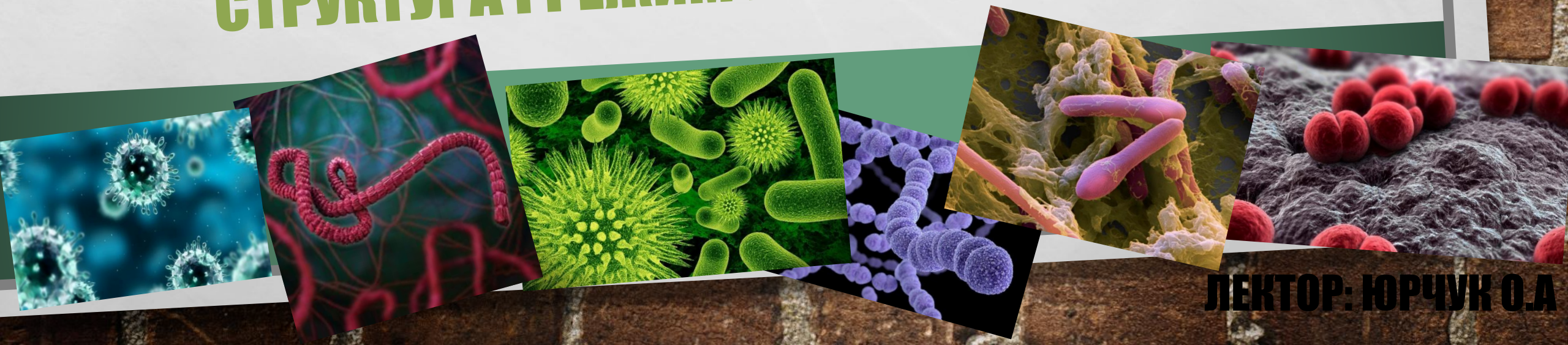
ВЧЕННЯ ПРО ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ.
ЗАГАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ.
ОСНОВИ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ.
СТРУКТУРА І РЕЖИМ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЛІКАРНІ.



ЛЕКТОР: ЮРЧУК О.А

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СУПРОВОДЖУЮТЬ ЛЮДСТВО ЗДАВНА. НЕЗВАЖАЮЧИ НА ТЕ ЩО ВИВЧЕННЯ ЗБУДНИКІВ ЗАКОНОМІРНОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НАЛІЧУЄ КІЛЬКА СТОЛІТЬ, АЛЕ Й ДОСІ ВВАЖАЄТЬСЯ ВЧИНЕНИМ ВІДОМО ЛИШЕ 50% МІКРООРГАНІЗМІВ, ЩО ЖИВУТЬ НА ЗЕМЛІ, А З НИХ ЧАСТКОВО ВИВЧЕНИМИ Є ЛИШЕ ТІ ЩО ВРАЖАЮТЬ ЛЮДИНУ. ОКРІМ ЦЬОГО КОЖЕН РІК СТАЮТЬ ВІДОМИМИ ОДИН-ДВА НОВИХ ЗБУДНИКА.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ СЬОГОДНІ ЗАЛИШАЮТЬСЯ НАДЗВИЧАЙНО АКТУАЛЬНИМИ. КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ МОЖУТЬ БУТИ РІЗНОМАНІТНИМИ, НЕРІДКО – АТИПОВИМИ, ЩО МОЖЕ ПРИЗВЕСТИ ДО ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРОГО У ЛІКУВАЛЬНИЙ ЗАКЛАД БУДЬ-ЯКОГО ПРОФІЛЮ. ТОМУ ВМІННЯ РОЗПІЗНАТИ ІНФЕКЦІЙНУ ПАТОЛОГІЮ, ГРАМОТНО КУРУВАТИ ХВОРОГО І ЗАБЕЗПЕЧИТИ ПРОВЕДЕННЯ НЕОБХІДНИХ МЕДИЧНИХ ЗАХОДІВ НЕОБХІДНІ МЕДИЧНИМ ПРАЦІВНИКАМ.

ІНФЕКЦІЯ –СТАН ЗАРАЖЕННЯ МАКРООРГАНІЗМУ ЖИВИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ.

ІНФЕКЦІЙНИЙ ПРОЦЕС – КОМПЛЕКС РЕАКЦІЙ НАПРАВЛЕНИХ НА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГОМЕОСТАЗУ, ВИНИКАЮЧИХ В МАКРООРГАНІЗМІ В РЕЗУЛЬТАТІ ПРОНИКНЕННЯ І РОЗМНОЖЕННЯ ПАТОГЕННИХ МІКРООРГАНІЗМІВ.

ІНФЕКЦІЙНА ХВОРОБА –КРАЙНЯ СТУПІНЬ ІНФЕКЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ, КОЛИ ВИНИКАЄ ПОРУШЕННЯ ГОМЕОСТАЗУ В РЕЗУЛЬТАТІ ПЕРЕВАЖАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ РЕАКЦІЙ НАД КОМПЕНСАТОРНИМИ.

ІНФЕКЦІЙНА ХВОРОБА ХАРАКТЕРИЗУЄТЬСЯ:

- НАЯВНІСТЮ ЖИВОГО ЗБУДНИКА;
- ЗАРАЗЛИВІСТЮ;
- ЗДАТНІСТЮ ДО МАСИВНОГО ПОШИРЕННЯ;
- ЦИКЛІЧНІСТЮ ПЕРЕБІГУ(ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД, ПРОДРОМАЛЬНИЙ, ПЕРІОД РОЗПАЛУ, ПЕРІОД ОДУЖАННЯ АБО РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦІЇ);
- НАЯВНІСТЮ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ.

ФОРМИ ВЗАЄМОДІЇ МАКРО- І МІКРООРГАНІЗМУ:

1.ЗНИЩЕННЯ ЗБУДНИКА,

2. БАКТЕРІО- АБО ВІРУСОНОСІЙСТВО,

3. ЛАТЕНТНА (ПЕРСИСТУЮЧА) ФОРМА ХВОРОБИ,

4. БЕЗСИМПТОМНА (СУБКЛІНІЧНА) ФОРМА ХВОРОБИ,

5 . ІНФЕКЦІЙНА ХВОРОБА

ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРООРГАНІЗМІВ ЯК ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.

- ПАТОГЕННІСТЬ- ЗДАТНІСТЬ МІКРООРГАНІЗМІВ ВИКЛИКАТИ ЗАХВОРЮВАННЯ.

ПАТОГЕННІ (ЗДАТНІ ВИКЛИКАТИ ЗАХВОРЮВАННЯ)

НЕПАТОГЕННІ (НЕ ВИКЛИКАЮТЬ ЗАХВОРЮВАННЯ)

УМОВНО-ПАТОГЕННІ (ВИКЛИКАЮТЬ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗА ПЕВНИХ УМОВ, АБО ПРИ ПРОНИКНЕННІ В ТІ ОРГАНИ І ТКАНИНИ, ДЕ В НОРМІ ВОНИ НЕ ЗУСТРІЧАЮТЬСЯ)

- ВІРУЛЕНТНІСТЬ – МІРА ПАТОГЕННОСТІ (КОРЕЛЮЄ З ВЛАСТИВІСТЮ УТВОРЮВАТИ КАПСУЛУ, ПРОТИДІЯТИ ФАГОЦИТОЗУ);
- ОРГАНОТРОПНІСТЬ – ЗДАТНІСТЬ УРАЖАТИ ПЕВНІ ОРГАНИ І ТКАНИНИ;
- СПЕЦИФІЧНІСТЬ – ЗДАТНІСТЬ ПЕВНОГО ВИДУ МІКРООРГАНІЗМІВ ВИКЛИКАТИ ДАНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ;
- ІНВАЗИВНІСТЬ- ЗДАТНІСТЬ ПРОНИКАТИ В МАКРООРГАНІЗМ(ВИЗНАЧАЄТЬСЯ НАЯВНІСТЮ ГІАЛУРОНІДАЗИ, НЕЙРАМІНІДАЗИ).

- ТОКСИГЕННІСТЬ – ЗДАТНІСТЬ МО ВИРОБЛЯТИ ТОКСИНИ.

