**Проблемы в инфекционном кабинете городской поликлиники**

**1. Основные задачи и направления работы кабинета инфекционных заболеваний**

· обеспечение раннего активного выявления инфекционных больных, оказание им неотложной помощи и их своевременная госпитализация в инфекционный стационар.

· квалифицированная диагностика, обследование и лечение в амбулаторно-поликлинических условиях больных инфекционными и паразитарными заболеваниями, не требующими обязательной госпитализации;

· реабилитация и диспансеризация переболевших инфекционными болезнями в условиях поликлиники;

· проведение организационно-методической работы (анализ инфекционной заболеваемости, уровня диагностики, качества лечения, разбор ошибок диагностики, летальных исходов);

· участие в профилактической работе (мероприятия в очагах, контроль за осуществлением плана прививок, санитарно-просветительная работа). Долечивание инфекционных больных с целью предупреждения и своевременной диагностики рецидивов, обострений и перехода острых форм болезни в хронические и затяжные;

· обеспечение квалификационной консультативной помощи в вопросах диагностики, обследования и лечения больных инфекционными и паразитарными заболеваниями, осуществляемых в условиях поликлиники; - проведение организационно - методической работы, слагающейся из анализа инфекционной заболеваемости, смертности, уровня диагностики и качества лечения инфекционных больных, проводимого врачами поликлиники. Разработка и участие в осуществлении мероприятий по оптимизации этих показателей;

· участие в составлении плана работы по проведению профилактических прививок среди населения и контроль за его осуществлением.

Роль врача в деятельности кабинета:

1) систематическую работу по повышению знаний врачей - специалистов, ведущих амбулаторный прием, по вопросам клиники, ранней диагностики, лечения и диспансеризации инфекционных заболеваний, организуя конференции по разбору всех случаев несвоевременно выявленных больных инфекционными заболеваниями или необоснованно направленных в кабинет инфекционных заболеваний;

) консультацию врача - терапевта участкового по обследованию больных, подозреваемых на инфекционное заболевание, и о порядке направления их для постановки окончательного диагноза в кабинете инфекционных заболеваний;

) консультативную помощь больным в поликлинике и на дому с целью уточнения диагноза, назначение лечебно - профилактических мероприятий и решения вопроса о госпитализации;

) дополнительные (лабораторные и др.) исследования инфекционных больных;

) лечение инфекционных больных в поликлинических условиях и долечивание реконвалесцентов после выписки из стационара;

) контроль за полным клиническим и бактериологическим выздоровлением инфекционных больных с использованием методов инструментального и лабораторного исследования (ректороманоскопия, дуоденальное зондирование и др.);

) анализ работы по проведению профилактических прививок у взрослых;

) диспансерное наблюдение и санацию реконвалесцентов, больных с хроническими инфекционными заболеваниями, бактерио- и паразитоносителей

) учет больных инфекционными заболеваниями, бактерионосителей, паразитоносителей на основании экстренных извещений об инфекционных заболеваниях, направленных в СЭС;

) анализ динамики инфекционной заболеваемости и смертности, качества и эффективности диагностических и лечебных мероприятий, диспансеризации, противорецидивного лечения в районе деятельности городской поликлиники;

) проведение пропаганды медицинских знаний по профилактике инфекционных заболеваний.

**2. Принцип преемственности и взаимосвязи**

Кабинет инфекционных заболеваний проводит свою работу в тесной взаимосвязи с инфекционной больницей (отделением), оргметодотделом, врачами - специалистами поликлиники и территориальным центром санитарно-эпидемиологического надзора**.**

Также принцип преемственности соблюдается с противотуберкулезным диспансером, кожно-венерологическим диспансером, городской больницей для взрослых, родильным домом, женской консультацией, высокоспециализированными центрами по лечению инфекционных заболеваний. Со школьными учреждениями, высшими образовательными учреждениями. Скорой медицинской помощью.

