

8. Косарев В.В. Экологически зависимая патология, связанная с антропогенным загрязнением территорий / В.В. Косарев С.А. Бабанов // Новости медицины и фармации. 2010. – №6(357). – С.12-16.
9. Антипов В.Н. Кровоснабжение проводящей системы при сложных врожденных пороках сердца / В.Н. Антипов, Г.С. Кирьянулов, Н.В. Антипов // Таврический медико-биологический вестник. 2008. – Т.11, – №11. – С. 59-61.
10. Шутка Б.В. Стан міоендокринних клітин серця в нормі і при патології / Б.В. Шутка, О.Я. Жураківська // Галицький лікарський вісник. 2003. – №3. – С.140-145.
11. Brand R.R. Atrial natriuretic peptide in heart failure / R.R. Brand, N.M. Redfield // J. American Cell. Cardiology. 2006. – Vol.22. – P.86-92.

### **ДЕЙСТВИЕ ХЛОРИДА КАДМИЯ НА СЕКРЕТОРНУЮ АКТИВНОСТЬ МИОЭНДОКРИННЫХ КЛЕТОК ПРЕДСЕРДИЙ**

Гнатюк М.С., Кондратюк В.А., Лотоцкая Е.В.,  
Ясиновский О.Б., Татарчук Л.В., Крицкая Г.А., Флекей Н.В.

*Целью настоящей работы было изучение изменений секреторной активности миоэндокринных клеток предсердий под влиянием хлорида кадмия. Использованы гистологические, электронномикроскопические и морфометрические методы исследования. Выявлено, что действие на организм свиней вьетнамской породы кадмия хлорида приводит к выраженному изменению секреторной активности миоэндокринных клеток сердца, которая характеризовалась уменьшением количества секреторных гранул, снижением процента молодых, зрелых и увеличением числа диффундирующих секреторных гранул. Выявленные процессы доминировали в левом предсердии и свидетельствовали о нарушении синтеза натрийуретического гормона и неполноценности структурного гомеостаза. (Вестн.гиг.эпид. - 201 . Т. . № . – С.)*

### **INFLUENCE OF CADMIUM CHLORIDE ON SECRETORY ACTIVITY MYOENDOCRINE CELLS OF ATRIA**

M.S. Hnatjuk, V.A. Kondratjuk, O.V. Lototska, O.B. Jasinovsky,  
L.V. Tatarchuk, G.A. Krytska, W.W. Lototsky, N.V. Flekey

*Aim of this article was studding secretory activity of myoengocrine cells of the heart in lesions under cadmium chloride. Used histological, ultrastructural, morphometrical methods. Established decreasing secretory activity myoengocrine cells of the heart pigs Vietnam breed under the influences of cadminum chloride on organism. Founded decreasing quantity secretory structures, percent young, ripe, increased diffundating granules. This changes dominated in the left atrium and testified about worse secretory activity myoengocrine cells, breaking synthesis natriuretic hormone, inferiority structural homeostasis. (Vestn. Hig. Epid. - 201. Vol., P.)*

УДК 614.88+616.9-036.22

## **ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ТИМЧАСОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ СТАЦІОНАРІВ ПІД ЧАС НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

Яцина Г.С., Попов О.І.  
Харківська медична академія післядипломної освіти

Під час великих епідемічних спалахів, що можуть виникнути у результаті надзвичайних ситуацій, постає необхідність у стис-

лі терміни госпіталізувати велику кількість інфекційних хворих. При цьому, в силу особливостей епідемічного й інфекційного про-

цесів, кількість хворих, особливо в перші дні, зростає, що потребує значного збільшення ліжкового фонду [6].

**Мета.** У таких випадках число наявних у будь-якому населеному пункті штатних інфекційних ліжок виявиться недостатнім, тому в планах протиепідемічного забезпечення передбачається перепрофілізація соматичних стаціонарів в інфекційні й розгортання тимчасових інфекційних стаціонарів.

**Матеріали та методи дослідження.** Збільшення ліжкового фонду проводиться за рахунок:

1. Потужності ліжкового фонду інфекційних лікарень з використанням вільних та підсобних приміщень, а також розгортання ліжок у додатково виділених приміщеннях. Ці приміщення повинні відповідати таким вимогам:

- розташовуватися близько до основних будівель лікарні;
- забезпечувати можливість ізоляції від навколишнього середовища;
- мати декілька входів та виходів (з метою забезпечення системи пропускання);
- мати достатню кількість кімнат, що дозволить створити умови для групової та індивідуальної ізоляції хворих.

