

**Министерство здравоохранения
Управление по уходу за больными
Отдел выдачи дипломов**

**Пособие для углубления знаний
дипломированной медсестры в
Израиле**

Ноябрь 2007 г.

Предисловие

От израильской медсестры требуется универсальное профессиональное образование, а также дополнительные знания, связанные с её работой в качестве дипломированной медсестры в Израиле.

Это пособие состоит из трех частей:

Структура системы здравоохранения в Израиле

Закон и судопроизводство

Уход за больным в экстренных ситуациях

Желаем успехов,

Отдел выдачи дипломов

Управление по делам медсестер

Содержание

Тема	страница
1. Система здравоохранения в Израиле	5-12
2. Закон и судопроизводство в Израиле:	
* Постановления о народном здравоохранении	14
* Закон о правах больного, от 1996 г.	15-18
* Указ о врачах (новая версия) от 1976 г. пункт 59	19
* Постановления о врачах (пригодность к проведению неординарных процедур) от 2001 г.	19-21
* Постановление об уходе за душевнобольными, от 1992 г.	22-24
* Постановление о хранении опасных наркотиков в больницах, от 1999 г.	25-26
* Постановление о народном здравоохранении (сообщение о подозрении в насилии), от 1975 г.	27-28
3. Оказание помощи в экстренной ситуации:	
* Оказание помощи пострадавшему с мульти-системными поражениями опасными для жизни, согласно принципам А.Т.Л.С.	30-40
* Оценка состояния и оказание помощи при душевной травме в результате ранения или травматического события	41-43
* Ознакомление с системой здравоохранения в экстренных ситуациях.	44
* Происшествия в военное время	45-52
* Происшествия в мирное время	53-60

Циркуляры управления по делам медсестер и профессиональные указания – прилагаются как брошюра.

Циркуляр номер 44 – определение уровня боли

Циркуляр номер 53 – ведение медикаментозного лечения

Циркуляр номер 55 - выявление больных, нуждающихся в помощи в передвижении.

Циркуляр номер 56 - подпись медсестры и подпись акушерки.

Циркуляр номер 61 - замена или возврат гастростомической трубки

Циркуляр номер 66 - предотвращение и лечение пролежней.

Циркуляр управления медицины номер 69\2002 – правила работы банка крови, разделы 7 – 8.

Система здравоохранения в Израиле

Система здравоохранения в Израиле

Историческая сводка о системе здравоохранения

Система здравоохранения в государстве Израиль основывается на общественной медицине, с конца 19-го века и до сегодняшнего дня.

До 20-го века медицинские услуги предоставлялись в центрах помощи, как правило, церквями. Сегодня все еще существуют больницы, созданные в те времена, например, больница «Хадаса». Этой больницей руководило объединение женщин «Хадаса» которое и было инициатором создания больницы и сети клиник, ставшей основой клиник матери и ребенка в Израиле.

Начиная с двадцатых годов прошлого века, система основывается на больничных кассах. Кассы предоставляли медицинские услуги и медицинское страхование и принимали сотни тысяч новых репатриантов до, и после создания государства. В 1920 году была создана больничная касса «Клалит», принадлежащая общему профсоюзу работников в Израиле. Касса открыла сеть поликлиник по всей стране. В тридцатые годы были созданы дополнительные больничные кассы. С этого времени начали открываться больничные кассы, созданные различными организациями: профсоюзом, правительством, а также частными структурами.

Медицинское страхование в больничных кассах было урегулировано на основе взаимопомощи, то есть, помощи того, у кого есть, тому, у которого нет. Поэтому каждый платил по мере своих возможностей и получал услуги в меру необходимости. До конца 70-ых годов большинство услуг предоставлялось больничной кассой «Клалит», принадлежащей общему профсоюзу, основная часть доходов которой поступала из общественных источников: прямое финансирование от правительства, налог, который платили работодатели, и членские взносы, которые платили застрахованные.

Система здравоохранения была урегулирована одновременно с созданием государства Израиль и его государственных структур. Система здравоохранения в Израиле состоит из большого количества организаций, главной целью которых является улучшение здоровья населения страны.

Система состоит из четырех категорий организаций и структур:

- * Министерство здравоохранения
- * Больничные кассы
- * Общественные организации, например, больницы «Хадаса», «Шаарей Цедек», «Маген Давид Адом», общество по борьбе с раковыми заболеваниями.
- * Частные структуры, например, частные больницы, зубоорачебные клиники.

Министерство здравоохранения несет ответственность на государственном уровне за обеспечение здравоохранения жителей страны. Министерство здравоохранения устанавливает политику в области здравоохранения, приоритеты, и принципы функционирования системы здравоохранения. Министерство здравоохранения ответственно за надзор, проверку, выдачу лицензий, законодательство, установление стандартов, исследования, подготовку кадров, планирование кадров, организацию работы в экстренных ситуациях и политику инвестиций.

У министерства здравоохранения в Израиле еще две важные обязанности:

1. Предоставление услуг – министерство здравоохранения использует около трети больничных коек в стране, и оказывает основные услуги по здравоохранению общества, направленные на профилактику, осуществляемые через посредство пунктов здоровья семьи («Типат Халав»).

2. Министерство здравоохранения является страховщиком – согласно закону о государственном здравоохранении, министерство здравоохранения ответственно за предоставление и финансирование услуг по госпитализации, услуг профилактической медицины, службы душевного здоровья, приборов для реабилитации и передвижения для инвалидов.

