 На должность медицинской сестры Отделения назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2016 г. N 83н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 марта 2016 г., регистрационный N 41337), по специальности "функциональная диагностика".

9 Штатную численность Отделения устанавливает руководитель медицинской организации, в структуре которой оно создано, исходя из объема лечебно-диагностической работы, численности обслуживаемого населения и рекомендуемых штатных нормативов в соответствии с приложением N 14 к Правилам проведения функциональных исследований, утвержденным настоящим приказом.

10 Отделение оснащается оборудованием в соответствии с приложением N 15 к Правилам проведения функциональных исследований, утвержденным настоящим приказом.

11 Основными функциями Отделения являются:

проведение функциональных исследований;

комплексное использование и интеграция различных видов функциональных исследований, внедрение диагностических алгоритмов с целью получения в минимально короткие сроки полной и достоверной диагностической информации;

разработка и внедрение в практику экономически обоснованных, клинически эффективных методик функциональных исследований, новых организационных форм работы;

оказание консультативной помощи специалистам клинических подразделений медицинской организации по вопросам функциональной диагностики заболеваний и состояний;

осуществление мероприятий по обеспечению качества функциональных исследований и правильного функционирования диагностического оборудования;

представление отчетности в установленном порядке, предоставление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения.

1.2 Организация деятельности сестринского персонала отделения ФД.

1 Настоящие Правила устанавливают порядок организации деятельности отделения сестринского ухода для взрослых (далее - Отделение ухода).

2 Отделение ухода является структурным подразделением медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность, и создается в целях повышения доступности медицинской помощи взрослым, нуждающимся в круглосуточном сестринском уходе, при отсутствии медицинских показаний для постоянного наблюдения врача.

3 Структура и штатная численность Отделения ухода устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которой оно создано, исходя из объема проводимой работы, а также с учетом рекомендуемых штатных нормативов отделения сестринского ухода для взрослых (приложение N 21 к Положению об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья, утвержденному настоящим приказом (далее - Положение).

4 На должность заведующего Отделением ухода назначается врач по паллиативной медицинской помощи, соответствующий требованиям профессионального стандарта "Врач по паллиативной медицинской помощи", либо медицинский работник с высшим образованием по специальности (направлению подготовки) "Сестринское дело", прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи и имеющий стаж работы по специальности не менее 5 лет.

5 На должность медицинской сестры Отделения ухода назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским работникам и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием и прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи.

6 Отделение ухода осуществляет следующие функции: составление индивидуального плана ухода каждому пациенту и обучение его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу; осуществление ухода за пациентами; динамическое наблюдение за состоянием пациентов и контроль за витальными функциями; выполнение профилактических, диагностических и лечебных медицинских вмешательств по назначению врача; организация консультаций пациентов врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей; оказание психологической помощи пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, их родственникам и иным членам семьи или законным представителям; осуществление учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, в том числе с применением медицинской информационной системы медицинской организации;

представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения; взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

7 Основные медицинские показания для оказания паллиативной медицинской помощи взрослым в Отделении ухода: неизлечимые прогрессирующие заболевания, в том числе онкологические, требующие проведения круглосуточного поддерживающего лечения и сестринского ухода, при отсутствии медицинских показаний для лечения в отделениях паллиативной медицинской помощи взрослым или хосписах для взрослых; последствия травм и острых нарушений мозгового кровообращения, требующие круглосуточного сестринского ухода; иные заболевания (состояния), сопровождающиеся ограничениями жизнедеятельности и мобильности различной степени и требующие проведения круглосуточного поддерживающего лечения и (или) сестринского ухода.

8 Оснащение Отделения ухода осуществляется в соответствии со стандартом оснащения отделения сестринского ухода для взрослых (приложение N 22 к Положению).

9 В структуре Отделения ухода рекомендуется предусматривать: пост медицинской сестры; смотровой кабинет; палаты для больных, в том числе одноместные; перевязочную; процедурную; кабинет заведующего; сестринскую; кабинет старшей медицинской сестры; комнату для хранения медицинского оборудования; помещение сестры-хозяйки; буфетную и раздаточную; помещение для сбора грязного белья; душевую и туалет для медицинских работников; душевые и туалеты для больных; помещение для санитарной обработки: санитарную комнату; помещение для психологической разгрузки.

10 Отделение ухода для обеспечения своей деятельности использует возможности лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, в составе которой оно создано.

11 В Отделении ухода создаются условия, обеспечивающие возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации. В отделении рекомендуется предусмотреть планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих пребывание родственников.