В поликлинике больному ставится диагноз, проводятся необходимые исследования, и затем больной направляется в стационар для плановой госпитализации. После стационарного лечения больной направляется в поликлинику по месту жительства под наблюдение участкового инфекциониста для дальнейшего лечения и реабилитации. Если после вылечивания инфекционной патологии, есть необходимость в стационарном лечении других заболеваний, то пациент направляется в отделение соответствующего профиля. В случае выявления инфекционной патологии, требующей более квалифицированной помощи, которую не могут оказать врачи данного инфекционного кабинета, больной переводится в другой стационар или в специализированную инфекционную больницу. Также больному после лечения в инфекционном кабинете может потребоваться санаторно-курортное лечение, в этом случае больной будет выписан из отделения для дальнейшей реабилитации в условиях санатория (курорта).

Гепати́т C - антропонозное вирусное заболевание с парентеральным механизмом заражения, наиболее часто протекающее в виде посттрансфузионного гепатита с преобладанием безжелтушных и склонное к хронизации. Гепатит С называют «ласковым убийцей» из-за способности маскировать истинную причину под видом множества других заболеваний.

Эпидемиология: Источником инфекции являются больные с активным гепатитом C и латентные больные - носители вируса. HCV-инфекция является инфекцией с парентеральным механизмом заражения - через инфицированную кровь и её компоненты. Инфицирование возможно при парентеральных манипуляциях, в том числе в медицинских учреждениях, включая оказание стоматологических услуг, через инъекционное оборудование, при акупунктуре, пирсинге, нанесении татуировок, при оказании ряда услуг в парикмахерских, однако при половых контактах вероятность заболеть гепатитом С гораздо меньше, чем гепатитом В, и сводится к минимальным показателям.

**3. Структура заболеваемости гепатитом С**

Заболевание гепатитом С может протекать в острой и хронической форме. В структуре заболеваемости острыми вирусными гепатитами острый гепатит С в среднем по России составляет 9,4% (1997 год). Официальная регистрация острого гепатита С начала с 2004 года. За это время показатели заболеваемости (на 100 тыс.) возросли с 3,2 до 9,04 в 2007 г. (13383 заболевших), достигая в некоторых регионах страны 11-20 (Западная и Восточная Сибирь, Урал). Максимальные показатели регистрируются в возрастных группах 15-19 и 20-29 лет, составляя 20-60 на 100 тыс. данной возрастной группы, а в некоторых городах России достигая 60-140. Однако необходимо учитывать, что реальное число заболевших острым гепатитом С в 3-6 раз превышает данные официальной статистики. По данным Центра по контролю за заболеваемостью (г. Атланта) в 2005 г. в США острым гепатитом С заболело 28000 человек, из них у 8400 заболевание было клинически выражено. В 90-е годы (до внедрения в службу переливания крови тестов выявления анти-ВГС) ежегодно заболевало до 175 тысяч человек (показатель заболеваемости 12-18 на 100 тыс. человек). В эти годы в Западной Европе и Японии заболевало 170-350 тысяч человек.

Одной из основных характеристик гепатита С является частая хронизация. Считается, что 60-70% острого гепатита С заканчиваются развитием хронического гепатита. В последние годы произошло резкое увеличение числа случаев хронического гепатита С, что привело к изменению этиологической структуры хронических гепатитов. На долю гепатита С приходится около 40%. Так, по данным белорусских исследователей, если в 1993-1999 гг. менее 5% случаев можно было ассоциировать с ВГС, то в 2000-2007 гг. более 40%. Отсутствие в России официальной регистрации хронического гепатита С не позволяет полностью оценить уровень распространения этого гепатита. Однако данные, полученные в отдельных регионах страны (например, в г. Санкт-Петербурге в 2006 г. показатель заболеваемости хроническим гепатитом С в возрастных группах 15-19 лет и 20-29 лет составлял 28,8 и 18,3 на 100 тыс. человек соответственно), указывают на важность этой инфекции для практического здравоохранения.

Летальные исходы при остром гепатите С встречаются редко. Однако, по данным Европейского комитета по профилактике вирусных гепатитов, гепатит С, по причине смертности среди больных с хроническим поражением печени занимает второе место, уступая только хроническому алкоголизму. Например, в США начиная с 2005 года количество смертей, связанных с ВГС, оценивается в 9-10 тысяч ежегодно.