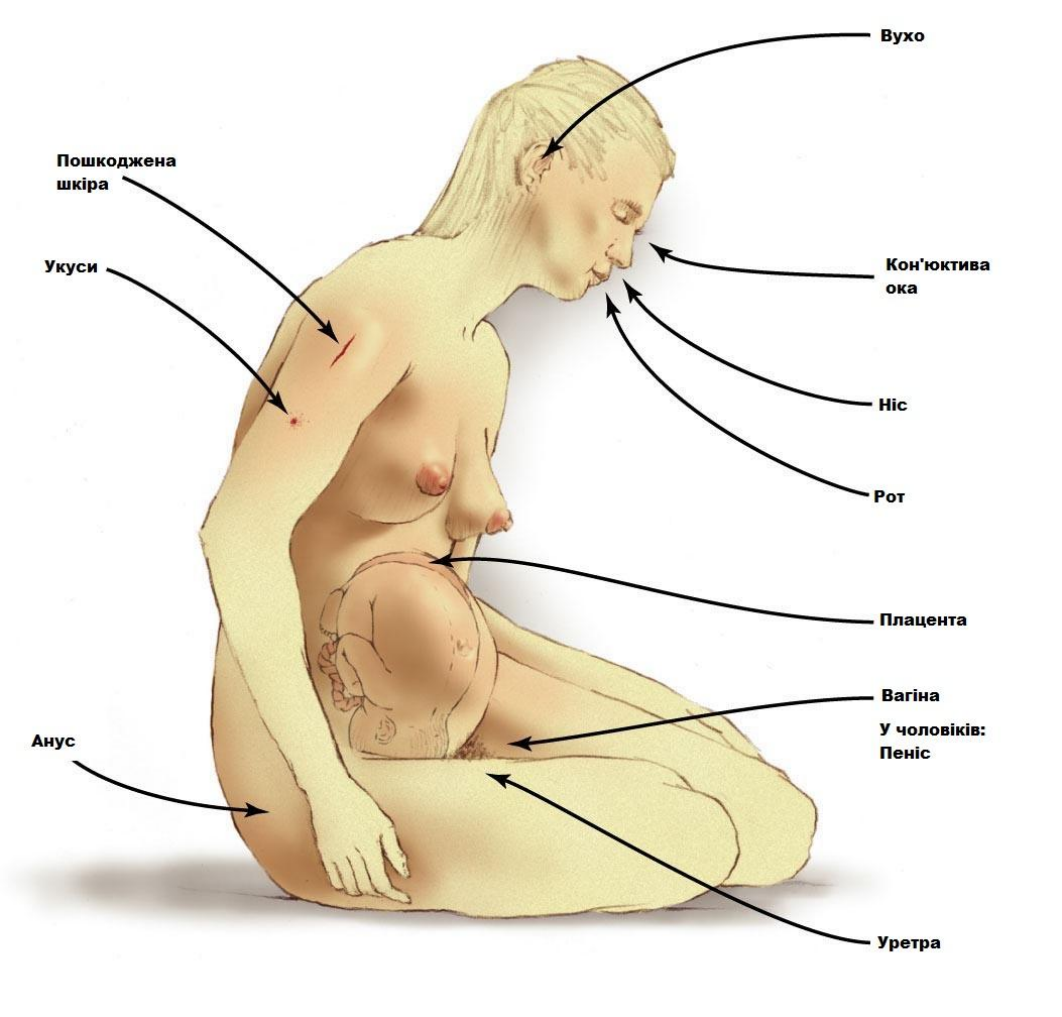
РОЗРІЗНЯЮТЬ ЕКЗО- ТА ЕНДОТОКСИНИ.

ЕКЗОТОКСИНИ ПРОДУКУЮТЬ І ВИДІЛЯЮТЬ У ЗОВНІШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ ЖИВІ МІКРООРГАНІЗМИ, В ОСНОВНОМУ ГРАМПОЗИТИВНІ МІКРОБИ ЗБУДНИКИ (ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, БОТУЛІЗМУ). ДІЯ ЕКЗОТОКСИНІВ ВИСОКОСПЕЦИФІЧНА, ВОНИ МАЮТЬ ТРОПІЗМ ДО ПЕВНИХ ТКАНИН І ОРГАНІВ І ЗУМОВЛЮЮТЬ ХАРАКТЕРНУ КЛІНІЧНУ КАРТИНУ

ЕНДОТОКСИНИ ТІСНО ПОВ'ЯЗАНІ З КЛІТИНОЮ МІКРООРГАНІЗМУ І ВИВІЛЬНЯЮТЬСЯ ТІЛЬКИ ПІСЛЯ ЇЇ РУЙНУВАННЯ, МАЮТЬ ЗНАЧНО МЕНШУ СПЕЦИФІЧНІСТЬ ТА ВИБІРКОВІСТЬ, ПРОДУКУЮТЬ ПЕРЕВАЖНО ГРАМНЕГАТИВНІ БАКТЕРІЇ (ЗБУДНИКИ ДИЗЕНТЕРІЇ, САЛЬМОНЕЛЬОЗУ, ЧЕРЕВНОГО ТИФУ).

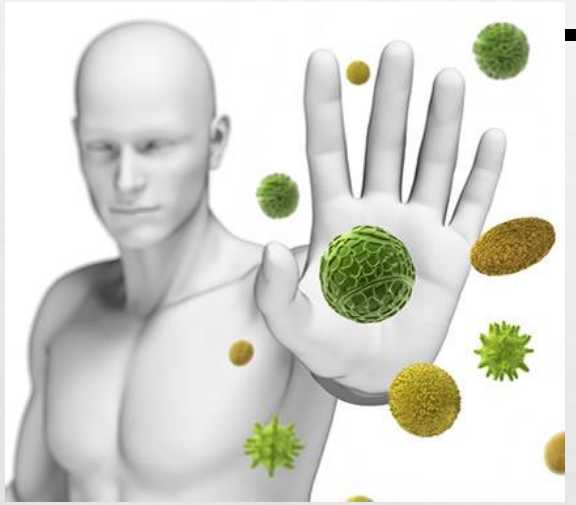
- КОНТАГІОЗНІСТЬ - ЦЕ ВЛАСТИВІСТЬ ЗБУДНИКА ПЕРЕДАВАТИСЯ ВІД ХВОРИХ ЛЮДЕЙ ДО ЗДОРОВИХ.

ІНДЕКС КОНТАГІОЗНОСТІ – ЦЕ ПОКАЗНИК, ЩО ПОЗНАЧАЄ КІЛЬКІСТЬ ЗАХВОРІЛИХ НА 100 ЧУТЛИВИХ ОСІБ ДО КОНКРЕТНОЇ ХВОРОБИ, ЯКІ БУЛИ В КОНТАКТІ З ДЖЕРЕЛОМ ЗБУДНИКА.

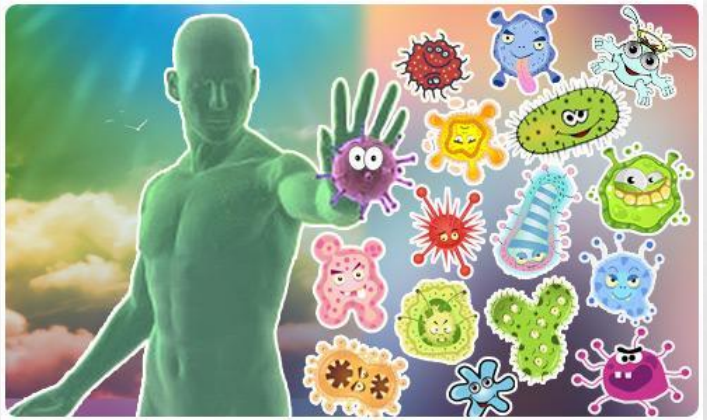


ВХІДНІ ВОРОТА ІНФЕКЦІЇ - ЦЕ ТІ ОРГАНИ І ТКАНИНИ, ЧЕРЕЗ ЯКІ ПРОНИКАЄ ЗБУДНИК (РОТ, ВЕРХНІ ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ, ПОШКОДЖЕНА ШКІРА І СЛИЗОВІ ОБОЛОНКИ).

ПРИ ДЕЯКИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЗБУДНИК МОЖЕ ПРОНИКАТИ В ОРГАНІЗМ РІЗНИМИ ШЛЯХАМИ І ВИКЛИКАТИ РІЗНІ ФОРМИ ЗАХВОРЮВАННЯ: ШКІРНУ, ЛЕГЕНЕВУ, КИШКОВУ, СЕПТИЧНУ (ПРИ ЧУМІ, ТУЛЯРЕМІЇ, СИБІРСЬКІЙ ВИРАЗЦІ).



ІМУНІТЕТ –ЦЕ ВЛАСТИВІСТЬ ОРГАНІЗМУ ЗБЕРІГАТИ СВОЮ АНТИГЕННУ ПОСТІЙНІСТЬ ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ .



ВРОДЖЕНИЙ – ЗУМОВЛЕНИЙ ВРОДЖЕНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ВИДУ (ЛЮДИНА НЕ ХВОРІЄ: ЧУМОЮ ВЕЛИКОЮ РОГАТОЇ ХУДОБИ, КУРЯЧОЇ ХОЛЕРОЮ)

ПРИРОДНИЙ АКТИВНИЙ - ФОРМУЄТЬСЯ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.

- ✔ СТЕРИЛЬНИЙ ІМУНІТЕТ ЗНИКАЄ - ЗБУДНИК ЗНИКАЄ, ІМУНІТЕТ ЗБЕРІГАЄТЬСЯ.
- ✔ НЕСТЕРИЛЬНИЙ - ЗНИКАЄ ЗБУДНИК І ЗНИКАЄ ІМУНІТЕТ (СИФІЛІС, ТУБЕРКУЛЬОЗ).

ПРИРОДНІЙ ПАСИВНИЙ - ІМУНІТЕТ НОВОНАРОДЖЕНИХ, ПЛАЦЕНТАРНИЙ. ДИТИНА ОТРИМУЄ АНТИТІЛА ВІД МАТЕРІ ЧЕРЕЗ ПЛАЦЕНТУ В ПЕРІОД ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ, А ТАКОЖ З ГРУДНИМ МОЛОКОМ МАТЕРІ.

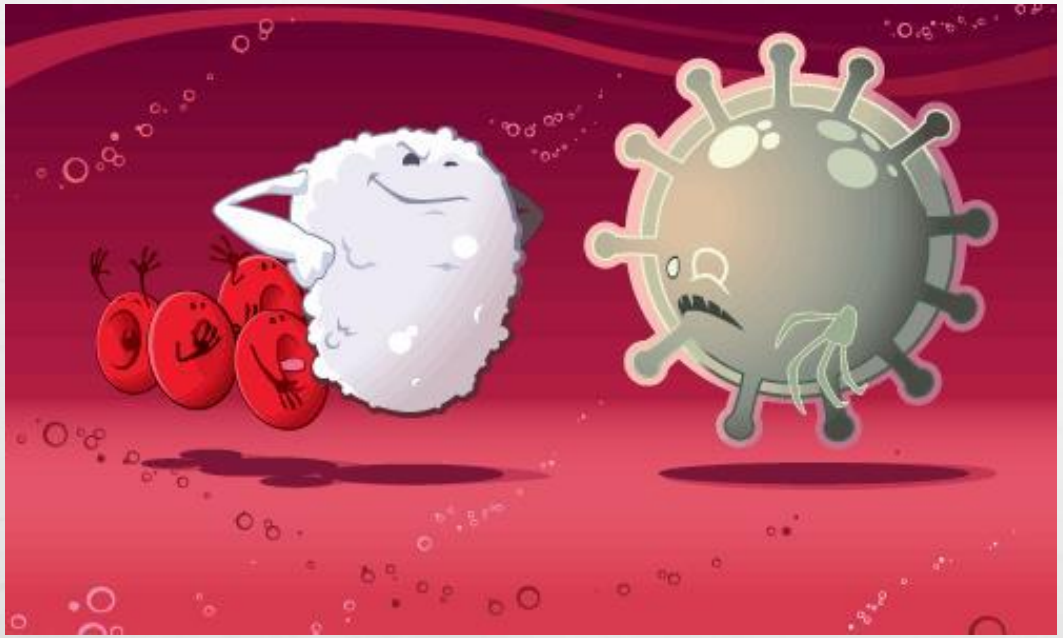
ШТУЧНИЙ АКТИВНИЙ ВИНИКАЄ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ ВАКЦИНИ ЧЕРЕЗ 3 ТИЖНІ І ЗБЕРІГАЄТЬСЯ ПРОТЯГОМ 4-5 РОКІВ.