Система здравоохранения в Израиле добилась многих достижений:

- * Возможность получения медицинских услуг по всей стране.
- * Обширная корзина услуг, доступная каждому.
- * Высокий процент населения, получающий необходимые прививки.
- * Современный и высокий уровень знаний и медицинских услуг.

Эти достижения проявляются следующим образом:

- * Высокий уровень здоровья среди населения.
- * Низкий уровень смертности среди новорожденных.
- * Высокая продолжительность жизни по сравнению с западными странами.

Наряду с достижениями, система здравоохранения в Израиле сталкивается с множеством трудностей: отсутствие необходимых инфраструктур, глубокие различия между группами населения, высокая стоимость услуг для гражданина страны, нуждающегося в таких услугах.

Кризис в системе здравоохранения

Система борется с затяжным кризисом, в основном, в связи с тем, что потребности растут быстрее, чем возможности правительства их удовлетворить

Мы находимся в противоречивой ситуации – с одной стороны, возможности системы здравоохранения поставить диагноз и предоставить лечение растут, а с другой, возможности финансировать такие услуги для всего населения становятся все более и более ограниченными.

Система здравоохранения в Израиле крайне сложна. Эта сложность связана с постоянной необходимостью соблюдать равновесие между желанием предоставить самое лучшее лечение пациенту и бюджетными ограничениями, между факторами эффективности и фактором всеобщей солидарности, между конкурентной системой и участием правительства. Министерство здравоохранения старается продвинуть законодательство, чтобы создать равновесие между этими факторами, посредством закона о государственном страховании здоровья.

Комиссия Нетанияу – государственная следственная комиссия для проверки функционирования и эффективности системы здравоохранения.

В июне 1988 года правительство решило создать государственную следственную комиссию для проверки функционирования и эффективности системы здравоохранения в Израиле.

Назначение комиссии стало следствием глубокого кризиса в системе здравоохранения, который произошел в результате резкого повышения цен в связи со следующими факторами: прогресс медицины и технологии, стареющее население страны, увеличение продолжительности жизни и требований населения к системе здравоохранения. Комиссия Нетанияу не была первой комиссией проверяющей различные аспекты системы здравоохранения. Большая часть рекомендаций по изменениям в системе была известна уже длительное время.

Основная уникальность этой комиссии заключалась в глобальном подходе и в интегративном взгляде на всю систему здравоохранения, со всеми её сложностями.

Кризис системы выражался в забастовках и конфликтах, в рабочих отношениях среди предоставляющих услуги, в тяжелых долгах больниц и больничных касс и в длительных очередях на проверки и лечение, а также в растущем недовольстве населения.

На пост председателя комиссии была назначена судья верховного суда Шошана Нетанияу. Работа комиссии отличалась от работы подобных ей государственных следственных комиссий в том, что она проверяла правила системы как с финансовой точки зрения, так и с общественной.

Комиссия работала свыше двух лет и установила, что система здравоохранения не соответствует изменившимся со временем требованиям. Также комиссия подала три основных рекомендации:

- * Принятие закона о государственном медицинском страховании.
- * Превращение больниц, принадлежащих правительству и больничным кассам в корпорации.
- * Превращение министерства здравоохранения в государственную структуру, диктующую политику и стандарты, следящую за их исполнением, и параллельно прекращение существования его в качестве структуры, предоставляющей медицинские услуги.

Три основные рекомендации комиссии были приняты правительством, но их реализация столкнулась со множеством трудностей, часть которых была связана с боязнью перемен, а часть - с изменениями в политических кругах.

Закон о государственном медицинском страховании

Принятие государственного закона о медицинском страховании являлось одной из рекомендаций комиссии Нетанияу.

Основной целью закона было урегулирование стабильных правил финансирования системы здравоохранения посредством узаконенного механизма по надзору за источниками финансирования, который смог бы соответствовать демографическим, технологическим и иным изменениям в системе.

К началу 80-ых годов отрасль медицинского страхования стала все более и более конкурентной. Доля больничной кассы «Клалит» уменьшалась, а доля мелких больничных касс возрастала. В 1984 году больничная касса «Клалит» страховала свыше 80% населения, а в 1994 – всего лишь 65% населения. Мелкие больничные кассы обуславливали принятие новых членов возрастом и уровнем доходов застрахованного лица. Это условие вызвало затяжные финансовые кризисы в больничной кассе «Клалит», так как средний возраст её членов был выше, а средний уровень их доходов – ниже.

Селективная конкуренция в области медицинского страхования в Израиле привела к нестабильности и тяжелым дефицитам в больничной кассе «Клалит», начиная со второй половины 80-ых годов. На фоне затяжного кризиса изменения в системе медицинского страхования в Израиле превратились в проблему, требующую срочного решения.

В июне 1994 года в Кнессете был принят закон о государственном медицинском страховании, который вступил в силу в январе 1995 г. Первый пункт закона гласит: «медицинское страхование будет основано на принципах справедливости, равноправия и взаимопомощи». На этих принципах основаны все пункты закона.

Согласно закону все жители страны обязаны быть застрахованы, всем жителям страны полагается установленная корзина услуг. Закон принял принцип полной свободы выбора больничной кассы для застрахованного лица, изменил систему взимания платежей и общественных источников дотаций, а также установил, что на государстве лежит ответственность за финансирование корзины услуг, полагающейся всем жителям страны.