1.3.Профилактика внутрибольничной инфекции. Профилактика ВИЧ-инфекции.

В настоящее время проблема внутрибольничных инфекций занимает исключительно важное значение в здравоохранении. ВБИ служат причиной значительного количества осложнений и летальных исходов: по некоторым данным ВБИ увеличивают летальность в два раза.

Согласно официальной статистике, в Российской Федерации ежегодно регистрируют от 50 до 60 тыс. случаев ВБИ. В структуре ВБИ ведущее место - 75-80% - занимают гнойно-септические инфекции. Основные пути их передачи - контактный и воздушно-капельный. Заболеваемость медицинского персонала намного выше, чем в остальных популяциях. Главная причина высокой распространенности ВБИ - недостаточные меры профилактики: бесконтрольное использование антибиотиков, пренебрежение правилами асептики и антисептики.

Внутрибольничной считают инфекцию, возникшую спустя 48 часов и более нахождения в больнице, при условии отсутствия клинических проявлений этой инфекции в момент поступления и исключения вероятности инкубационного периода.

Факторы риска

- Ослабленный иммунитет.
- Несоблюдение правил инфекционной безопасности.
- Диагностические и лечебные манипуляции.
- Перегрузка ЛПУ.
- Наличие невыявленных носителей внутрибольничных штаммов среди медицинского персонала и пациентов.
- Отсутствие фильтрационной вентиляции.

Пути передачи

- Контактно-бытовой.
- Воздушно-капельный.
- Воздушно-пылевой.
- Парентеральный.

Госпитальный штамм - микроорганизм, который изменил свою структуру в результате циркуляции в ЛПУ, вследствие чего обрел характерные черты, позволяющие ему выживать в условиях стационара. Обладает полирезистентностью (устойчивость к одному или нескольким антибиотикам широкого спектра действия, устойчивость в условиях внешней среды, сниженная чувствительность к антисептикам).

В структуре ВБИ доминируют следующие заболевания:

- пневмония (37%);
- инфекция мочевых путей (23%);
- катетер-ассоциированная бактериемия (12%).

Внутрибольничная инфекция может передаваться различными механизмами



Выделяют пассивные и активные методы обнаружения ВБИ.

- Пассивный метод:

- добровольное информирование врачами и медицинскими сестрами эпидемиологов и специалистов Центра государственного санитарно-эпидемического надзора о случаях ВБИ.

- Активный метод:

- участие в обходах врача-клинициста;
 - регулярное наблюдение за температурными графиками больных;
 - подсчет количества использованных шприцев и числа выполненных назначений;
 - ознакомление с данными о применении антибиотиков.

Для успешного предупреждения и борьбы с ВБИ должны быть учтены все правила **асептики, антисептики, дезинфекции, стерилизации.**



Асептика (от греч. *a* - отрицание, *sepsis* - гниение) - комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания микроорганизма в организм пациента. Включает уничтожение микробов и их спор путем дезинфекции и стерилизации.

Дезинфекция: методы и средства

Дезинфекция (обеззараживание) – комплекс мероприятий, направленных на частичное, полное или селективное уничтожение потенциально патогенных для человека микроорганизмов на объектах внешней среды с целью разрыва пути передачи возбудителей инфекционных заболеваний от источника инфекции к восприимчивым людям. Понятие «дезинфекция» включает дезинсекцию и дератизацию.

Виды дезинфекции:



Очаговая дезинфекция проводится в эпидемических очагах – квартирах, общежитиях, детских учреждениях, ЛПУ. В зависимости от условий проведения различают **текущую** (при наличии источника инфекции) и **заключительную** (после удаления источника инфекции) дезинфекцию.

Текущая дезинфекция проводится в течение всего периода, пока больной или носитель служит источником инфекции. Дезинфекцию считают своевременной, если ее начинают выполнять не позднее чем через 3 ч с момента выявления больного. Применяют простые методы обеззараживания:

- влажная уборка помещений с использованием моющих средств;
- кипячение посуды в 2% растворе гидрокарбоната натрия (соды) в течение 15 мин с момента закипания;
- кипячение белья в 2% растворе любого моющего средства перед стиркой;
- мытье горячей водой с мылом или раствором любого моющего средства предметов ухода, игрушек и др.;
- обеззараживание экскрементов (при кишечных инфекциях) в течение одного часа в кипящей воде (в соотношении 1:3);
- мытье посуды для экскрементов горячей водой снаружи и изнутри.