ШТУЧНИЙ ПАСИВНИЙ ВИНИКАЄ ЗРАЗУ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ СИРОВАТОК (ЯКІ МІСТЯТЬ ГОТОВІ АНТИТІЛА) І ЗБЕРІГАЮТЬСЯ ДО МІСЯЦЯ.

НЕСПЕЦИФІЧНІ ЧИННИКИ ІМУНІТЕТУ

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ – ЦЕ ВРОДЖЕНІ ВЛАСТИВОСТІ ОРГАНІЗМУ, ЯКІ СПРИЯЮТЬ ЗНИЩЕННЮ МІКРООРГАНІЗМІВ НА ПОВЕРХНІ ТІЛА І В ПОРОЖНИНАХ ОРГАНІЗМУ ТІЛА ЛЮДИНИ.

- НЕ ПОШКОДЖЕНА ШКІРА;
- СЛИЗОВІ ОБОЛОНКИ;
- ЛІМФАТИЧНА СИСТЕМА;
- КИСЛЕ СЕРЕДОВИЩЕ ШЛУНКУ;
- НОРМАЛЬНА МІКРОФЛОРА;
- ЗАХИСНІ РЕФЛЕКСИ (КАШЕЛЬ,ЧХАННЯ);



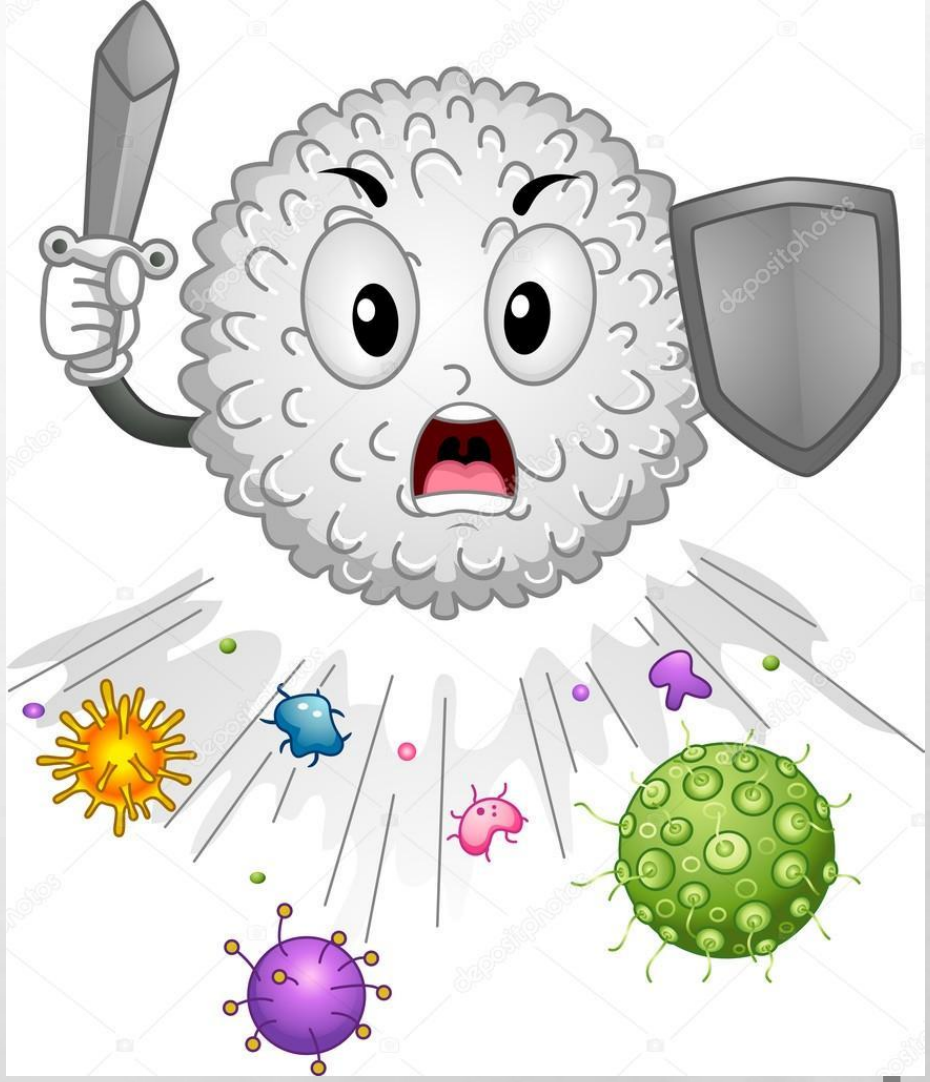
- КЛІТИННА СКЛАДОВА СИСТЕМИ ВРОДЖЕНОГО ІМУНІТЕТУ ПРЕДСТАВЛЕНА ГРАНУЛОЦИТАМИ (НЕЙТРОФІЛЬНИМИ, ЕОЗИНОФІЛЬНИМИ, БАЗОФІЛЬНИМИ), МОНОЦИТАМИ, МАКРОФАГАМИ (ТА ЇХНІМИ ТКАНИННИМИ ФОРМАМИ), ДЕНДРИТНИМИ КЛІТИНАМИ, ПРИРОДНИМИ КІЛЕРАМИ (NK-ЛІМФОЦИТАМИ).
- ДО ГУМОРАЛЬНИХ ФАКТОРІВ СИСТЕМИ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ІМУНІТЕТУ НАЛЕЖАТЬ ІНТЕРФЕРОНИ І ТА ІІ КЛАСІВ, СИСТЕМА КОМПЛЕМЕНТУ, ГОСТРОФАЗОВІ БІЛКИ (С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕЇН, ЛІЗОЦИМ, ЦЕРУЛОПЛАЗМІН, АЛЬФА-2-МАКРОГЛОБУЛІН ТА ІН.).

СПЕЦИФІЧНИЙ ІМУНІТЕТ

РЕАЛІЗУЄТЬСЯ ЧЕРЕЗ ЛІМФОЦИТИ І ЙОГО МОЖНА ПОДІЛИТИ НА ДВА КОМПОНЕНТИ: ГУМОРАЛЬНИЙ ТА КЛІТИННИЙ.

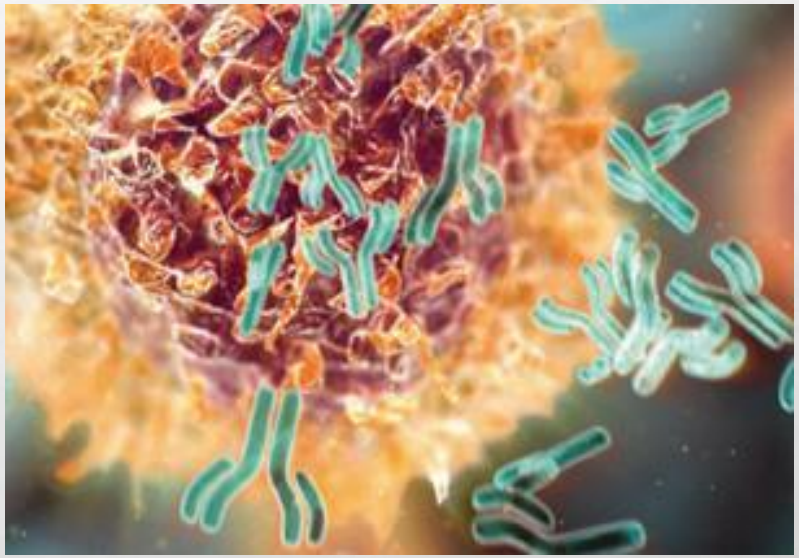
ГУМОРАЛЬНИЙ СПЕЦИФІЧНИЙ ІМУНІТЕТ РЕАЛІЗУЄТЬСЯ В-ЛІМФОЦИТАМИ. СПЕЦИФІЧНІСТЬ ВІДПОВІДІ В -ЛІМФОЦИТІВ РЕАЛІЗУЄТЬСЯ ЧЕРЕЗ СИНТЕЗ АНТИТІЛ, МОЛЕКУЛИ ЯКИХ ЗДАТНІ СПЕЦИФІЧНО РОЗПІЗНАВАТИ ПЕВНІ МОЛЕКУЛИ-МІШЕНІ (АНТИГЕНИ), І ФОРМУВАННЯ КЛОНІВ ЛІМФОЦИТІВ, ЗДАТНИХ ВЗАЄМОДІЯТИ ТІЛЬКИ З ОДНИМ ТИПОМ АНТИГЕНІВ, ЯКІ Є СТОРОННІ ДЛЯ ЦЬОГО ОРГАНІЗМУ

КЛІТИННИЙ ПРЕДСТАВЛЕНО ПОПУЛЯЦІЄЮ Т-ЛІМФОЦИТІВ, ЯКІ МАЮТЬ ШИРОКИЙ НАБІР АКТИВНОСТЕЙ. ТАК Т-ХЕЛПЕРИ ПОСИЛЕНО РОЗМНОЖУЮТЬСЯ ПІСЛЯ ОТРИМАННІ ІНФОРМАЦІЇ ПРО АНТИГЕНИ, АКТИВУЮТЬСЯ І ПОЧИНАЮТЬ ВИРОБЛЯТИ БІОЛОГІЧНО АКТИВНІ РЕЧОВИНИ: ІНТЕРЛЕЙКІН-2, ІНТЕРФЕРОН ТА ІН., ПІД ДІЄЮ ЯКИХ ВІДБУВАЄТЬСЯ АКТИВАЦІЯ В-ЛІМФОЦИТІВ І ПЕРЕТВОРЕННЯ ЇХ В ПЛАЗМОЦИТИ, ЩО СИНТЕЗУЮТЬ СПЕЦИФІЧНІ АНТИТІЛА - ІМУНОГЛОБУЛІНИ.