О широте распространения гепатита С свидетельствует и частота выявления антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС) среди населения различных стран мира. Исследования сывороток крови, полученных от «первичных» доноров и беременных женщин выявили, что частота выявления анти-ВГС в странах Западной Европы 0,1-1,6%; в США -0,5-1,5% (в некоторых группах населения достигает 3% и выше); в странах Восточной Европы и Азии 1,5-4%; в странах Африканского континента - 4-10% и выше, так, среди египтян, проживающих в Саудовской Аравии частота их выявления 25%. В качестве общей закономерности выявления анти-ВГС, характерной для всех регионов мира, может быть отмечено постепенное увеличение процента их обнаружения в более старших возрастных группах. Например, среди жителей Северной Италии частота выявления анти-ВГС в возрастной группе - 18-29 лет - 1%, а 50-59 лет - 9,9%.

В Российской Федерации частота выявления анти-ВГС среди «здорового» населения регистрируется неравномерно. Если в Центральном, Северо-западном регионе и Волго-Вятском районе она составляет 0,7-1,2%, то в Восточно-Сибирском и Дальневосточном регионе страны - 1,6-5,6%. Исследования РНК ВГС методом ПЦР сывороток крови, полученных от лиц с наличием анти-ВГС, регистрируют у 2/3 позитивный результат независимо от региона их проживания. Рост заболеваемости острым гепатитом С, высокие показатели хронического гепатита С и высокий процент выявления анти-ВГС среди «здорового» населения и групп повышенного риска инфицирования позволяют утверждать о «скрытой эпидемии» гепатита С.



Заболеваемость острым гепатитом С в России в 1994-2003 гг.

**4. Гепатит С, как медико-социальная проблема**

Гепатит С широко распространен в мире и во многих странах является серьезной медико-социальной проблемой. В Российской Федерации заболеваемость гепатитом С (ГС) весьма высокая, при этом наблюдается рост числа больных с хроническим гепатитом С. Согласно данным ФГУЗ (Федеральный центр гигиены и эпидемиологии) у детей регистрируются постоянно острые и хронические формы ГС. Так, в 1999 г. острый ГС выявлен в 2,51, в 2000 г. - в 2,75, в 2001 г. - в 2,4, в 2005 г. - в 0,78 случая на 100 тыс. детского населения РФ. Хронические гепатиты В и С выявлялись: в 1999 г. - в 2,65, в 2000 г. - в 7,35, в 2001 г. - в 6,92, в 2004 г. - в 5,5 и в 2005 г. - в 4,61 случая на 100 тысяч детей. При этом следует учесть, что 2/3 от числа регистрируемых хронических гепатитов приходится на ХГС.