Права застрахованного в соответствии с законом о государственном медицинском страховании (закон о государственном медицинском страховании от 1994 г.).

- Каждый житель государства Израиль вправе получить медицинские услуги.
- Каждый житель страны вправе записаться в одну больничную кассу, по выбору, без условий и ограничений, касающихся его возраста или состояния здоровья.
- Каждый житель страны вправе получить от больничной кассы, членом которой он является, все услуги, включенные в корзину медицинских услуг, в соответствии с указаниями врача. Услуги должны быть приемлемого качества, предоставлены в течение приемлемого времени и на приемлемом расстоянии от его местожительства.
- Каждый застрахованный вправе получить медицинские услуги, не нарушающие его достоинства, частной жизни и медицинской конфиденциальности.
- Каждый житель страны вправе переходить из одной кассы в другую.

- Каждый застрахованный вправе выбрать предоставляющего услуги, например врача, медсестру, больницу, медицинские центры, из списка предоставляющих услуги, с которыми работает больничная касса, и в соответствии с правилами выбора, которые публикует больничная касса.
- Каждый застрахованный вправе знать, с какими больницами, медицинскими центрами и иными предоставляющими услуги работает его больничная касса, и каковы правила выбора в кассе, членом которой он является.
- Каждый застрахованный вправе ознакомиться с уставом больничной кассы и получить от больничной кассы копию устава.
- Каждый житель страны вправе получить из любой больничной кассы полную информацию, касающуюся принятых в ней условий оплаты медицинских услуг, а также программу кассы на дополнительные медицинские услуги («Шабан»).
- Каждый застрахованный вправе обратиться к лицу, ответственному за обращения населения в медицинском учреждении, где он лечился, к лицу, ответственному за рассмотрение жалоб от членов больничной кассы, в которой он состоит, или к лицу, ответственному за жалобы, касающиеся закона о государственном медицинском страховании при министерстве здравоохранения.
- Каждый застрахованный вправе обратиться с иском в районный суд по рабочим конфликтам.

Основные изменения созданные законом, которые имели решающее влияние на систему здравоохранения в Израиле

Обязанность быть застрахованным – до принятия закона медицинское страхование было добровольным, несмотря на то, что большая часть населения была застрахована, около 250 тысяч жителей (5% населения) не были застрахованы.

Большое количество незастрахованных было среди детей из неблагополучных слоев населения и в арабском секторе (12%). Новые репатрианты и жители страны, получающие социальные льготы, были застрахованы при финансировании государства на ограниченный период времени, и не всегда продолжали членство в больничной кассе после того, как государственное финансирование заканчивалось.

Согласно закону все жители страны застрахованы обязательным образом, и все кассы обязаны принимать любого жителя страны, который заинтересован записаться в них. Медицинское страхование предоставляет право **всем жителям страны** получить медицинские услуги, без каких-либо дополнительных условий. Этот пункт закона выражает социальную позицию государства гласящую, что право на получение медицинских услуг является основным правом, которым общество обеспечивает всех жителей страны, вне зависимости от финансовых возможностей или иных факторов.

Определение корзины медицинских услуг

Закон о государственном медицинском страховании постановил, что все жители Израиля вправе получать медицинские услуги, определенные как «приемлемые», в рамках существующих бюджетных ограничений: «включенные в корзину медицинские услуги, предоставляющиеся в Израиле, согласно рекомендации врача, должны быть приемлемого качества и оказываться в течение приемлемого

времени и на приемлемом расстоянии от местожительства застрахованного лица, в рамках источников финансирования, которые находятся в распоряжении медицинской кассы» (Закон о государственном медицинском страховании от 1994 г.).

Корзина медицинских услуг включает разнообразные необходимые медицинские услуги, которые каждая медицинская касса обязана предоставить всем застрахованным лицам, без каких либо условий.

Закон пришел на смену неофициальным и непрозрачным механизмам определений состава корзины и условий для её получения, которые царили в системе здравоохранения до принятия закона. Закон организовал систему, сделал её прозрачной и контролируемой на общественном уровне.

Установление законом права на получение корзины услуг предназначено обеспечить права застрахованного жителя страны, без каких либо условий, а также обнародовать эти права.

Закон определил корзину услуг в соответствии со следующими областями: медицинская диагностика, амбулаторное лечение, госпитализация, лекарства и др. Закон принял за основу корзину медицинских услуг, которая была принята в больничной кассе «Клалит» накануне принятия закона.

Были вынесены некоторые изменения и исправления, такие как, например, дополнение права каждого жителя страны получить медицинские услуги за границей, за счет больничной кассы, при условии, что такая услуга:

- Включена в корзину.
- Предназначена для спасения жизни.
- Не предоставляется в Израиле.

Особые акценты в законе, касающиеся корзины:

- Услуги, входящие в корзину, будут предоставляться согласно рекомендации врача. Услуги должны быть приемлемого качества, предоставлены в течение приемлемого времени и на приемлемом расстоянии от местожительства пациента, в соответствии с оплатой доли участия застрахованного, как это установлено в законе.
- Корзина услуг крайне широка. Услуги предоставляются в соответствии с конкретными критериями, согласно которым эти услуги были включены в корзину. Существует вероятность, что услуги \ лекарство будут выписаны для одной болезни, но не для другой.
- Существуют услуги \ лекарства, которые не входят в корзину.
- Корзина подлежит регулярной проверке. Медикаменты и новые технологии включаются в состав корзины после проверки общественной комиссии, разрешения министра здравоохранения и правительства.
- Невозможно исключить услугу \ медикамент из корзины услуг, не получив на это разрешения комиссии труда и благосостояния в Кнессете.