<u>АНТИГЕНИ</u> – ЦЕ ГЕНЕТИЧНО - ЧУЖЕРІДНІ РЕЧОВИНИ, ЯКІ ПРИ ПРОНИКНЕННІ В ОРГАНІЗМ ВИКЛИКАЮТЬ УТВОРЕННЯ АНТИТІЛ І ВСТУПАЮТЬ З НИМИ В СПЕЦИФІЧНУ ВЗАЄМОДІЮ.

АНТИГЕНИ МІКРОБНОЇ КЛІТИНИ



О – СОМАТИЧНИЙ АНТИГЕН (В ЦИТОПЛАЗМІ)

Н – ДЖГУТИКОВИЙ АНТИГЕН

К – КАПСУЛЬНИЙ АНТИГЕН

VI – АНТИГЕН (У ЗБУДНИКА ЧЕРЕВНОГО ТИПУ)

АНТИГЕНИ ВОЛОДІЮТЬ 2 ВЛАСТИВОСТЯМИ:

ІМУНОГЕННІСТЮ – ЗДАТНІСТЮ УТВОРЮВАТИ АНТИТІЛА.

СПЕЦИФІЧНІСТЮ – ЗДАТНІСТЮ ВСТУПАТИ В СПЕЦИФІЧНУ ВЗАЄМОДІЮ З АНТИТІЛАМИ.

КЛАСИФІКАЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

- КИШКОВІ ХВОРОБИ
- ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ
- КРОВ'ЯНІ ХВОРОБИ
- ХВОРОБИ ЗОВНІШНІХ ПОКРИВІВ

ФОРМИ ІНФЕКЦІЙ ТА ЇХНЯ КЛАСИФІКАЦІЯ

Ознака	Назва форми інфекції
Число видів збудників	- моноінфекція, - змішана інфекція.
Повторні прояви захворювання, викликані тими ж або іншими збудниками	- вторинна інфекція, - реінфекція, - суперінфекція, - рецидив.

- МОНОІНФЕКЦІЇ – ЗАХВОРЮВАННЯ, ВИКЛИКАНІ ОДНИМ ВИДОМ МІКРООРГАНІЗМІВ;
- ЗМІШАНІ (МІКСТ-) ІНФЕКЦІЇ РОЗВИВАЮТЬСЯ ВНАСЛІДОК ІНФІКУВАННЯ КІЛЬКОМА ВИДАМИ МІКРООРГАНІЗМІВ;
- ЗМІШАНІ ІНФЕКЦІЇ ХАРАКТЕРИЗУЮТЬСЯ ЯКІСНО ІНШИМ ПРОТІКАННЯМ, ЯК ПРАВИЛО, БІЛЬШ ВАЖКИМ, ПОРІВНЯНО З МОНОІНФЕКЦІЄЮ, ПРИЧОМУ ПАТОГЕННИЙ ЕФЕКТ НЕ НОСИТЬ ПРОСТОГО СУМАРНОГО ХАРАКТЕРУ.

- ВТОРИННА ІНФЕКЦІЯ – ЦЕ ІНФЕКЦІЯ, ВИКЛИКАНА ІНШИМ ВИДОМ МІКРООРГАНІЗМІВ І РОЗВИНУЛАСЬ НА ФОНІ ПЕРВИННОГО, ОСНОВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ.
- РЕІНФЕКЦІЯ – ПОВТОРНЕ ЗАРАЖЕННЯ ОРГАНІЗМУ ВЖЕ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ТИМ САМИМ АБО ІНШИМ ВАРІАНТОМ ТОГО САМОГО ЗБУДНИКА.
- У ВИПАДКУ, КОЛИ ПОВТОРНЕ ІНФІКУВАННЯ ХВОРОГО ТИМ САМИМ ЗБУДНИКОМ ВІДБУВАЄТЬСЯ ДО ОДУЖАННЯ ВИНИКАЄ **СУПЕРІНФЕКЦІЯ.**
- РЕЦИДИВОМ НАЗИВАЮТЬ ПОВЕРНЕННЯ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ХВОРОБИ БЕЗ ПОВТОРНОГО ЗАРАЖЕННЯ.

ФОРМИ ІНФЕКЦІЙ ТА ЇХНЯ КЛАСИФІКАЦІЯ

Ознака	Назва форми інфекції
Прояви клінічних симптомів	- маніфестна, - безсимптомна.
Тривалість взаємодії збудника з макроорганізмом	- гостра, - хронічна, - мікробоносійство.

- **МАНІФЕСТНІ ІНФЕКЦІЇ** ХАРАКТЕРИЗУЮТЬСЯ НАЯВНІСТЮ СПЕЦИФІЧНОГО КОМПЛЕКСУ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ, ПРИТАМАННИХ ПЕВНОМУ ІНФЕКЦІЙНОМУ ЗАХВОРЮВАННЮ. ВОНИ МОЖУТЬ ПРОТІКАТИ ТИПОВО, АТИПОВО АБО ХРОНІЧНО.
- ТИПОВА ІНФЕКЦІЯ: ПІСЛЯ ПРОНИКНЕННЯ В ОРГАНІЗМ ІНФЕКЦІЙНИЙ АГЕНТ РОЗМНОЖУЄТЬСЯ І ВИКЛИКАЄ РОЗВИТОК ХАРАКТЕРНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ВІДПОВІДНИМИ КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ.
- АТИПОВА ІНФЕКЦІЯ: ЗБУДНИК РОЗМНОЖУЄТЬСЯ В ОРГАНІЗМІ, ПРОТЕ НЕ ВИКЛИКАЄ РОЗВИТКУ ТИПОВИХ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ, А КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ НОСЯТЬ НЕВИРАЖЕНИЙ, СТЕРТИЙ ХАРАКТЕР.
- **ХРОНІЧНА ІНФЕКЦІЯ**, ЯК ПРАВИЛО, РОЗВИВАЄТЬСЯ ПІСЛЯ ІНФІКУВАННЯ МІКРООРГАНІЗМАМИ, ЩО ЗДАТНІ ДО ТРИВАЛОГО ПЕРЕБУВАННЯ В ОРГАНІЗМІ (ПЕРСИСТЕНЦІЇ).
- **АБОРТИВНА ІНФЕКЦІЯ** (ВІД ЛАТ. ABORTO – НЕ ВИНОШУВАТИ, У ДАНОМУ КОНТЕКСТІ – НЕ РЕАЛІЗОВУВАТИ ПАТОГЕННИЙ ПОТЕНЦІАЛ) – ОДНА ІЗ НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ ФОРМ БЕЗСИМПТОМНИХ УРАЖЕНЬ, ІНФЕКЦІЙНИЙ ЦИКЛ ЗБУДНИКА ПЕРЕРИВАЄТЬСЯ, ВІН ГИНЕ І ВИДАЛЯЄТЬСЯ З ОРГАНІЗМУ.

ПЕРІОДИ ІНФЕКЦІЙНОЇ ХВОРОБИ

1.ІНКУБАЦІЙНИЙ –ВІД МОМЕНТУ ПРОНИКНЕННЯ ПАТОГЕННОГО АГЕНТА ДО ПОЯВИ ПЕРШИХ ОЗНАК ЗАХВОРЮВАННЯ.

2.ПРОДРОМАЛЬНИЙ- ПЕРІОД ПРОВІСНИКІВ ХВОРОБИ,ПІД ЧАС ЯКОГО НЕМАЄ ЗАЗВИЧАЙ НЕМАЄ ХАРАКТЕРНИХ ДЛЯ ЦЬОГО ЗАХВОРЮВАННЯ СИМПТОМІВ І РОЗВИВАЮТЬСЯ НЕСПЕЦИФІЧНІ, СПІЛЬНІ ДЛЯ БАГАТЬОХ ХВОРОБ ОЗНАКИ.

3.ОСНОВНИХ ПРОЯВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ – ІНФЕКЦІЙНИЙ ПРОЦЕС ДОСЯГАЄ НАЙВИЩОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ :

А) СТАДІЯ НАРОСТАННЯ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ

Б)СТАДІЯ МАКСИМАЛЬНОГО ПРОЯВУ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ

В)СТАДІЯ ЗГАСАННЯ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ

4.ЗГАСАННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ І ВИДУЖАННЯ (РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦІЇ)

РОЗРІЗНЯЮТЬ:

1)КЛІЧНЕ ОДУЖАННЯ, ПРИ ЯКОМУ ЗНИКАЮТЬ ТІЛЬКИ ВИДИМІ КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ ХВОРОБИ;

2)МІКРОБІОЛОГІЧНЕ ВИДУЖАННЯ, ЯКЕ СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ЗВІЛЬНЕННЯМ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ ВІД МІКРООРГАНІЗМІВ;

3)МОРФОЛОГІЧНЕ ВИДУЖАННЯ, ЯКЕ СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ВІДНОВЛЕННЯМ МОРФОЛОГІЧНИХ ТА ФІЗІОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ УРАЖЕНИХ ТКАНИН І ОРГАНІВ.