Чрезвычайно высокие показатели так называемого носительства НС-вируса: в 1999 г. - 10,12, в 2000 г. - 10,96, в 2001 г. - 16,94, в 2003 г. - 30,3 и в 2005 г. - 27,93 случая на 100 тысяч. Есть основания полагать, что т.н. носители HCV являются больными ХГС. Заражаются вирусом ГС при различных парентеральных манипуляциях, оперативных вмешательствах и трансфузиях крови и ее препаратов. Накапливаются данные о нарастающей активности перинатальной передачи вируса ГС, в результате которой формируется контингент детей с ранним, возникающим на первом году жизни ГС. Инфицирование в родах НС-вирусом регистрируется с частотой от 5,7% до 33% (3,4,5). В исследовании О.Н. Ершовой и др. (6) установлено, что у них при частоте перинатальной передачи НС-вируса от матерей с наличием только анти-HCV, равной 5,8%, таковая возрастает до 13% при выявлении у матери в крови и РНК HCV Крайне неблагоприятной считается ситуация, когда у беременной женщины имеется ХГС с коинфекцией ВИЧ: вероятность вертикальной передачи НС-вируса возрастает в 3-4 раза (7). Клинические варианты ГС у детей представлены острыми формами и хроническим гепатитом. По данным НИИ детских инфекций МЗ РФ, в сумме острых гепатитов у детей на ГС приходится 14,3%, на ХГС - 50% всех хронических гепатитов; микст гепатиты с участием НС-вирусной инфекции составляют 35,7%(8). По данным кафедры детских инфекций РГМУ, в этиологической структуре острых вирусных гепатитов у детей доля гепатита С равна 1,5%, в структуре хронических гепатитов на ХГС, как моноинфекцию приходится 40,7%; имеются также хронические микст-гепатиты: В+С (4,7%), С+G (0,5%), В+С+Д (0,5%) (9). Сообщения педиатров, из различных регионов России относительно частоты острого и хронического гепатита С, в целом совпадают с приведенными выше данными. Как и при гепатите В, острые формы ГС, согласно классификации, могут быть атипичными и типичными, т.е. с отсутствием желтухи или наличием таковой. Преобладают атипичные формы. Но, в отличие от гепатита В, тяжелые формы ГС редко наблюдаются, а фульминантные вообще описаны как единичные случаи в мировой и отечественной литературе. Чрезвычайно неблагоприятным моментом является высокая «запрограммированность» ГС на хронизацию. Исследователи во всем мире констатируют 30-80% уровень хронизации остро начавшегося ГС. М. Alter и др. (10) показали, что в США частота хронизации ГС у лиц моложе 20 лет равна 30%, а у лиц старшего возраста таковая составляет 76%. По нашим наблюдениям, у детей остро начавшийся ГС переходит в хроническую форму в 53,4% случаев (9). В итоге ХГС может быть исходом остро-манифестировавшегося ГС или, что происходит чаще, формируется как первично хронический процесс. Что касается детей первого года жизни, то по нашим данным (9), только у 2 (11,8%) детей из 17, наблюдавшихся с перинатальным инфицированием НС-вирусом, развился острый гепатит С, а у остальных 15 (88,2%) был диагностирован первично хронический гепатит С.

В практической работе приходится иметь дело преимущественно с больными ХГС, нежели с острым ГС. Длительное наблюдение в клинике детских инфекций РГМУ за 262 детьми с ХГС позволяет выделить основные синдромы при этой патологии. Ведущим следует считать гепатомегалию. При этом печень не только увеличена в размерах, но у большинства больных имеет плотную консистенцию. Гепатомегалия в 60% случаев сопровождается спленомегалией. В 30% случаев у детей с ХГС проявляется астенический синдром и обнаруживаются внепеченочные знаки, чаще всего в виде телеангиэктазий и капилляритов, пальмарная эритема бывает весьма редко.

При этом воспалительный процесс имеет различную степень активности, преобладают минимальная и низкая степени активности ХГС. Как и у взрослых больных, у детей с ХГС имеется отчетливая тенденция к фиброзированию печени.

Считается, что у взрослых людей цирроз печени в исходе ХГС формируется активнее, чем у детей. Так, частота цирроза печени после посттрансфузионного ХГС у взрослых колеблется от 15 до 27% (13). У молодых лиц - потребителей наркотиков внутривенно цирроз печени при ХГС развивается лишь в 1% случаев (14). У детей частота развития цирроза печени при ХГС оценивается некоторыми авторами в 0,3% (15), хотя другие педиатры приводят более высокие показатели - до 10% (9).