2. Перепрофілізація соматичних стаціонарів у інфекційні. Ці заходи складні в організаційному плані і вимагають додаткового фінансування. Тому необхідно завчасно зробити розрахунок максимально необхідної кількості ліжок, яке може знадобитися у разі ускладнення епідемічної ситуації, та закласити ці розрахунки у відповідні плани територіальної служби медицини катастроф.

У лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) повинні бути складені плани, що чітко регламентують усі етапи перепрофілізації лікарні [7]. У планах потрібно передбачити такі головні питання, як:

- додаткова комплектація лікарні спеціалістами;
- організація додаткового фінансування лікарні;
- забезпечення необхідним медичним та господарським майном з максимальним використанням місцевих ресурсів та резервів;
- організація системи перепусток;

- виділення інфекційних та не інфекційних блоків;
- організація прийому, медичного сортування та госпіталізації хворих;
- організація дезінфекції транспорту й речей хворих, проведення поточної та заключної дезінфекції;
- забезпечення персоналу захисним одягом та організація його знезаражування;
- проведення екстреної та специфічної профілактики персоналу лікарні;
- порядок організації матеріального забезпечення лікарні;
- організація охорони лікарні;
- складання плану лікарні для кожного поверху (з позначенням розміщення усіх функціональних підрозділів).

Особливу увагу при перепрофілізації соматичних стаціонарів в інфекційні потрібно приділити організації повітряних потоків - „напір” повітря повинен бути направлений в сторону „брудної частини” стаціонару.

У разі розгортання лікарні у додатково виділених приміщеннях необхідно передбачити їх попередню підготовку, а саме:

- видалення із приміщень непотрібного майна й меблів;
- старанне проведення вологого прибирання та профілактичної дезінфекції;
- вжити рішучі заходів захисту приміщень від гризунів та комах;
- герметизувати вікна та двері;
- виділити ємності для збору й дезінфекції рідких відходів;
- обладнати майданчик й встановити контейнери для збору харчових відходів й „сухого сміття”;
- встановити КПП й СКП.

3. Розгортання тимчасових інфекційних стаціонарів. Розгортати тимчасові інфекційні стаціонари (ТІС) та обсерватори краще у громадських або адміністративних будівлях. ТІС та обсерватори приписуються до того ЛПЗ, який буде розгортати та забезпечувати їх роботу. Відповідальність за підготовку приміщень і розгортання ТІС та обсерваторів покладається на головного лікаря ЛПЗ і керівника установи, чия будівля використовується для розгортання. До ТІС та обсерваторів необхідно передбачити приписку медичного та господарського персоналу. ТІС

розгортається та функціонує як інфекційна лікарня.

4. Використання пересувних (мобільних) інфекційних стаціонарів. У разі виникнення великих інфекційних вогнищ доцільно на основі ПС або потужних лікарень розгорнути спеціалізований стаціонар або відділення, які будуть виконувати сортувально-евакуаційні функції. Їх потрібно оснастити обладнанням для проведення експрес-досліджень й укомплектувати найбільш кваліфікованими та підготовленими спеціалістами. У всіх стаціонарах необхідно передбачити розгортання дитячих відділень (палат).

Для лікування мікстів (інфекція + поранення або опік, інфекція + соматичне захворювання) необхідно передбачити розгортання спеціалізованих відділень, які необхідно забезпечити відповідним майном та підготовленим медичним персоналом.

Обсервація передбачає ізоляцію та медичне спостереження за особами, які від'їжджають за межі карантинної зони на термін максимального інкубаційного періоду певної хвороби. В обсерватор розміщують тільки здорових людей. Заповнення обсерватора проводиться одночасно. Розташовуються обсервовані особи, якщо можливо, невеликими групами й вживаються заходи щодо виключення спілкування між ними. У разі виявлення хворого його переводять до стаціонару, а осіб, які контактували з ним, до ізолятора. Термін обсервації відновлюється з моменту переводу хворого та проведення заключної дезінфекції.

У приміщенні обсерватора повинна бути приймальня, палати для осіб, що обсервуються, кімната для медичного та обслуговуючого персоналу, кімнати для взяття біологічного матеріалу для аналізів, зберігання особистих речей осіб, що обсервуються, санітарний пропускник, допоміжні (підсобні) приміщення.