КРІМ ПОВНОГО ВИДУЖАННЯ МОЖЕ ФОРМУВАТИСЯ МІКРОБОНОСІЙСТВО І ПЕРЕХІД У ХРОНІЧНУ ФОРМУ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ.

У ДЕЯКИХ ВИПАДКАХ МОЖЛИВИЙ РОЗВИТОК ЗАГОСТРЕНЬ ЗАХВОРЮВАННЯ, РЕЦИДИВІВ, УСКЛАДНЕНЬ, ВТОРИННИХ ІНФЕКЦІЙ

ЕПІДЕМІЧНИЙ ПРОЦЕС –
ЦЕ ПРОЦЕС ПОШИРЕННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ.

ЕПІДЕМІЧНИЙ ОСЕРЕДОК-
МІСЦЕ ПЕРЕБУВАННЯ ДЖЕРЕЛА ЗБУДНИКА З НАВКОЛИШНЬОЮ ТЕРИТОРІЄЮ У ТИХ МЕЖАХ, В ЯКИХ ЗАРАЗНИЙ ЧИННИК МОЖЕ ПЕРЕДАТИСЯ ОТОЧУЮЧИМ.

ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ МОЖУТЬ ПРОТІКАТИ У ВИГЛЯДІ:

СПОРАДИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЬ – ПООДИНОКИХ ВИПАДКІВ.

ЕПІДЕМІЙ - МАСОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЗВ'ЯЗАНИХ ОДНЕ З ОДНИМ, ЩО ВИНИКАЮТЬ В СЕЛІ, МІСТІ, ОБЛАСТІ.

ПАНДЕМІЙ - МАСОВИХ ЗАХВОРЮВАННЬ, ЩО РОЗПОВСЮДЖУЮТЬСЯ НА ДЕКІЛЬКА КРАЇН І КОНТИНЕНТІВ (ЧУМА, ХОЛЕРА, ГРИП).

ЕНДЕМІЙ – ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ПОСТІЙНО РЕЄСТРУЮТЬСЯ В ПЕВНІЙ МІСЦЕВОСТІ І ЗУМОВЛЕНІ ПЕВНИМИ КЛІМАТИЧНИМИ ФАКТОРАМИ (МАЛЯРІЯ).

ЛАНЦЮГ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Джерело інфекції

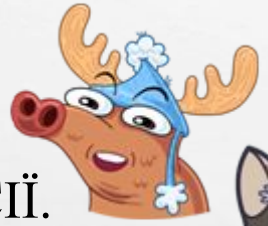
Механізм передачі

Сприйнятливий організм

ДЖЕРЕЛОМ ІНФЕКЦІЇ МОЖУТЬ БУТИ:

- ЛЮДИ – ХВОРІ, РЕКОНВАЛЕСЦЕНТИ (ВИЗДОРОВЛЮЮЧІ), БАКТЕРІОНОСІЇ.

ІНФЕКЦІЇ, ДЖЕРЕЛОМ ЯКИХ Є ЛЮДИНА, НАЗИВАЮТЬСЯ **АНТРОПОНОЗНІ**.



- ТВАРИНИ – ХВОРІ, БАКТЕРІОНОСІЇ.

ЦІ ІНФЕКЦІЇ НАЗИВАЮТЬСЯ **ЗООНОЗНІ**.

- ОБ’ЄКТИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА.

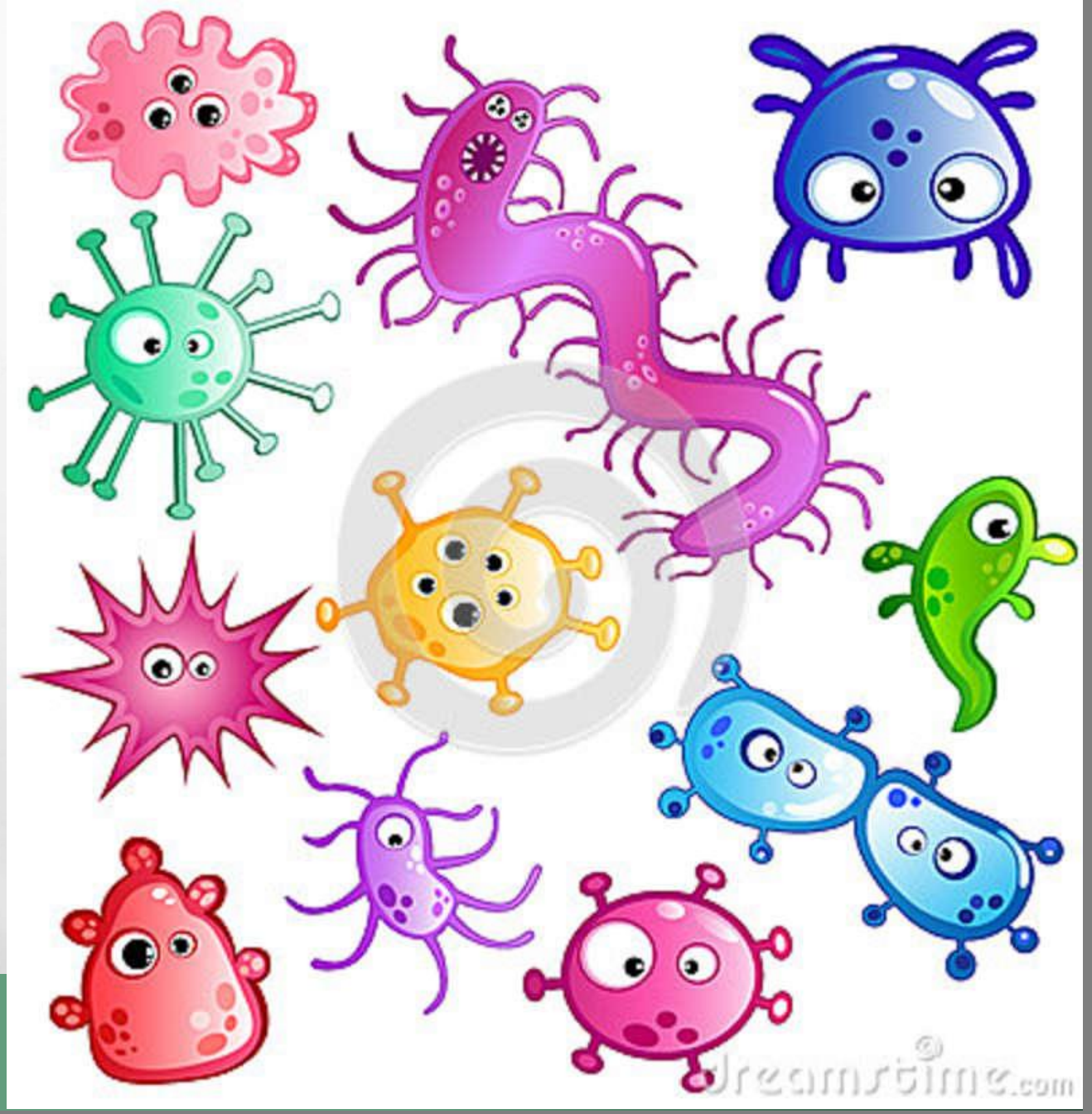
ЦЕ **САПРОНОЗНІ** ІНФЕКЦІЇ.

МЕХАНІЗМ ПЕРЕДАЧІ - ЦЕ СУКУПНІСТЬ ФАЗ, ЩО ВИЗНАЧАЮТЬ ПЕРЕМІЩЕННЯ ЗБУДНИКА ІНФЕКЦІЙНОЇ ХВОРОБИ ВІД ДЖЕРЕЛА ІНФЕКЦІЇ В СПРИЙНЯТЛИВИЙ ОРГАНІЗМ.

МЕХАНІЗМ ПЕРЕДАЧІ МОЖЕ ЗАБЕЗПЕЧУВАТИ *ГОРИЗОНТАЛЬНУ* ПЕРЕДАЧУ ЗБУДНИКІВ, ДО ЯКИХ НАЛЕЖАТЬ АЕРОГЕННИЙ, АЛІМЕНТАРНИЙ, КОНТАКТНИЙ, ТРАНСМІСИВНИЙ

ТА *ВЕРТИКАЛЬНИЙ*, КОТРИЙ ЗАБЕЗПЕЧУЄ ПЕРЕДАЧУ ЗБУДНИКІВ ВІД МАТЕРІ ДО ПЛОДА.

ШЛЯХ ПЕРЕДАЧІ - ЦЕ ФОРМА РЕАЛІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМУ ПЕРЕДАЧІ ВІД ДЖЕРЕЛА ІНФЕКЦІЇ ДО ОРГАНІЗМУ ЗА УЧАСТІ ОБ'ЄКТІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА.



ФАКТОРИ ПЕРЕДАЧІ - ЦЕ КОНКРЕТНІ ОБ'ЄКТИ, ЕЛЕМЕНТИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ЗА ДОПОМОГОЮ ЯКИХ ЗБУДНИК ПЕРЕДАЄТЬСЯ ВІД ДЖЕРЕЛА ІНФЕКЦІЇ ДО СПРИЙНЯТЛИВОГО ОРГАНІЗМУ.