Факторы риска Гепатита С

|  |  |
| --- | --- |
| Непосредственный контакт кровь с кровью | Гепатит С передаётся при непосредственном контакте крови с кровью. Любое действие, при котором возможен контакт с кровью должно производиться с осторожностью. Будьте внимательны и руководствуйтесь здравым смыслом в любой ситуации, связанной с кровью (Вашей или других людей), и Вы защитите себя от гепатита и других болезней, передающихся через кровь. |
| Совместное использование приспособлений для введения наркотиков | Наиболее распространённый способ заражения гепатитом С - совместное использование приспособлений для инъекций уличных наркотиков, гормонов, витаминов, и других веществ, вводимых в организм путём инъекций. Эти приспособления включают иглы, шприцы, контейнеры для смешивания наркотиков, ватные тампоны для фильтрования наркотиков, жгуты и т.п. Вода для промывания этих приспособлений так же может содержать вирус гепатита С. Даже не видимое глазу количество крови способно к передаче вируса. Все эти приспособления должны быть строго индивидуальными. Если Вы когда-либо вводили уличные наркотики или пользовались одним шприцем с другим человеком - **даже если это было всего один раз** - Вам следует пройти тест на гепатит С. |
| Переливание крови до 1992 | До 1992 многие оказались инфицированными при переливании крови или продуктов крови. Если в этот период времени Вы подвергались какой-либо медицинской процедуре с использованием переливания крови или продуктов крови - Вы подверглись риску заражения. В настоящее время вся кровь для переливания считается безопасной. Вероятность заражения при проведении медицинских процедур крайне мала (менее 0.01%). Тем не менее, техника безопасности должна соблюдаться очень строго. |
| Медицинские и стоматологические процедуры в некоторых странах | Иммигранты подвержены риску заражения гепатитом С, если в их странах не соблюдаются стандарты безопасности при работе с кровью. Поговорите со своим врачом, если у Вас есть основания полагать, что Вы подвергались этому риску. |
| Факторы свертываемости крови до 1987 | Людям, получавшим факторы свертываемости крови до 1987 года, следует пройти тест на гепатит С. |
| Гемодиализ | Все пациенты, получающие лечение гемодиализом, должны пройти тест на гепатит С. |
| Дети, родившиеся у женщин, инфицированных ВГС | Вероятность передачи вируса от матери ребёнку очень низка. Современные исследования показывают, что примерно 5% младенцев, рождённых инфицированными матерями, являются носителями вируса. Если ваша мать инфицирована, Вам необходимо пройти тестирование. |
| Заражение половым путём | Заражение гепатитом С половым путём происходит достаточно редко. Для людей, состоящих в долговременных моногамных отношениях, риск заражения от полового партнёра очень невелик. В то же время, в так называемых группах высокого риска, включающих тех, кто практикует незащищённый секс с многочисленными партнёрами или с партнёрами, имеющими венерические заболевания, риск заразиться гепатитом С значительно выше. Большинство государственных агентств не настаивает на рутинном тестировании людей, относящихся к категории высокого риска, или людей имеющих ВГС-заражённых половых партнёров. Тем не менее, если Вас беспокоит возможность заражения половым путём, и Вы хотели бы пройти тестирование, поговорите со своим врачом. |
| Профессиональный риск заражения | Медицинские работники, имеющие по роду работы контакт с кровью, подвержены риску заражения гепатитом С. Им следует пройти тестирование. При этом нужно помнить, что количество случаев заражения медработников очень невелико и составляет примерно 2% от всех заражений в сфере медицинского обслуживания. Наиболее часто инфицирование происходит при случайных уколах иглами, имеющими внутреннюю полость. Если Вы имели такой случайный контакт с инфицированной кровью, тестирование необходимо. |
| Татуаж и пирсинг | Если когда-либо Вы наносили татуировку или делали пирсинг в подозрительных условиях, обязательно пройдите тестирование на гепатит С. Большинство татуажных и пирсинговых салонов соблюдают стандартную технику безопасности, используя только новые иглы и отдельный сосуд для туши для каждого клиента. Если же татуировка или пирсинг проводились в тюрьме или на улице, риск заражения значительно повышается. |
| Иглоукалывание | Иглоукалывание требует тех же мер предосторожности. Для каждого клиента должны использоваться только новые иглы. Специалист, производящий иглоукалывание, должен соблюдать правила безопасности для предотвращения распространения вируса гепатита С. |
| Совместное пользование предметами гигиены | Заражение гепатитом С через совместное использование предметов гигиены происходит редко. Однако, имеется потенциальный риск заражения при совместном использовании зубных щёток, бритвенных лезвий, кусачек и пилочек для ногтей. Если Вы подозреваете, что Вы могли иметь контакт с предметом гигиены, заражённым гепатитом С, на всякий случай пройдите тестирование. |

Экономический ущерб складывается из стоимости услуг врача, среднего и младшего медицинского персонала, стоимости диагностических услуг, ущерба в связи с временной утратой трудоспособности = выплата пособий по временной утрате трудоспособности + потеря стоимости не созданной продукции из-за уменьшения числа дней работы, или ущерба в связи с инвалидностью = выплата пособий по инвалидности + потеря стоимости не созданной продукции из-за уменьшения летработы, илиущерба в связи с летальностью, который определяется величиной потери не созданной продукции из-за уменьшения числа лет работы вследствие смерти.