Особи, які пройшли обсервацію, отримують довідки встановленого зразка та вивозяться за межі вогнища за умов, що виключають контакт із місцевим населенням. Повторне заповнення обсерватора можливе тільки після ретельного прибирання та заключної дезінфекції. Медичний та обслуговуючий персонал обсерватора знаходиться під постійним медичним наглядом. Обсерва-

тор, як і інфекційні лікарні, забезпечується цілодобовою охороною.

Усі інфекційні стаціонари незалежно від їх місткості та приміщень, у яких вони розташовані, повинні бути принципово однотипними і розгортатися з урахуванням вимог протиепідемічного режиму (таблиця) [1,8].

Інфекційний стаціонар повинен складатися з двох частин:

- зони суворого протиепідемічного режиму (заразної, інфекційної, контагіозної частини);
- зони обмежень (чистої частини).

У зоні суворого протиепідемічного режиму розміщуються:

- приймально-діагностичне відділення із сортувальним майданчиком та КПП;
- майданчик дезінфекції транспорту;
- обмивально-дезінфекційне відділення;
- приймальня з санітарним пропускником для хворих зі встановленим діагнозом;
- приймальня з санітарним пропускником та ізолятором для хворих з підозрою на певну інфекційну хворобу;
- санпропускник для персоналу;
- стаціонар для хворих зі встановленим діагнозом;
- провізорне відділення (лікувально-діагностичне);
- рентгенівський кабінет;
- лабораторія (клінічна та бактеріологічна);
- морг з прозекторською.

У зоні обмежень розміщуються адміністративні та господарські служби, аптека, кухня, їдальня та гуртожиток для персоналу, пральня, «чиста» половина санітарного пропускника для персоналу.

На межі двох зон створюються передавальні пункти або спеціальні шлюзи з системою блокування дверей для запобігання їх одночасного відкриття з обох боків. Через шлюз передаються харчі, медичне та інше майно.

Для забезпечення лікарні всіма видами медико-санітарного майна, продуктами харчування та водою, на зовнішній межі обмеження обладнується КПП з перевантажувальним майданчиком.

З моменту надходження хворих організовується зовнішня охорона території лікарні.

Транспорт, що доставляє хворих, дезінфікується на майданчику знезараження транспорту [3].

Насамперед в інфекційному стаціонарі розгортаються приймально-діагностичне відділення, палати для хворих, лабораторії та аптека – потім допоміжні та господарські підрозділи.

У приймально-діагностичному відділенні проводять сортування хворих, надають (якщо необхідно) екстрену медичну допомогу, беруть від хворого матеріал для бактеріологічного (вірусологічного) дослідження, проводять санітарну обробку, переодягають хворого, готують його речі до відправки у дезінфекційну камеру, призначають специфічне лікування та заповнюють первинну медичну документацію.

У палатах лікувального та провізорного відділень створюються умови для забезпечення хворих предметами індивідуального користування, а також для проведення поточної дезінфекції. У провізорному відділенні хворих розміщують, за можливістю, індивідуально - відповідно до термінів госпіталізації, клінічних форм та важкості захворювання. У разі підтвердження у хворого попереднього діагнозу його переводять до відповідного відділення стаціонару.

Їжу для хворих доставляють у посуді кухні через передавальний шлюз (пункт), де її пересипають у посуд буфетного відділення. У буфетній їжі розкладають у посуд для індивідуального використання і розносять по палатах. Посуд знезаражують шляхом кип'ятіння, залишки їжі заливають дезінфікуючими розчинами, залежно від характеру інфекції [2,4,5].

Перед початком роботи медичний персонал у «чистій» половині санітарного пропускника переодягається у захисний одяг, тип якого залежить від характеру інфекції та виконуваної роботи. Після закінчення роботи у зоні суворого протиепідемічного режиму медичний персонал у «брудній» частині санітарного пропускника знімає захисний одяг, який дезінфікується, потім проходить сані-

тарну обробку і в «чистій» половині надягає свій одяг.

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

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

- працювати натще;
- працювати без захисного одягу;
- вживати їжу, пити воду й палити;
- користуватися загальним туалетом;
- виносити з відділення будь-які речі без дезінфекції;
- виходити з приміщень на територію та у господарські служби у захисному одязі;
- передавати хворим продукти харчування та інші предмети від відвідувачів.