Ежегодный пересмотр корзины

Ассортимент услуг и медикаментов, включенных в корзину, подлежит ежегодному пересмотру, так как процесс лечения и медицинской диагностики крайне динамичен, все время происходят технологические улучшения, позволяющие обнаружить заболевание на ранних его стадиях, модернизировать методы лечения и диагностики. Такой пересмотр необходим для сохранения сегодняшнего уровня медицины, а также для его улучшения и развития.

Больничные кассы не обязаны финансировать услуги и медикаменты, которые не включены в установленную законом корзину услуг.

«Министр здравоохранения, при согласии министра финансов и с разрешения правительства, вправе добавить в корзину... или исключить из нее». Но закон ограничил и постановил, что «услуга не будет добавлена в корзину... бесплатно или за оплату ниже своей себестоимости, если не будет найден для этого дополнительный источник финансирования, или источник, который освободился в связи с отменой другой услуги или в связи с повышением эффективности» (закон о государственном медицинском страховании от 1994 г.).

В течение многих лет больничные кассы сокращали свой бюджетный дефицит и повышали эффективность предоставляемых услуг. Несмотря на это, все кассы до сих пор находятся в бюджетном дефиците, и поэтому внесение дополнительных услуг в корзину возможно лишь благодаря особым бюджетам.

Израиль, как и остальные западные страны, сталкивается с необходимостью установить приоритеты в медицине. Это необходимо в свете обширных предложений в сфере новейших медицинских технологий, значительно превышающих ограниченные средства, выделяющиеся на нужды системы здравоохранения.

Установление приоритетов это сложный процесс.

Каждый год ведется борьба, цель которой - повлиять на приоритеты. Группы больных и врачей борются за введение определенных медикаментов или технологий в рамки корзины. В Израиле это процесс организован, и основан на процессе оценки технологий, клинической оценке, эпидемиологической и финансовой оценке, с учетом этических, общественных, юридических и политических аспектов. Кроме корзины услуг, которая находится под

ответственностью больничных касс (определенных во второй поправке к закону) закон, также установил корзину услуг, которая находится под ответственностью министерства здравоохранения (корзина третьей поправки), которая включает услуги в области психиатрии, госпитализации с целью ухода, личной профилактической медицины и оборудования для реабилитации. Эти услуги должны отойти под ответственность медицинских касс после переходного периода в три года (который был продлен на четыре года).

Постановление закона о том, что услуги, находящиеся под ответственностью министерства здравоохранения, перейдут в больничные кассы, выражает желание сконцентрировать в руках одного центрального фактора (больничные кассы) общую ответственность за большинство медицинских услуг, и таким образом обеспечить непрерывность лечения. В руках у министерства здравоохранения останутся только его министерские функции. Это намерение не было реализовано.

Свобода выбора

Закон о медицинском страховании предоставляет полное право выбора медицинской кассы, право переходить из одной кассы в другую, и запрещает кассе ограничивать принятие застрахованного по какой-либо причине, например: возраст, болезнь, или принадлежность к месту работы или объединению работников.

Закон постановил, что застрахованный вправе перейти из одной кассы в другую после одного года членства, а касса не имеет права ограничивать его приход или уход из неё.

Принцип свободы выбора больничной кассы является важнейшим принципом закона, цель его - сократить селекцию или выборочное принятие застрахованных

лиц в кассу, что было характерно для всей системы прежде, чем был принят закон. Такой выбор пациентов был дискриминирующим и основывался на двух принципах:

1. Выбор застрахованных, предполагаемое использование которыми медицинских услуг будет низким, т.е. молодых и здоровых.
2. Выбор застрахованных, которые будут платить высокие членские взносы, то есть, застрахованных с высокими доходами.

В результате такого дискриминирующего выбора застрахованные неравномерно распределялись между кассами. Больничная касса «Клалит» принимала любого застрахованного, при условии, что он являлся членом профсоюза («Гистадрут») в то время как остальные кассы были более разборчивыми. Такая ситуация привела к резким финансовым отличиям между кассами. С одной стороны были кассы, чья финансовая ситуация была стабильной и позволяла им улучшать уровень услуг, а с другой стороны были такие (в основном, «Клалит»), чье финансовое положение ухудшалось настолько, что возникало сомнение в их возможности справиться с долгами и продолжать предоставление медицинских услуг своим членам.

Предоставление права выбора кассы застрахованным предназначено для того, чтобы отменить дискриминирующий выбор застрахованных и обеспечить право застрахованного на равноправие при выборе своей больничной кассы.

Цель этого принципа также состоит в увеличении конкуренции между кассами, сохранении зарегистрированных в ней членов и привлечении новых. Такая конкуренция должна способствовать повышению эффективности кассы и качества предоставляемых ею услуг.

Взимание платы за медицинское страхование

После того, как закон вступил в силу, взимание платы за медицинское страхование перешло из больничных касс в руки Института Национального Страхования.