Реабилитация больных Гепатитом С

Переходя к вопросам организации реабилитации и диспансеризации инфекционных больных, следует еще раз подчеркнуть необходимость раннего начала лечебно-восстановительных мероприятий. Они начинаются еще в стационаре, а заканчиваются, как правило, уже после того, как переболевший приступил к своей обычной повседневной трудовой деятельности. В этой связи очевидно, что реабилитация и диспансеризация не могут организовываться и осуществляться на всем протяжении одним специалистом (только врачом стационара, или только врачом реабилитационного отделения (центра), или только врачом поликлиники). На каждом этапе реабилитации и диспансеризации осуществлять восстановительные мероприятия будут различные врачи-инфекционисты. В этих условиях строгая последовательность и преемственность проводимых лечебно-восстановительных мероприятий может быть обеспечена только за счет единого методологического и методического подхода к реабилитации и диспансеризации. Такой подход предполагает одинаковые представления врачей-инфекционистов разных этапов о сущности, принципах и методах реабилитации и диспансеризации инфекционных больных. В связи с этим важно определить принципиальную схему реабилитации инфекционных больных. Один из вариантов такой схемы предусматривает, что основные этапы и мероприятия реабилитации должны быть приурочены к периодам болезни. Основными этапами являются:

) инфекционное отделение стационара;

) реабилитационное отделение (центр) или санаторий;

) поликлиника по месту жительства (КИЗ) или медсанчасть предприятия.

На первом этапе в остром периоде болезни и в периоде ранней реконвалесценции осуществляются медицинские мероприятия реабилитации. На втором этапе в условиях реабилитационного отделения (центра) или санатория в периоде поздней реконвалесценции к медицинским мероприятиям добавляются также социально-экономические (в том числе специальные профессиональные). Наконец, на третьем этапе (поликлиника, медсанчасть предприятия) в периоде исходов перенесенной инфекции роль медицинского компонента существенно уменьшается, осуществляются в основном мероприятия социально-экономического характера (МСЭК, рациональное трудоустройство и др.). Следует заметить, что второй этап является факультативным и для большинства инфекционных больных основными этапами могут быть стационар и поликлиника. В некоторых случаях, когда инфекционные больные не госпитализируются, основным и единственным этапом может стать амбулаторно-поликлинический. В этой связи понятно, что ведущую роль в организации реабилитационных и диспансерных мероприятий будут играть инфекционисты кабинетов инфекционных заболеваний (КИЗ). Существование в нашей стране системы КИЗов создает благоприятные предпосылки для реализации основных положений реабилитации и диспансеризации инфекционных больных. Однако инфекционисты КИЗ должны взять на себя реабилитацию и диспансеризацию не всех инфекционных больных (что практически невозможно), а лишь тех, помощь которым требует специальных знаний, специфических методов обследования и лечения. Но одновременно инфекционисты КИЗ обязаны организовать осуществление реабилитационных и диспансерных мероприятий для всех инфекционных больных на амбулаторно-поликлиническом этапе. Даже если эти мероприятия проводит участковый терапевт (например, при ангине, ОРЗ и др.), они должны быть согласованы с инфекционистом КИЗ и проводиться по специально разработанным и научно обоснованным схемам. В этой связи возрастает роль КИЗ как организационно-методических центров. Новые возможности у инфекционистов КИЗ могут появиться в связи с проведением в стране политики на дальнейшее развитие специализированных служб, создание отделений профилактики и восстановительного лечения в поликлиниках. В сложных случаях, когда инфекционист КИЗ затрудняется в определении точного диагноза и составления адекватных программ и плана реабилитации переболевшего, он может направлять реконвалесцентов на консультацию в специализированный стационар или центр.