Заключительная дезинфекция проводится после госпитализации, смерти или выздоровления больного. Обеззараживают помещение, экскременты, рвотные массы и постельное белье, предметы бытовой обстановки, а также объекты, которые могли быть загрязнены возбудителями инфекции. Задача заключительной дезинфекции - уничтожение патогенных микроорганизмов, оставшихся в очаге на различных предметах внешней среды в жизнеспособном состоянии.

Профилактическая дезинфекция, в отличие от очаговой, проводится при отсутствии обнаруженного источника, если предполагают его наличие. Существуют следующие **способы дезинфекции**:

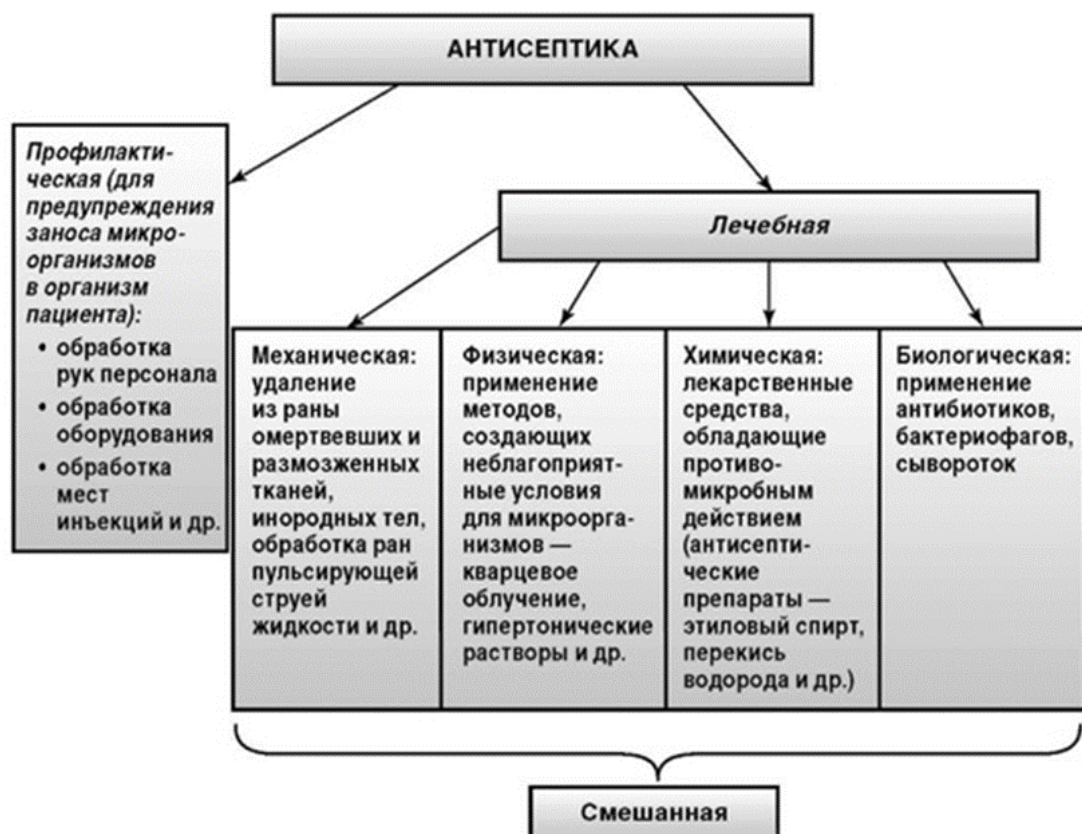
- **механический** - влажная уборка помещений, проветривание, стирка белья, мытье рук и др.;
- **физический** - воздействие ультрафиолетовыми лучами, солнечным светом, высушивание, сжигание, кипячение, воздействие водяным паром под давлением;
- **химический** - уничтожение патогенных микробов химическими средствами;
- **биологический** - уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний во внешней среде средствами биологической природы (с помощью микробов-антагонистов);
- **комбинированный**.

Качество и эффективность дезинфекции Заключительную дезинфекцию считают удовлетворительной при высеве микрофлоры не более чем в 0,5% смывов и неудовлетворительных экспресс-пробах на наличие остаточных дезинфицирующих веществ не более чем в 0,5% случаев. При высеве патогенной микрофлоры дезинфекцию считают неудовлетворительной. Контроль текущей дезинфекции с применением лабораторных методов обязателен в очагах брюшного тифа, дизентерии, туберкулеза, дифтерии, грибковых заболеваний; осуществляют его специалисты дезинфекционных станций или центров санитарно-эпидемиологического надзора не менее чем в 1% очагов.