Такой переход:

- Увеличил объем доходов от оплаты медицинского страхования.
- Ограничил возможности политического вмешательства в систему здравоохранения, так как пресек связь между членством в профсоюзах работников («Гистадрут») и членством в той или иной больничной кассе.
- Пресек связь между платой членских взносов и получением медицинских услуг. Согласно закону, не существует связи между оплатой медицинских услуг службе Национального Страхования и обязанностью больничной кассы предоставлять эти услуги всем зарегистрированным в ней членам.

Дополнительное страхование

Программа дополнительного страхования увеличивает спектр медицинских услуг, предоставляемых согласно закону о государственном медицинском страховании.

«Больничная касса вправе предлагать своим членам страхование для финансирования дополнительных медицинских услуг, которые не включены в корзину медицинских услуг, в соответствии с условиями и критериями, которые устанавливает министр здравоохранения, после консультации с министром финансов» (закон о государственном медицинском страховании от 1994 г.).

- Дополнительное страхование расширяет объем услуг, которые касса предлагает своим членам, включая медицинские услуги, не входящие в основную корзину услуг.
- Обеспечивает услуги, в дополнение к тем, что предложены в корзине, например, при госпитализации - возможность ночлега, питания и аксессуаров для удобства; сокращает ожидание для получения медицинских услуг, включенных в основную корзину, при госпитализации, при условии, что они предоставляются в медицинском учреждении, которое не является государственным.
- Увеличивает свободу выбора для застрахованных. Каждый вправе присоединиться к «дополнительному страхованию» в кассе, членом которой он является, за дополнительную оплату.
- Оплата единая для всех членов программы, за исключением дополнительного страхования на услуги по уходу, которое учитывает возраст и дату присоединения пациента к этой программе страхования.
- Больничная касса не имеет права предоставлять в рамках дополнительного страхования выбор врача в клинике и технологические новинки, включая медикаменты.
- Присоединение к дополнительному страхованию обуславливается состоянием здоровья застрахованного:
«Такое страхование не покрывает любое событие или иск вследствие нарушенного состояния здоровья, болезни, врожденного дефекта, которые существовали у застрахованного, прежде чем начало действовать

страхование и до окончания подготовительного периода...» (закон о государственном медицинском страховании от 1994 г.).

Подготовительный период – отрезок времени, установленный в страховом контракте, который действует с момента присоединения клиента к программе страхования до получения права на услуги страхования.

Закон и судопроизводство в системе
здравоохранения в Израиле

Постановления о народном здравоохранении

Существуют два вида постановлений, регулирующих область ухода за больными.

Постановления народного здравоохранения (для сотрудников по уходу в поликлиниках) от 1981 года, регулирующие работу по уходу в поликлиниках, и постановления о народном здравоохранении (для сотрудников по уходу в больницах) от 1988, регулирующие работу больничных медсестер и медбратьев.

«Уход» определяется в пункте 1 постановления о народном здравоохранении (для работающих в больницах) от 1988 как «профессиональное занятие, специальность лица, получившего лицензию на уход за больными в больнице в соответствии с его профессиональной подготовкой, как сказано в постановлении...».

«Получивший лицензию на уход за больными» - это только лицо, занесенное в «регистр», который является списком всех сотрудников в области ухода.

Человек вправе быть зарегистрирован в соответствии со следующими общими условиями:

- 1) Он является гражданином или жителем Израиля
- 2) Ему исполнилось 18 лет
- 3) Владеет как минимум основным ивритом
- 4) Прошел профессиональную подготовку в области ухода за больными, признанную Главной медсестрой.
- 5) Не был осужден за преступление, наказанием за которое является лишение свободы, и которое, по мнению Главной медсестры, может помешать ему в работе по уходу за больными.

Также существуют особые условия для записи в определенный раздел в регистре для дипломированной медсестры, акушерки, и т.д.

Управление по уходу за больными

Управление по уходу за больными является штатным подразделением министерства здравоохранения, которое формирует политику в области ухода в рамках государственных направлений в министерстве, в особенности – в профессиональном развитии области как интегральной части системы здравоохранения.

Источники

- Постановления о народном здравоохранении (занимающиеся уходом в больницах) от 1988 г.
- Постановления о народном здравоохранении (штат по уходу в поликлиниках) от 1981 г.

Закон о правах больного от 1996 г.

В 1996 был принят закон о правах больного. Цель его - «установить права человека, который просит о получении или получает медицинскую помощь, и защитить его честь и право на частную жизнь» (пункт 1). Закон отобразил перемены, которые произошли за последние десятилетия в западном мире в том, что касается отношений врача – пациента, в результате кризиса доверия к научной медицине. Основной акцент в законе ставится на частные отношения между врачом и пациентом. На смену патронажному отношению врача, который решал, что хорошо для пациента, закон приводит автономность отдельной личности как участника в принятии решения в том, что касается его лечения, и укрепляет статус пациента с этой точки зрения. Закон упорядочил права пациента в отношении получения медицинской помощи, а также этические и профессиональные обязанности его лечащего врача, большинство которых в прошлом были сформулированы в судебных решениях. Также закон установил уголовные санкции против лиц, его нарушающих.

Право на получение медицинской помощи

«Каждый человек, нуждающийся в медицинской помощи, вправе получить её в соответствии с любым законом и в соответствии с принятыми нормами и правилами, установленными системой здравоохранения в Израиле. В экстренной медицинской ситуации человек вправе получить срочную медицинскую помощь, без каких либо ограничительных условий».