Роль врача в гигиеническом обучении и воспитании при Гепатите С

Врачи должны проводить занятия с пациентами и знакомить их со следующими темами:

1. с анатомическим строением органов при поражении вирусом для понимания того, что происходит с печенью при гепатите С

2. с современными лекарственными препаратами и методами лечения гепатита С

. с мероприятиями, которые нужно провести на работе и дома, чтобы максимально в короткие сроки пойти на выздоровление

. с методами контроля температуры, и своевременное проведение дезинтоксикационной терапии.

. с правильным применением препаратов, если такие имеются.

. со способами регулирования дозы лекарственного препарата.

**5. Оценка качества медицинской помощи, оказываемой в кабинете инфекционных заболеваний**

Структурный подход

. Помещение

Кабинет инфекционных заболеваний городской поликлиники для взрослых располагается на 3 этаже. осмотр пациента проходит в случае если кабинет освещается лампами дневного света для выявления экзантем, желтушной окраски кожи и слизистых оболочек. В имеются судна для осмотра мочи, испражнений, необходимые принадлежности для осмотра пациента (шпатели, термометры, тонометр и др.) и забора материала. После осмотра каждого инфекционного больного медицинская сестра обрабатывает кушетку и стул дезраствором, а его выделения засыпает хлорной известью в соотношении 1: 5 на один час и только потом выливает их в канализацию. Воздух в КИЗ медсестра регулярно дезинфицирует с помощью бактерицидной лампы. Для оказания медицинской помощи в КИЗ должны иметься наборы медикаментозных средств, необходимых для оказания помощи пациентам при развитии инфекционно-токсического шока, энцефалопатии, дегидратационного синдрома и прочих осложнений. В кабинете инфекционных заболеваний городской поликлиники для взрослых имеется 1 стол, для врача, 2 стула, 1 умывальник.

. Материально-техническое обеспечение

Кабинет обеспечен в достаточном количестве стандартными лекарственными средствами (антимикробные средства, противоаллергические средства, «противошоковая аптечка», аптечка «Анти-СПИД», кристаллоидные и коллоидные растворы, витамины, средства для лечения сопутствующей патологии. В достаточном количестве кабинет обеспечивается расходным материалом - одноразовыми шприцами, системами для капельниц, катетерами для периферических вен, перчатками и т.п.

Таким образом, материально-техническое обеспечение кабинета находиться на должном уровне, однако необходимо увеличение финансирования на лекарства для закупки качественных дорогостоящих препаратов.

. Кадровый состав

В кабинете работает 1 врач высшей категорией, 1 медицинская сестра. Врачи и средний медицинский персонал постоянно проходят курсы повышения квалификации. Также врачи обучаются в тематических школах, получают дополнительные сертификаты при освоении новых навыков.

Укомплектованность штатными единицами пульмонологического отделения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Согласно штатному расписанию** | **Всего штатных единиц** | **Из них занято ставок** | **Количество физ. лиц, занимающих ставки** | **Вакансий** |
| Врачебных должностей | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Среднего медперсонала | 1 | 1 | 1 | 0 |

Укомплектованность врачами составляет 100% - (число занятых врачебных должностей/ число штатных должностей)\*100

Коэффициент совместительства у врачей составляет 1. - число занятых врачебных должностей / число врачей

Укомплектованность медицинскими сестрами также составляет 100%, коэффициент совместительства 1.

Таким образом, кабинет полностью укомплектован врачами и средним медицинским персоналом.