Предстерилизационная обработка и стерилизация

Цель предстерилизационной очистки - удаление белковых, жировых и механических загрязнений и остаточных количеств лекарственных препаратов. Очистку производят механизированным или ручным способом с использованием разрешенных моющих средств.

Антисептика (от греч. *anti* - против, *sepsis* - гниение) - система мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране и создание в ней условий, неблагоприятных для развития микробов и проникновения их вглубь ткани. Выделяют профилактическую и лечебную антисептику.



Таким образом, профилактика распространения внутрибольничных инфекций (ВБИ) является важной задачей для медицинских учреждений и включает комплекс мер, направленных на минимизацию риска передачи инфекционных агентов от пациента к пациенту, медицинскому персоналу и посетителям.

Алгоритм действий:

Гигиена рук – это основа профилактики ВБИ. Медицинский персонал должен тщательно мыть руки перед контактом с пациентами, после контакта с биологическими жидкостями, а также до и после использования перчаток.

Медицинские работники должны **использовать СИЗ** в зависимости от типа процедуры и степени риска заражения.

Средства:

- Перчатки.
- Маски.
- Халаты/комбинезоны.
- Очки/щитки.

Пациенты с подозрением на инфекционные заболевания должны быть изолированы в отдельные палаты или боксы до подтверждения диагноза.

Меры:

- Размещение пациентов в отдельных палатах или боксах.
- Ограничение посещений.
- Специальные меры предосторожности при уходе за такими пациентами.

Все медицинское оборудование должно проходить тщательную дезинфекцию и стерилизацию после каждого использования.

Этапы:

- Предварительная очистка.
- Дезинфекция.
- Стерилизация (при необходимости).
- Контроль качества стерилизации.

Регулярная влажная уборка всех помещений больницы, включая палаты, коридоры, операционные и процедурные кабинеты, должна проводиться с использованием дезинфицирующих средств.

Частота уборки:

- Палаты – несколько раз в день.
- Операционные и процедурные кабинеты – после каждой операции или процедуры.
- Коридоры и общие помещения – ежедневно.

Необходимо регулярно проводить проверки соблюдения санитарных норм всеми сотрудниками больницы.

Контролируемые аспекты:

- Гигиена рук.
- Использование СИЗ.
- Уборка помещений.
- Обработка инструментов и оборудования.

Вакцинация против некоторых инфекционных заболеваний может значительно снизить риск их распространения.

Рекомендованные вакцины:

- Против гриппа.
- Против гепатита В.
- Против кори, краснухи и паротита (для непривитых сотрудников).

Постоянное повышение квалификации и обучение медицинского персонала вопросам профилактики ВБИ играет важную роль в снижении рисков.

Образовательные мероприятия:

- Тренинги по гигиене рук.
- Семинары по использованию СИЗ.
- Курсы по дезинфекции и стерилизации.

Для своевременного выявления и предотвращения вспышек необходимо вести учет всех случаев ВБИ.

Что регистрировать:

- Случаи инфицирования среди пациентов.
- Случаи инфицирования среди персонала.
- Результаты лабораторных исследований.

При выявлении случаев ВБИ следует провести эпидемиологическое расследование для определения источника инфекции и путей ее распространения.

Элементы расследования:

- Сбор информации о пациенте и его окружении.
- Анализ данных об использовании медицинского оборудования.
- Проверка соблюдения гигиенических норм персоналом.

Профилактика ВИЧ-инфекции в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) требует комплексного подхода, включающего соблюдение стандартов безопасности, информирование персонала и пациентов, а также применение эффективных методов диагностики и лечения. Вот основные направления профилактики ВИЧ в ЛПУ:

- Регулярные тренинги и семинары по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.
- Информирование о путях передачи вируса и мерах предосторожности.
- Повышение осведомленности о симптомах ВИЧ-инфекции и важности раннего выявления.
- Обязательное использование перчаток, масок, защитных очков и халатов при работе с кровью и другими биологическими жидкостями.
- Правильная утилизация использованных СИЗ.
- Строгое соблюдение правил обработки ран и повреждений кожи у пациентов.
- Применение одноразовых шприцев и игл.
- Дезинфекция и стерилизация медицинского оборудования.
- Предложение добровольного тестирования всем пациентам, особенно тем, кто находится в группе риска.
- Консультирование и поддержка пациентов, проходящих тестирование.
- Конфиденциальность результатов тестов.
- Организация безопасных условий труда для медицинского персонала.
- Оказание первой помощи при аварийных ситуациях (например, укол иглой или контакт крови с поврежденной кожей).