Запрет дискриминации

«Врач, или медицинская организация не могут дискриминировать пациента по признакам вероисповедания, национальности, пола, страны происхождения, или по иному признаку».

Подобающая медицинская помощь

Пациент вправе получить медицинскую помощь, подобающую как в плане профессионального уровня и качества, так и в плане человеческого отношения.

Информация о предоставляющем медицинскую помощь

Пациент вправе получить информацию о личности и должности каждого человека, который предоставляет ему медицинскую помощь.

Дополнительное мнение

Пациент вправе по собственной инициативе получить дополнительное заключение, касающееся его лечения. Врач или медицинская организация должны помочь пациенту всем необходимым для реализации этого права.

Обеспечение дальнейшей подобающей медицинской помощи

«Если пациент перешел от одного врача к другому или из одной медицинской организации в другую, пациент вправе попросить, чтобы врачи или медицинские организации сотрудничали между собой в том, что касается его лечения, с целью обеспечить продолжение получения подобающей медицинской помощи».

Прием посетителей

Пациент, госпитализированный в медицинском учреждении, вправе принимать посетителей в часы, установленные дирекцией медицинского учреждения.

Уважение достоинства и частной жизни пациента

а) Лечащий персонал, а также любые другие сотрудники медицинского учреждения должны уважать достоинство и частную жизнь пациента на всех стадиях его лечения.

б) Руководитель медицинского учреждения обязан опубликовать указания о соблюдении частной жизни и уважении достоинства пациента, находящегося в его медицинском учреждении.

Медицинская помощь в экстренной медицинской ситуации или при серьезной опасности

Если в случае серьезной опасности или экстренной медицинской ситуации от врача или медицинского учреждения потребуется оказать помощь человеку, такова должна быть ими оказана в полном объеме.

Если у врача или медицинского учреждения нет возможности оказать помощь пациенту, его должны перевести, по мере возможности, в место, где ему смогут оказать необходимую помощь.

Медицинские проверки в приемном отделении

а) Пациент, обратившийся в приемное отделение, вправе быть осмотренным врачом.

б) Если врач решит, что пациенту необходима неотложная медицинская помощь, он окажет ему такую помощь. Но если у врача нет возможности оказать такую

помощь на месте, врач приемного отделения направит пациента в соответствующее медицинское учреждение, и обеспечит, по мере своих возможностей, перевод пациента в это учреждение.

Осознанное согласие на лечение

Осознанное согласие является правом пациента свободно принимать решения, касающиеся его лечения, после того, как он получил соответствующую медицинскую информацию, необходимую для принятия такого решения. Возможно, пациент решит согласиться или отказаться от лечения. Осознанное согласие возлагает также обязанность на врача не начинать лечение до получения согласия пациента. Такое согласие должно быть получено только после того, как врач предоставит пациенту соответствующую информацию о лечении и даст возможность пациенту осознать её и выразить свое желание в том, что касается лечения.

а) «Лечение не будет дано пациенту, если пациент не дал на него осознанного согласия».

б) Для получения осознанного согласия врач передаст пациенту необходимую медицинскую информацию, в доступном виде, для того, чтобы предоставить возможность пациенту решить, согласиться ли с предложенным лечением. В данном контексте «медицинская информация» включает в себя:

1. Диагноз и прогноз медицинского состояния пациента.
2. Описание сути, цели, предполагаемых результатов и шансов предложенного лечения.
3. Опасности, связанные с предложенным лечением, включая побочные эффекты, боли или дискомфорт.

4. Шансы и опасности альтернативного вида лечения или отказа от лечения вообще.

5. Сведения о том является ли предложенное лечение новаторским.

в) «Врач предоставит пациенту медицинскую информацию как можно раньше, таким образом, чтобы у пациента была максимальная возможность понять эту информацию и принять осознанное, независимое решение».

г) «Несмотря на указания пункта (б), врач вправе не предоставлять пациенту некоторую информацию, касающуюся его состояния, если комиссия по этике подтвердила, что такая информация может навредить физическому или душевному состоянию пациента».

Каким образом дается осознанное согласие

а) Осознанное согласие может быть дано в письменном виде, устно или невербальным способом (знаком).

б) В экстренной медицинской ситуации осознанное согласие на лечение, указанное в дополнении к закону, может быть дано устно, при условии, что оно будет записано как можно скорее после того.

Лечение без согласия пациента

Несмотря на указания пункта 13

1. «Врач вправе предоставить лечение, не получив на него осознанного согласия пациента при следующих обстоятельствах:

а) Если физическое и душевное состояние пациента не позволяют получить от него осознанного согласия.

б) Если врачу неизвестно, что пациент или его опекун отказываются от лечения.

в) Если нет возможности получить осознанное согласие от представителя пациента, если таковой был назначен, либо если нет возможности получить согласие опекуна, если пациент является несовершеннолетним или опекаемым.

2. «В ситуации, когда пациенту угрожает серьезная опасность, а он противится лечению, которое необходимо ему как можно быстрее, врач вправе предоставить такое лечение вопреки желанию пациента, если комиссия по этике, выслушав пациента, утвердила лечение, и лишь при условии что были соблюдены следующие факторы:

- а) Пациент получил информацию, необходимую для осознанного согласия.
- б) Предполагается, что лечение существенно улучшит медицинское состояние пациента.
- в) Существует причины предполагать, что после лечения пациент даст свое осознанное согласие постфактум.