МЕХАНІЗМИ ПЕРЕДАЧІ ТА ЇХ ШЛЯХИ:

1.АЛІМЕНТАРНИЙ – ЗБУДНИК ЛОКАЛІЗУЄТЬСЯ В ШЛУНКОВО-КИШКОВОМУ ТРАКТІ, ВИДІЛЯЄТЬСЯ З ФЕКАЛІЯМИ. ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ: ХАРЧОВИЙ, ВОДНИЙ І КОНТАКТНО-ПОБУТОВИЙ.ФАКТОРИ ПЕРЕДАЧІ: ВОДА, ХАРЧОВІ ПРОДУКТИ, БРУДНІ РУКИ, МУХИ. ВХІДНИМИ ВОРОТАМИ Є РОТ (ДИЗЕНТЕРІЯ, ХОЛЕРА, ЧЕРЕВНИЙ ТИФ);

2. АЕРОГЕННИЙ – ЗБУДНИК ЛОКАЛІЗУЄТЬСЯ В ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХАХ І ПЕРЕДАЄТЬСЯ ПРИ КАШЛІ, ЧХАННІ, РОЗМОВІ ШЛЯХ ПЕРЕДАЧІ:ПОВІТРЯНО-КРАПЛИННИМ АБО ПОВІТРЯННО-ПИЛОВИЙ. (ПНЕВМОНІЯ, ТУБЕРКУЛЬОЗ, ГРИП, АНГІНА, КАШЛЮК);

3. ТРАНСМІСИВНИЙ – ЗБУДНИК ЛОКАЛІЗУЄТЬСЯ В КРОВІ АБО ЛІМФІ І ПЕРЕДАЄТЬСЯ ПРИ УКУСАХ КОМАХ: КОМАРІВ, КЛІЩІВ, ВОШЕЙ (МАЛЯРІЯ, ВИСИПНИЙ ТИФ). ШЛЯХ ПЕРЕДАЧІ: ОБЛІГАТНИЙ(ЗБУДНИКИ ПЕРЕДАЮТЬСЯ ТІЛЬКИ ЧЕРЕЗ ПЕРЕНОСНИКІВ), ФАКУЛЬТАТИВНИЙ (ЗБУДНИКИ ПЕРЕДАЮТЬСЯ, ЯК ЧЕРЕЗ ПЕРЕНОСНИКІВ, ТАК І ІНШИМИ ШЛЯХАМИ;

4. КОНТАКТНИЙ – ЗБУДНИК ЛОКАЛІЗУЄТЬСЯ НА ЗОВНІШНІХ ПОКРИВАХ: ШКІРІ, СЛИЗОВИХ ОБОЛОНКАХ, ВОЛОССІ. ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ: ПРЯМИЙ (СТАТЕВИЙ) ВІЛ - ІНФЕКЦІЯ, СИФІЛІС, ГОНОРЕЯ ТА НЕПРЯМИЙ – ЧЕРЕЗ ПРЕДМЕТИ ДОГЛЯДУ, ІГРАШКИ, БРУДНІ РУКИ (КІР, КРАСНУХА);

ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРІБ.

- ВИЯВЛЕННЯ ДЖЕРЕЛА ІНФЕКЦІЇ (ХВОРИХ І БАКТЕРІОНОСІЇВ), ІЗОЛЯЦІЯ І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ, САНАЦІЯ БАКТЕРІОНОСІЇВ, ЗНИЩЕННЯ ТВАРИН, ЯКІ Є ДЖЕРЕЛАМИ І ПЕРЕНОСНИКАМИ ІНФЕКЦІЇ (ДЕРАТИЗАЦІЯ).
- ДЕЗІНФЕКЦІЯ, СТЕРИЛІЗАЦІЯ, ДОТРИМАННЯ САНЕПІДРЕЖИМУ.
- ПІДВИЩЕННЯ ОПІРНОСТІ ОРГАНІЗМУ: ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ, РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ, РЕЖИМ ПРАЦІ ВІДПОЧИНКУ, ЗАГАРТУВАННЯ ОРГАНІЗМУ, ФІЗКУЛЬТУРА.
- СПЕЦИФІЧНА ПРОФІЛАКТИКА – АКТИВНА І ПАСИВНА ІМУНІЗАЦІЯ НАСЕЛЕННЯ.

КАБІНЕТ ЩЕПЛЕНЬ

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ РЕГЛАМЕНТОВАНИЙ НАКАЗОМ МОЗ УКРАЇНИ № 595 «ПРО ПОРЯДОК ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ В УКРАЇНІ ТА КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ Й ОБІГУ МЕДИЧНИХ ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ» ВІД 16.09.2011. ЦИМ ДОКУМЕНТОМ ПЕРЕДБАЧЕНО, ЩО ДО РОБОТИ У КАБІНЕТІ ЩЕПЛЕНЬ ДОПУСКАЄТЬСЯ ЛИШЕ ТОЙ МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ, ЯКИЙ ПРОЙШОВ СПЕЦІАЛЬНУ ПІДГОТОВКУ, ВОЛОДІЄ ТЕХНІКОЮ ВИКОНАННЯ САМОЇ МАНІПУЛЯЦІЇ ТА МОЖЕ НАДАТИ ДОПОМОГУ У РАЗІ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ. ТАКИМ ЧИНОМ, МЕДИЧНА СЕСТРА КАБІНЕТУ ЩЕПЛЕНЬ, ЯКА НЕ ПРОЙШЛА ЩОРІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ З ПИТАНЬ ВАКЦИНАЦІЇ, НЕ МОЖЕ БУТИ ДОПУЩЕНОЮ ДО ПРОВЕДЕННЯ ЩЕПЛЕНЬ.

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ ЩЕПЛЕННЯ ПРОВЕДЕННЯ ЩЕПЛЕНЬ

КРОК 1 – ЗАПРОШЕННЯ НА ЩЕПЛЕННЯ

КРОК 2 – ВВЕДЕННЯ ВАКЦИНИ

КРОК 3 – СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДИТИНОЮ ПІСЛЯ ВАКЦИНАЦІЇ

В РАЗІ ПРОВЕДЕННЯ ВАКЦИНАЦІЇ В МЕДИЧНІЙ ДОКУМЕНТАЦІЇ ЗАЗНАЧАЮТЬ:

- ТОРГОВЕЛЬНУ НАЗВУ ВАКЦИНИ (АНАТОКСИНУ);
- ПОВНУ НАЗВУ ВИРОБНИКА ПРЕПАРАТУ;
- НОМЕР СЕРІЇ;
- ДОЗУ ПРЕПАРАТУ;
- ТЕРМІН ПРИДАТНОСТІ;
- ОРИГІНАЛЬНУ НАЗВУ ПРЕПАРАТУ (В РАЗІ ВИКОРИСТАННЯ ІМПОРТНОЇ ВАКЦИНИ).
- У РАЗІ, КОЛИ ПАЦІЄНТ (БАТЬКИ ЧИ ІНШІ ЗАКОННІ ПРЕДСТАВНИКИ ДИТИНИ) ВІДМОВЛЯЄТЬСЯ ВІД ВАКЦИНАЦІЇ, ДО ЦІЄЇ Ж ФОРМИ ЗАНОСИТЬСЯ ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВІДМОВУ. ПРАВДИВІСТЬ ІНФОРМАЦІЇ ПІДТВЕРДЖУЮТЬ СВОЇМИ ПІДПИСАМИ ОБИДВІ СТОРОНИ (ЛІКАР ТА ПАЦІЄНТ).

ЧИМ ОСНАЩЕНИЙ КАБІНЕТ ЩЕПЛЕНЬ

- ІНСТРУКЦІЯМИ, НАДРУКОВАНИМИ В ЗРУЧНОМУ ФОРМАТІ З ЗАСТОСУВАННЯ ВСІХ МЕДИЧНИХ ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ ВІДПОВІДНО ДО КАЛЕНДАРЯ ЩЕПЛЕНЬ;
- СТАНДАРТИ (ПРОТОКОЛИ) НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ, РОЗРОБЛЕНІ НА ОСНОВІ НОРМАТИВІВ, ЩО ІСНУЮТЬ;
- НАБІР ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ.

НАПЕРЕДОДНІ ВЛАСНЕ ПРОЦЕДУРИ ЛІКАР ЧИ МОЛОДШИЙ МЕДИЧНИЙ ПРАЦІВНИК ЗАПРОШУЮТЬ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ ЩЕПЛЕННЮ, ВІДВІДАТИ МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД. ЗАПРОШЕННЯ ТАКЕ МОЖЕ ЗВУЧАТИ УСНО ЧИ ОФОРМЛЯТИСЬ В ПИСЬМОВОМУ ВИГЛЯДІ. НЕОБХІДНІСТЬ ПРИСУТНОСТІ БАТЬКІВ (ІНШИХ ЗАКОННИХ ПРЕДСТАВНИКІВ ДИТИНИ) ВКАЗУЄТЬСЯ В ЗАПРОШЕННІ.

УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ПЕРЕД ЩЕПЛЕННЯМИ

ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ПЕРЕД ЩЕПЛЕННЯМ Є ОБОВ'ЯЗКОВИМ. ОГЛЯД ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ В ТОЙ ЖЕ ДЕНЬ, ЩО І ЗАПЛАНОВАНЕ ЩЕПЛЕННЯ. ДИТИНУ ОГЛЯДАЮТЬ В ОКРЕМОМУ КАБІНЕТІ В КОМФОРТНИХ УМОВАХ. МЕДИЧНА СЕСТРА КАБІНЕТУ ЩЕПЛЕНЬ КОНТРОЛЮЄ, ЩОБ ПАРАМЕТРИ ТЕМПЕРАТУРИ ТА ОСВІТЛЕННЯ ВІДПОВІДАЛИ СТАНДАРТУ: ТЕМПЕРАТУРА ПОВІТРЯ НЕ НИЖЧЕ 20°С; ГАРНЕ ОСВІТЛЕННЯ (ДОСТАТНЄ ПРИРОДНЕ ОСВІТЛЕННЯ ЧИ ШТУЧНЕ, ІДЕНТИЧНЕ ПРИРОДНОМУ). ОГЛЯД ДІТЕЙ ПРОВОДЯТЬ В ПРИСУТНОСТІ БАТЬКІВ ЧИ ІНШИХ ЗАКОННИХ ПРЕДСТАВНИКІВ ДИТИНИ. ЯКЩО ПРОЦЕДУРА ПРОХОДИТЬ В ДОШКІЛЬНИХ ДИТЯЧИХ УСТАНОВАХ ЧИ ШКОЛАХ, ПОРЯД З ДИТИНОЮ ПОВИНЕН БУТИ ПРИСУТНІЙ МЕДИЧНИЙ ПРАЦІВНИК ЗАКЛАДУ.

МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ПЕРЕДБАЧАЄ:

- УТОЧНЕННЯ ХВОРОБ, КОТРИМИ СТРАЖДАВ ПАЦІЄНТ ПРОТЯГОМ ПОПЕРЕДНЬОГО ЖИТТЯ ТА ЇХ ВАЖКОСТІ;
- НАЯВНІСТЬ РЕАКЦІЙ ПРИ ПОПЕРЕДНІХ ВАКЦИНАЦІЯХ;
- ОГЛЯД ПАЦІЄНТА;
- ПРОВЕДЕННЯ ТЕРМОМЕТРІЇ;
- КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ (ЗА НЕОБХІДНОСТІ).

ОФОРМЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

ПО ЗАКІНЧЕННЮ ОГЛЯДУ ДИТИНИ ЛІКАР, АБО МЕДСЕСТРА КАБІНЕТУ ЩЕПЛЕНЬ, ЗАПОВНЮЄ ФОРМУ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ № 063-2/О «ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ТА ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ОСОБИ АБО ДИТИНИ ОДНИМ З БАТЬКІВ АБО ІНШИМ ЗАКОННИМ ПРЕДСТАВНИКОМ ДИТИНИ НА ПРОВЕДЕННЯ ЩЕПЛЕННЯ АБО ТУБЕРКУЛІНОДІАГНОСТИКИ» (НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ ВІД 31.12.2009 № 1086). ДОЗВІЛ НА ПРОВЕДЕННЯ ЩЕПЛЕННЯ ВЛАСНОРУЧ ЗАПИСУЄ ЛІКАР, ЯКИЙ ОГЛЯДАВ.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ПАЦІЄНТОМ ПІСЛЯ ЩЕПЛЕННЯ

ПРОТЯГОМ ПЕВНОГО ЧАСУ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ ВАКЦИНИ, ПАЦІЄНТ ПОВИНЕН ЗАЛИШАТИСЬ ПІД НАГЛЯДОМ МЕДСЕСТРИ (ЛІКАРЯ) КАБІНЕТУ ЩЕПЛЕНЬ. ТРИВАЛІСТЬ ТАКОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗАЗНАЧАЄТЬСЯ В ІНСТРУКЦІЇ ДО ВАКЦИНИ. ЯКЩО Ж ЖОДНОЇ ВКАЗІВКИ НА ТРИВАЛІСТЬ СПОСТЕРЕЖЕННЯ МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ НЕ МІСТИТЬ, ПАЦІЄНТ МАЄ ЗАЛИШАТИСЬ ПІД НАГЛЯДОМ МЕДИКІВ НЕ МЕНШЕ 30 ХВИЛИН ПІСЛЯ ПРОЦЕДУРИ. ДО МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ЗАНОСЯТЬ ВСІ НЕГАТИВНІ РЕАКЦІЇ З БОКУ ОРГАНІЗМУ ПАЦІЄНТА. ОБОВ’ЯЗКОВО ВКАЗУЮТЬ ЧЕРЕЗ ЯКИЙ ПРОМІЖОК ЧАСУ ВОНИ ВИНИКЛИ, ЇХ ВАЖКІСТЬ ТА ХАРАКТЕР (ВИМОГИ ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО КОНТРОЛЮ ЗА УСКЛАДНЕННЯМИ ПІСЛЯ ІМУНІЗАЦІЇ, ЩО ЗАТВЕРДЖЕНА НАКАЗОМ МОЗ УКРАЇНИ ВІД 16.09.2011 № 595).

КАБІНЕТ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

ПІДРОЗДІЛ ПОЛІКЛІНІКИ АБО ЦЕНТРАЛЬНОЇ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ, В ЯКОМУ ВИЯВЛЯЄТЬСЯ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ДОПОМОГА ІНФЕКЦІЙНИМ ХВОРИМ, ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТАМИ, ХРОНІЧНИМИ ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРИМИ ТА БАКТЕРІОНОСІЯМИ; ПРОВОДИТЬСЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНА ТА САНІТАРНО-ПРОСВІТНИЦЬКА РОБОТА.

ПРИМІЩЕННЯ КАБІНЕТУ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (КІЗ) МАЄ СКЛАДАТИСЯ НЕ МЕНШЕ НІЖ З ДВОХ КІМНАТ З ОКРЕМИМ ВХОДОМ, РОЗДЯГАЛЬНЕЮ І САНВУЗЛОМ. В ОДНІЙ З КІМНАТ РОЗМІЩУЄТЬСЯ ОБЛАДНАННЯ, НЕОБХІДНЕ ДЛЯ РЕКТОРОМАНОСКОПІЇ (СТІЛ, ТУМБОЧКА ДЛЯ ІНСТРУМЕНТІВ, СТЕРИЛІЗАТОР, ТЕРМОСТАТ ДЛЯ ЗБЕРІГАННЯ ЧАШОК ПЕТРІ З УЗЯТИМ МАТЕРІАЛОМ ДО НАПРАВЛЕННЯ ЇЇ В БАКТЕРІОЛОГІЧНУ ЛАБОРАТОРІЮ). ОЧОЛЮЄ КАБІНЕТ ВИСОКОКВАЛІФІКОВАНИЙ ЛІКАР-ІНФЕКЦІОНІСТ, ЯКИЙ МАЄ ДОСВІД РОБОТИ В ІНФЕКЦІЙНОМУ СТАЦІОНАРІ. ШТАТИ КАБІНЕТУ ВИЗНАЧАЮТЬСЯ З РОЗРАХУНКУ 1 ЛІКАР, 1 МЕДСЕСТРА І 1 САНІТАРКА НА 50 ТИС. ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ. ЛІКАР КАБІНЕТУ ПІДПОРЯДКОВУЄТЬСЯ ГОЛОВНОМУ ЛІКАРЮ ПОЛІКЛІНІКИ (ЛІКАРНІ). НА НЬОГО МОЖУТЬ БУТИ ПОКЛАДЕНІ ОБОВ'ЯЗКИ СТАРШОГО РАЙОННОГО ІНФЕКЦІОНІСТА. ПЕРСОНАЛ КАБІНЕТУ ПОВИНЕН ДОТРИМУВАТИСЯ ПРАВИЛ РОБОТИ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРИМИ.

ПРИ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ КАБІНЕТУ ВИДІЛЯЄТЬСЯ ЧАС ДЛЯ ПРИЙОМУ ВІДВІДУВАЧІВ, ДЛЯ РОБОТИ З РЕКОНВАЛЕСЦЕНТАМИ І ОСОБАМИ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ ПІД ДИСПАНСЕРНИМ НАГЛЯДОМ.

ІНФЕКЦІЙНА ЛІКАРНЯ - СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ СТАЦІОНАР ДЛЯ ПРИЙОМУ, ІЗОЛЯЦІЇ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРИХ І НАДАННЯ ЇМ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ОСНОВНИЙ ПРИНЦИП РОБОТИ ІНФЕКЦІЙНОГО СТАЦІОНАРУ - НАЯВНІСТЬ ПОТОЧНО-ПРОПУСКНОЇ СИСТЕМИ.

ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ В ІНФЕКЦІЙНИЙ СТАЦІОНАР ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ ЗА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИМИ І КЛІНІЧНИМИ ПОКАЗАННЯМИ, НА НЕЇ СПРЯМОВУЮТЬ ЛІКАР ПОЛІКЛІНІКИ, ЛІКАР ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ АБО ІНФЕКЦІОНІСТ ПОЛІКЛІНІКИ. ДОСТАВКА В СТАЦІОНАР ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ СПЕЦІАЛЬНОЮ СЛУЖБОЮ, РІДШЕ - МЕДИЧНИМ ТРАНСПОРТОМ, ЯКИЙ ПІСЛЯ ДОСТАВКИ ХВОРОГО МАЄ БУТИ ПІДДАНИЙ ДЕЗІН-ФЕКЦИИ.

ВИДІЛЯЮТЬ ІНФЕКЦІЙНІ ЛІКАРНІ ЦЕНТРАЛІЗОВАНОГО (КОРПУС АБО КІЛЬКА БАГАТОПОВЕРХОВИХ БУДІВЕЛЬ, З'ЄДНАНИХ ЗАКРИТИМИ ПЕРЕХОДАМИ) ТА ДЕЦЕНТРАЛІЗОВАНОГО (З ДЕКІЛЬКОХ ОКРЕМИХ ОДНОПОВЕРХОВИХ БУДІВЕЛЬ - БІЛЬШ КРАЩА) ТИПУ. У СТРУКТУРІ ІНФЕКЦІЙНОГО СТАЦІОНАРУ - 3 СЛУЖБИ: ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНА (ПРИЙМАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ БОКСОВОГО ТИПУ, ЛІКУВАЛЬНІ ВІДДІЛЕННЯ БОКСОВОГО І ПАЛАТНОГО ТИПІВ, ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕАНІМАЦІЇ І Т.Д.), АДМІНІСТРАТИВНО-ГОСПОДАРСЬКА СЛУЖБА ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНА СЛУЖБА.