Залежно від характеру інфекції персонал може бути переведений на казармений стан.

Розтин трупів, спричинених вірусами першої групи патогенності, проводять у спеціальному приміщенні, розташованому на території лікарні, захищеному від мух й інших комах та гризунів, забезпеченому достатньою кількістю дезінфікуючих засобів та ємкостей для розчинів. Категорично забороняється зливання у каналізацію попередньо не знезаражених рідин у процесі розтину трупів. Перевозити трупи необхідно у металевих або щільно закритих дерев'яних домовинах, оббитих усередині клейонкою. Труп, покладений у домовину, засипають зверху хлорним вапном і щільно закривають кришкою. Як виняток, поховання можливе без труни, але необхідно загорнути його у простирадло, просочене дезінфекційним розчином.

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

## Висновки

1. Виписування з лікарні реконвалесцентів проводиться тільки після повного клінічного видужання, закінчення термінів ізоляції та припинення виділення бактерій. Під час ви-

писування хворі проходять повну санітарну обробку і отримують продезінфікований одяг та особисті речі.

2. Після виписування усіх хворих, персонал проходить обсервацію з повною санітарною обробкою, а у стаціонарі проводиться заключна дезінфекція усіх приміщень, м'якого інвентарю, госпітальної білизни й захисного одягу.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Андрейчин М.А. Епідеміологія: Підручник. / М.А. Андрейчин, В.С. Копча. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 382 с.
2. Божко В.Г. Організація медичного забезпечення населення України при природних і техногенних катастрофах. / В.Г. Божко, В.О. Волошин, П.Б. Волянський. – К.: „Медкол”, 1998. – 149 с.
3. Зубицький А.Ю. Медицина катастроф. / А.Ю. Зубицький, І.О. Семенов, Л.П. Чепкий. – К.: „Курс”, 1999. – 383 с.
4. Кочін І.В. Наукові основи епідеміології катастроф: Навчальний посібник. / І.В. Кочін, Г.О. Черняков, П.І. Сидоренко. – Запоріжжя: Поліграф, 2004. – Т.1. – 284 с.
5. Медицина транспортних катастроф / За ред. А.О. Лобенка., П.М. Чусьва. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2000. – 192 с.
6. Онищенко Г.Г. Санитарно-гигиеническое обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях. Руководство. / Г.Г. Онищенко, А.А. Шапошников, С.Ф. Гончаров. – М.: ВЦМК «Защита», 1999. – 226 с.
7. Черняков Г.О. Землетрусы. Характеристика, лікувально-евакуаційне забезпечення. / Г.О. Черняков, І.В. Кочін, П.І. Сидоренко. – Кіровоград: Центрально-Українське видавництво. 2004. – 315 с.
8. Шапошников А.А. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях на современном этапе. / А.А. Шапошников, А.Ф. Карниз. – М.: ВУНМЦ, 1999. – 236 с.

#### **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРЕМЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ СТАЦИОНАРОВ ВО ВРЕМЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

*Яцина Г.С., Попов О.И.*

*Во время больших эпидемических вспышек, которые могут возникнуть в результате чрезвычайных ситуаций, появляется необходимость госпитализировать большое количество инфекционных больных в сжатые сроки. При этом в силу особенностей эпидемического и инфекционного процессов, количество больных, особенно в первые дни, растет, что требует значительного увеличения коечного фонда. В таких случаях, число имеющихся в любом населенном пункте штатных инфекционных кроватей окажется недостаточным. Поэтому в планах противоэпидемического обеспечения предусматривается перепрофилизация соматических стационаров в инфекционные и развертывание временных инфекционных стационаров.*

#### **ORGANIZATION OF THE WORK OF TEMPORARY INFECTIOUS HOSPITALS DURING THE EMERGENCY SITUATIONS**

*G.S. Yatsina, O.I. Popov*

*During large epidemic outbreaks that may occur as a result of emergencies, there is a need to hospitalize a large number of infectious patients in a short time. However due to the peculiarities of the epidemic and infectious processes, the number of patients, especially in the early days, are growing, which requires a significant increase of hospital beds. In such cases, the number of available in any settlement of staff infectious beds will be insufficient. Therefore the plans of anti-epidemic security provide redeployment of somatic hospitals into infectious and deployment of time infectious hospitals.*