3. В экстренных медицинских ситуациях врач вправе предоставить срочное лечение, не получив на него осознанного согласия пациента. Если в связи с экстренной ситуацией, в том числе физическим и душевным состоянием пациента, невозможно получить его осознанное согласие, лечение будет предоставлено на основании согласия трех врачей, за исключением тех случаев, когда экстренная ситуация этого не позволяет».

Назначение представителя пациенту

Пациент вправе назначить своего представителя, который будет уполномочен давать согласие на лечение вместо самого пациента. В доверенности будут

указаны обстоятельства и условия, при которых уполномоченное лицо вправе давать согласие на лечение вместо пациента.

Право на получение полной медицинской информации о своем состоянии на основании медицинских документов

1. Это право ослабляет власть врача, основанную на его знаниях и профессионализме. Кроме того, огромный объем доступной информации позволяет пациенту узнать как о своей болезни, так и о способах её лечения (пункт закона № 18).
2. Пациент имеет право на соблюдение конфиденциальности в отношении к медицинской информации (пункт закона № 19).

Закон также устанавливает несколько формальных механизмов

- Комиссия по проверке – в её цели входят проверки жалоб пациентов или их представителей, а также проверки неординарных событий, связанных с оказанием медицинской помощи. Результаты и выводы комиссии передаются лицу, ответственному за комиссию, пациенту и врачу, которого возможно, затронут выводы комиссии (пункт закона № 21).
- Комиссия контроля и качества – внутренняя комиссия медицинского учреждения, больничной кассы или министерства здравоохранения, цель которой состоит в оценке медицинской деятельности и улучшении качества лечения. Обсуждения, происходящие в комиссии по контролю и качеству, протоколы её заседаний, материалы, подготовленные для обсуждения или переданные в комиссию, заключения и выводы комиссии являются конфиденциальными даже для пациента (пункт закона № 22).

- Комиссия по этике (пункт закона № 24) –имеет своей целью принимать решения в вопросах, связанных с передачей информации пациенту, если такая информация может серьезно навредить его физическому или душевному здоровью (пункт 13 – г.). Также комиссия решает вопросы о предоставлении лечения в случаях, когда, несмотря на угрожающую ему опасность, пациент отказывается от лечения (пункт закона № 15 (2)), вопросы о передаче медицинской информации иному лицу (пункт 20 (а) 4), а также в случаях, когда некоторые факты не были документированы в медицинских записях комиссии по контролю и качеству, а пациент подал апелляцию (пункт закона № 23).
- Ответственные за права пациентов – в их обязанности входит принимать жалобы от пациентов, консультировать и помогать пациентам во всем, что касается реализации их прав (пункт 25 закона).

Источники

- А. Карми, «Здоровье и закон», издательство «Нево» (2005 г.)
- Кармель Шалев, «Здоровье, закон и права человека», издательство «Рамот» (2003 г.)
- Закон о правах больного, от 1996 г.

Указ о врачах

Указ о врачах, пункт 59 (а)

«59 (а) Директор вправе освободить от предписаний указа лиц, перечисленных ниже:

(1) Работавших в должности медсестры или медбрата, или в качестве помощников, которых директор уполномочил ставить диагноз или лечить в ситуациях, которые директор установил, в клиниках или в поликлиниках, или в больницах, или в больницах министерства здравоохранения, или иного учреждения, утвержденного генеральным директором...

(б) Генеральный директор министерства здравоохранения опубликует указания о необходимых навыках для исполнения процедур, приведенных в пункте (а) (1); на основании этих указаний, руководитель клиники или больницы вправе уполномочить лиц, обладающих отмеченными в постановлениях навыками, производить вышеуказанные процедуры.

(б-1.) Генеральный директор вправе разрешить дипломированному медбрату или медсестре производить процедуры, указанные в пункте (1) (а) и в больницах, на условиях, указанных в постановлениях, при получении разрешения от комиссии труда и благосостояния в Кнессете».

Постановления о врачах

(пригодность к проведению неординарных процедур), от 2001 г.

Прогресс в медицине и технологии обязывают медицинский состав приспосабливаться к переменам в своей профессиональной деятельности. Эти постановления узаконивают проведение неординарных процедур медсестрами и помощниками.

Неординарная процедура

«Процедура, которая является медицинской практикой, по определению пункта 1 указа («Указ о врачах (новая версия) от 1976 г.), разрешенная для проведения тем, кто не является уполномоченным врачом, в соответствии с данными постановлениями».

Указания для проведения неординарных процедур

«Неординарная процедура будет проведена в соответствии с указаниями о проведении неординарных процедур, утвержденных директором в сборнике указов для исполнения неординарных процедур».

«Дипломированная медсестра вправе провести неординарную процедуру, при условии, что она обучалась её выполнению на признанных курсах повышения квалификации.

Дипломированная медсестра может проводить неординарные процедуры, если изучала их полностью или частично, не на признанных курсах повышения квалификации, а на особых курсах для дипломированных медсестер, которые были разрешены директором. Такое разрешение может быть получено, после обсуждения с консультирующей комиссией в учреждении, выбор которого одобрен директором, и предоставлении справки об учебе в дирекцию по делам медсестер в медицинском учреждении, в котором она работает».