Процессуальный подход

. Выполнение плана проведения периодических медицинских осмотров работающих 80%

Осмотрено лиц по контингентам \* 100%

Подлежало осмотру

. Полнота охвата больных диспансерным наблюдением 85%

Состоит под ДН на конец отчетного года\*100

Зарегистрировано больных с данным заболеванием

. Своевременность взятия больных под ДН 70%

Число больных взятых под ДН впервые в жизни установленным диагнозом\*100

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом

. Число диспансерных больных не наблюдавшихся в течении года 50%

Не наблюд. в течении года\*100

Состояло под диспансерным наблюдением на начало года

. Частота совпадения поликлинических и клинических диагнозов 85%

Число поликлинических диагнозов совпадающих с клиническими\*100

Общее число клинических диагнозов

ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ

. Показатель первичной инвалидности трудоспособного населения:

(Число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в отчетном году / общая численность лиц трудоспособного возраста) х 10000 (1000).

. Показатель первичной инвалидности детского населения:

(Число детей до 18 лет, впервые признанных инвалидами в отчетном году / общее число детей до 18 лет) х 10 000 (1000).

. Показатель структуры первичной инвалидности по заболеваниям (возрасту, социальной принадлежности):

(Число лиц, впервые признанных инвалидами от отдельных заболеваний в отчетном году / общее число лиц, впервые признанных инвалидами в отчетном году) х 100%.

. Показатель структуры первичной инвалидности по группам инвалидности:

(Число лиц, впервые признанных инвалидами 1-й (2-й, 3-й) группы в отчетном году / число лиц, впервые признанных инвалидами в отчетном году) х 100%.

. Показатель общей инвалидности трудоспособного населения (распространенность инвалидности):

(Число инвалидов трудоспособного возраста / среднегодовая численность трудоспособного населения) х 10000 (1000).

. Показатель общей инвалидности детского населения (распространенность детской инвалидности):

(Число детей-инвалидов до 18 лет / среднегодовая численность детского населения до 18 лет) х 10000 (1000).

. Удельный вес лиц, впервые признанных инвалидами:

(Число лиц, впервые признанных инвалидами в отчетном году / общее число инвалидов на начало отчетного года) х 100%.

Результативные показатели

показатели смертности

1. Показатель смертности данной возрастной группы населения (повозрастная смертность):

(Число умерших в данном возрасте за год / среднегодовая численность лиц данного возраста) х 1000.

2. Показатель смертности данной возрастно-половой группы населения:

(Число лиц данного пола, умерших в данном возрасте за год / среднегодовая численность лиц данного возраста и пола) х 1000.

3. Показатель смертности от данного заболевания:

(Число умерших от данного заболевания за год / среднегодовая численность населения) х 1000.

4. Показатель структуры причин смерти:

(Число умерших от данной причины за год / общее число умерших за год) х 100%.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ВРАЧЕБНОЙ ДИАГНОСТИКИ

. Частота расхождения диагнозов поликлиники и стационара:

(Число случаев расхождения диагнозов поликлиники и стационара / число больных, направленных на госпитализацию) х 100%,

. Частота направления на госпитализацию больных без диагноза:

(Число больных, направленных на госпитализацию без диагноза (или с симптомом) заболевания / число больных, направленных на госпитализацию) х 100.

**Список литературы**

инфекционный заболевание гепатит реабилитация

1. «Общественное здоровье и здравоохранение» под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, М.: «МЕДпресс-информ», 2003 г.

2. ФЕДЕРАЛЬНАЯ ЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА «Концепция развития пульмонологической службы России на 2002-2007», автор Директор НИИ Пульмонологии МЗ РФ, Председатель секции пульмонологии №11 Ученого Совета Минздрава России, главный пульмонолог России, академик РАМН, профессор А.Г. Чучалин.

3. В.А. Медик, В.К. Юрьев Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению, часть I - М.: Медицина, 2003

4. В.А. Медик, В.К. Юрьев Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению, часть II - М.: Медицина, 2003

. В.А. Медик, В.К. Юрьев Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению, часть III - М.: Медицина, 2003

. Гепатит С для чайников Living with Hepatitis C for Dummies Автор: Нина Л. Пол Переводчик Елена Черненко Издательство: Диалектика, Вильямс

. Вирусные гепатиты. Клиника, диагностика, лечение Автор: Ю.В. Лобзин, К.В. Жданов, В.М. Волжанин, Д.А. Гусев

. Майер К.-П. - Гепатит и последствия гепатита