ХВОРОГО ПРИ ЙОГО НАДХОДЖЕННІ ДОСТАВЛЯЮТЬ В ПРИЙМАЛЬНИЙ СПОКІЙ, ЯКИЙ РОЗМІЩУЄТЬСЯ В ОКРЕМОМУ ПАВІЛЬЙОНІ І МАЄ БОКСОВУ СИСТЕМУ (ОКРЕМИЙ ВХІД З ПЕРЕДБОКСОМ ДЛЯ МЕДПЕРСОНАЛУ, ОГЛЯДОВИЙ БОКСУ, САНІТАРНИЙ ВУЗОЛ, ВХІД ДЛЯ ХВОРОГО). ЛІКАР ПОТРАПЛЯЄ В ПЕРЕДБОКСОМ ЧЕРЕЗ СПЕЦІАЛЬНИЙ ВХІД З КОРИДОРУ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ. ПЕРЕВІРИВШИ, ЧИ ЩІЛЬНО ЗАКРИТІ ДВЕРІ В КОРИДОР, ЛІКАР ОДЯГАЄ НА ХАЛАТ ДРУГИЙ ХАЛАТ, ШАПОЧКУ І ЗАХОДИТЬ В ОГЛЯДОВУ БОКСУ. ДОСТАВЛЕНИЙ ПАЦІЄНТ ПОТРАПЛЯЄ В ОГЛЯДОВУ БОКСУ ЧЕРЕЗ СПЕЦІАЛЬНИЙ ВХІД З ВУЛИЦІ. У БОКСІ МАЄ БУТИ ВСЕ НЕОБХІДНЕ ДЛЯ ОГЛЯДУ ХВОРОГО, А ВСЕ ПО-ПОВЕРХНІ ПОВИННІ БУТИ ДОСТУПНІ ЛЕГКОЇ САНІТАРНІЙ ОБРОБЦІ. БАЖАНО СПЕЦІАЛІЗУВАТИ БОКСИ (ДЛИ ПРИЙОМУ ХВОРИХ З КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ, ДЛЯ ПРИЙОМУ ХВОРИХ З ГРЗ І Т.Д.). ПІСЛЯ ОГЛЯДУ ХВОРОГО, ЗАПОВНЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ПРОВОДИТЬСЯ ДЕЗІНФЕКЦІЯ БОКСУ.

ЛІКУВАЛЬНІ ВІДДІЛЕННЯ В ІНФЕКЦІЙНОМУ СТАЦІОНАРІ ПОВИННІ БУТИ БОКСОВОГО ТИПУ. ЯКЩО В ПАВІЛЬЙОНІ ПЕРЕДБАЧЕНІ ТІЛЬКИ ПАЛАТИ, ВОНИ ЗАПОВНЮЮТЬСЯ ПАЦІЄНТАМИ З ПОДІБНИМИ ДІАГНОЗАМИ. ЯКЩО ІНФЕКЦІЙНА ЛІКАРНЯ ЗНАХОДИТЬСЯ В ОДНОМУ БАГАТОПОВЕРХІВ'ЯМ-НОМ БУДІВЛІ, ТО ЩОБ УНИКНУТИ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНОГО ЗАРАЖЕННЯ З ВИСХІДНИМИ ПОТОКАМИ ПОВІТРЯ ПІД ВІДДІЛЕННЯ ПОВІТРЯНО-КРАПЕЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ ВІДВОДИТЬСЯ ВЕРХНІЙ ПОВЕРХ. КОЖНЕ ВІДДІЛЕННЯ ПОВИННО МАТИ ДВА ПРОПУСКНИКА - ДЛЯ ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ І ДЛЯ ЗНОВУ НАДХОДЯТЬ ХВОРИХ.

У КОЖНІЙ ПАЛАТІ РЕГУЛЯРНО ПРОВОДИТЬСЯ ПОТОЧНА, А ПІСЛЯ ВИПИСКИ ХВОРИХ І ПРИКІНЦЕВИХ-НАЯ ДЕЗІНФЕКЦІЯ. ВСІ ПОВЕРХНІ І ПРЕДМЕТИ В ПАЛАТІ ПОВИННІ БУТИ ЛЕГКО ОБРОБЛЮВАНІ. СТІЧНІ ВОДИ ПІДДАЮТЬСЯ ЦЕНТРАЛІЗОВАНОГО ХЛОРУВАННЮ.

МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ ПОВИНЕН НЕУХИЛЬНО ДОТРИМУВАТИСЯ РЯДУ ВИМОГ ЕПІДРЕЖИМ: ВЕСЬ МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ ПОВИНЕН МАТИ СПЕЦІАЛЬНИЙ ОДЯГ ДЛЯ РОБОТИ У ВІДДІЛЕННІ; ВХОДИТЬ В БОКС ДО ІНФЕКЦІЙНОГО ХВОРОМУ ОБОВ'ЯЗКОВО НАДЯГАЄ ДРУГИЙ ХАЛАТ, МАСКУ І ШАПОЧКУ; У ВИПАДКАХ ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТРОГО ВИКОНУЮТЬСЯ ВІДПОВІДНІ ІНСТРУКЦІЇ; ПЕРСОНАЛ ПЕРІОДИЧНО ОБСТЕЖУЄТЬСЯ НА БАКТЕРІОНОСІЙСТВО І ПРИ ЙОГО НАЯВНОСТІ ВІДСТОРОНЮЄТЬСЯ ВІД РОБОТИ; ПЕРСОНАЛ НЕУКОС-НИТЕЛЬНО ДОТРИМУЄТЬСЯ ПРИНЦИПІВ ОСОБИСТОЇ ГІГІЄНИ.

- В ІНФЕКЦІЙНОМУ СТАЦІОНАРІ ОСНОВНА СТРУКТУРНА ОДИНИЦЯ ПАЛАТИ МОЖЕ БУТИ НЕ ПАЛАТОЮ, А БОКС, ПОЛУБОКС АБО БОКСОВАНА ПАЛАТА.

- ПРИ ВИКОРИСТАННІ БОКСІВ ПЕРЕДБАЧАЄТЬСЯ МОЖЛИВІСТЬ ПОВНОЇ ІЗОЛЯЦІЇ ПАЦІЄНТІВ (БОКСИ ПЕРЕДБАЧЕНІ НА 1-2 ЛІЖКА).

- ХВОРИЙ НЕ ВИХОДИТЬ З БОКСУ ДО ВИПИСКИ, ПОКИДАЮЧИ ЙОГО ЧЕРЕЗ ЗОВНІШНІЙ ВИХІД З ТАМБУРОМ. ЧЕРЕЗ ЗОВНІШНІЙ ВИХІД БОКСУ

- ХВОРОГО ТАКОЖ ПЕРЕВОЗЯТЬСЯ НА ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ В СПЕЦІАЛІЗОВАНІ КАБІНЕТИ АБО БОКСИ, ЩО МАЮТЬ ТАКОЖ ЗОВНІШНІ ВХОДИ. ВХІД ПЕРСОНАЛУ В БОКИ ПЕРЕДБАЧАЄТЬСЯ З НЕІНФЕКЦІЙНОГО "УМОВНО ЧИСТОГО" КОРИДОРУ ЧЕРЕЗ ШЛЮЗИ, ДЕ ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ ЗМІНА СПЕЦОДЯГ, МИТТЯ ТА ДЕЗІНФЕКЦІЯ РУК.

НАПІВБОКСИ ВІДРІЗНЯЮТЬСЯ ВІД БОКСІВ ТИМ, ЩО НЕ МАЮТЬ ЗОВНІШНЬОГО ВИХОДУ. РЕЖИМ НАПІВБОКСВАНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ТИМ, ЩО ХВОРІ ПОСТУПАЮТЬ В НАПІВБОКСИ З ЗАГАЛЬНОГО КОРИДОРУ ВІДДІЛЕННЯ, ЧЕРЕЗ САНІТАРНИЙ ПРОПУСКНИК.

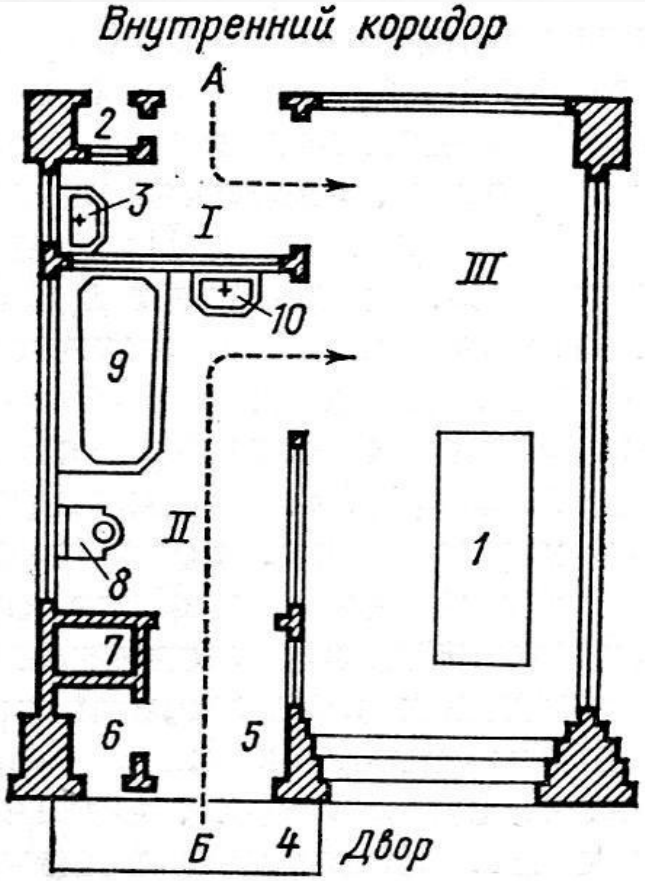


Рис. 2. Бокс системы Мельцера: *А* — вход для персонала; *Б* — вход для больного; *I* — шлюз для персонала; *II* — шлюз для больного; *III* — палата. *1* — койка; *2* — окошко для подачи пищи; *3* — раковина для умывания персонала; *4* — ступень у входа; *5* — передняя; *6* — место для грязного белья и посуды; *7* — вентиляционный канал; *8* — унитаз; *9* — ванна; *10* — раковина для умывания больного.