- Доступность постконтактной профилактики (ПКП), которая включает прием антиретровирусных препаратов в течение 72 часов после возможного контакта с вирусом.
- Предоставление информации о способах защиты от ВИЧ-инфекции.
- Разъяснение важности безопасного сексуального поведения и отказа от употребления инъекционных наркотиков.
- Поддержка и консультирование пациентов, живущих с ВИЧ.
- Ведение учета случаев ВИЧ-инфекции среди пациентов и персонала.
- Анализ причин возможных профессиональных заражений и принятие корректирующих мер.
- Периодический аудит соблюдения профилактических мероприятий.
- Создание благоприятной атмосферы для обсуждения вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией.
- Психологическая помощь медицинским работникам, столкнувшимся с профессиональным риском заражения.
- Сотрудничество с центрами СПИДа и другими специализированными учреждениями.
- Участие в программах обмена опытом и повышения квалификации.

Эти меры помогут снизить риск распространения ВИЧ-инфекции в лечебных учреждениях и обеспечить безопасность как пациентов, так и медицинского персонала.

1.4. Санэпидрежим ЛПУ, отделения функциональной диагностики.

Санитарно-эпидемиологический режим (сокращенно "санэпидрежим") в лечебных учреждениях, таких как больницы, поликлиники и специализированные центры, а также в отделениях функциональной диагностики, играет ключевую роль в обеспечении безопасности пациентов и медицинского персонала. Основная цель этого режима заключается в предотвращении распространения различных видов инфекций внутри учреждения и минимизации риска заражения пациентов и работников. Для достижения этой цели важно соблюдать целый ряд строгих мер и процедур, которые охватывают различные аспекты деятельности ЛПУ.

Основные элементы санитарно-эпидемиологического режима:

1. Соблюдение правил личной гигиены:

- Регулярное мытье рук медицинскими работниками с использованием антисептических растворов и мыла;
- Использование одноразовых перчаток во время всех манипуляций с пациентами;
- Ношение медицинских масок, защитных халатов и других элементов специальной одежды, чтобы предотвратить контакт с биологическими жидкостями и потенциальными патогенами.

2. Дезинфекция и стерилизация:

- Дезинфекция медицинского оборудования, инструментов и рабочих поверхностей после каждого контакта с пациентом;
- Стерилизация многоразового инструментария перед каждым последующим применением;
- Применение специальных дезинфицирующих средств для регулярной обработки помещений, включая кабинеты, коридоры и санузлы.

3. Использование одноразовых материалов:

- Одноразовые медицинские изделия, такие как шприцы, иглы, перчатки, маски и прочие расходные материалы, должны использоваться только однократно;
- Утилизация использованных материалов должна проводиться строго в соответствии с санитарными нормами и правилами обращения с медицинскими отходами.

4. Организация работы:

- Разделение потоков пациентов, например, здоровых и больных, чтобы избежать перекрестных заражений;
- Ограничение доступа посторонних лиц в рабочие зоны и помещения, где проводятся диагностические процедуры;
- Соблюдение четкого графика уборки и проветривания помещений, что способствует поддержанию чистоты и снижению концентрации патогенных микроорганизмов в воздухе.

5. Контроль за состоянием здоровья сотрудников:

- Проведение регулярных медицинских осмотров для выявления возможных заболеваний у сотрудников;
- Вакцинация персонала от инфекционных болезней, представляющих угрозу для их здоровья и здоровья пациентов;
- Изоляция сотрудников, у которых выявлены признаки инфекционных заболеваний, до полного выздоровления.

6. Обучение персонала:

- Обеспечение регулярного обучения медицинского персонала по вопросам инфекционной безопасности;
- Инструктажи по правилам поведения в условиях эпидемиологических вспышек и пандемий, чтобы персонал был готов к оперативному реагированию на чрезвычайные ситуации.

7. Документация и отчетность:

- Ведение журналов учета проводимых дезинфекционных мероприятий, что позволяет контролировать качество выполнения этих процедур;
- Отчетность о случаях инфекционных заболеваний среди пациентов и персонала, которая помогает своевременно реагировать на возможные угрозы и принимать соответствующие меры.

Все эти меры направлены на создание безопасной среды для пациентов и сотрудников, минимизацию рисков передачи инфекций и поддержание высокого уровня медицинской помощи в отделении функциональной диагностики.