Определение неординарных процедур

Законная основа – действие, полномочия на проведение которого были переданы врачом медсестре или помощнику, согласно пункту 59 указа о врачах.

Разрешение на проведение – дается только лицу, получившему персональное разрешение на проведение процедур.

Место проведения лечения – ограничено только отделением, в котором было выдано разрешение (больница, клиника, дом больного).

Исполнение – ограничено условиями, на которых было дано разрешение.

Ответственность – полностью на том, кто проводил процедуру и на том, кто дал указание.

Согласие – проведение процедуры зависит от согласия: медицинского директора учреждения и лица, проводящего процедуру.

Неординарные процедуры, которые может проводить дипломированная медсестра (второе дополнение (постановление 5)).

- (1) Приспособление дыхательного прибора с целью отвыкания от аппарата искусственной вентиляции легких.
- (2) Сбор отцовских клеток из периферической крови посредством прибора для плазмофереза
- (3) Извлечение эпидурального катетера.
- (4) Введение морфия в эпидуральный катетер для терминальных больных
- (5) Введение радиоактивных препаратов во время проверки на эпилепсию.
- (6) Deep Suction – глубокий отсос жидкостей из дыхательных путей.

Неординарные процедуры, которые может проводить дипломированная медсестра, ассистирующая врачу (четвертое дополнение (постановление 7)).

а. Введение контрастных препаратов в коронарные артерии в процессе коронарной ангиографии.

б. Помощь врачу – гастроэнтерологу во время проведения процедуры, в соответствии с его немедленными указаниями:

- 1) Подготовка контрастного препарата и введение его в катетер , находящийся в канале эндоскопа.
- 2) Включение папиллотомы и раскрытие его.
- 3) Открытие и закрытие прибора дробящего камни, его подключение и включение.
- 4) Введение приката, его включение и извлечение.
- 5) Введение стента, введение проводника и фиксация стента.
- 6) Взятие биопсии, открытие и закрытие щипцов для биопсии.
- 7) Открытие и закрытие щипцов полипэктомии, подсоединенных к электрической диатермии.
- 8) Введение склерозирующего препарата посредством склерозирующей иглы в соответствии с указаниями врача.
- 9) Пневматическое расширение – надувание баллона по указанию врача.
- 10) Введение стента в пищевод.
- 11) Прямое введение в вену успокоительных, и наркотических препаратов.
- 12) Перемещение эндоскопа во время колоноскопии.

Неординарные процедуры, которые может проводить дипломированная медсестра в больнице: (пятое дополнение (постановление 8)).

- (1) Извлечение эпидурального катетера.

(2) Введение морфия в эпидуральный катетер терминальным больным.

(3) Deep Suction – глубокий отсос из дыхательных путей.

Признание пригодности для проведения неординарных процедур

Местные разрешения

- Разрешение директора медицинского учреждения о введении процедуры в текущую работу учреждения.
- Согласие ответственного за соответствующий сектор на введение процедуры.
- Согласие директора отделения, в котором будет проводиться процедура.
- Согласие ответственной медсестры отделения на процедуры, разрешенные для исполнения медсестрами.

Подготовка

- Подготовка будет организована на местах, её принципы и рамки будут утверждены комиссией по неординарным процедурам.
- Успехи во время подготовительного процесса будут документированы в личных записях специалиста, которому были вверены полномочия проводить процедуры.

Правила проведения процедур

- В каждом учреждении будут существовать правила, с которыми может ознакомиться всякий желающий.

- У каждой процедуры будет свой распорядок, подписанный медицинским директором, директором соответствующего сектора и заведующим отделением.

Надзор и контроль

- Дирекция учреждения, которое решило ввести у себя проведение неординарных процедур, несет ответственность за установление механизма надзора и проверки, с целью гарантировать здоровье пациентов.
- Контроль над неординарной процедурой будет производиться в соответствии с правилами контроля, установленными консультирующей комиссией. Результаты контроля будут использованы консультирующей комиссией по неординарным процедурам в министерстве здравоохранения для решения следующих вопросов:

1. Сохранение нынешнего статуса процедуры.
2. Отмена процедуры.
3. Расширение процедуры в иные области.

Если процедура, была внедрена в работу правильно, и проводится дипломированными медсестрами в течение некоторого времени безопасно и эффективно, генеральный директор порекомендует признать её процедурой по уходу. Но это произойдет только после получения согласия всех профессиональных релевантных инстанций.

Постановления об уходе за душевнобольными – 1992 г.

Закон об уходе за душевнобольными от 1990 г. является центральным законом в вопросе лечения душевнобольных, в дополнение к постановлениям, вытекающим

из него. Центральным постановлением является постановление об уходе за душевнобольными от 1992 г.

Закон урегулировал и обозначил пути госпитализации в психиатрических больницах несовершеннолетних и взрослых людей. Закон рассматривает полномочия различных ответственных лиц, причастных к уходу за душевнобольными, таких как руководитель службы душевного здоровья, окружной психиатр, психиатрическая комиссия и директора психиатрических учреждений. Также закон регулирует права и обязанности госпитализированных больных.

Структура психиатрической службы является иерархией, во главе которой находится **руководитель службы душевного здоровья**, психиатр, назначаемый министром здравоохранения. В его обязанности входит планирование, руководство, публикация постановлений во всем, что касается психиатрического ухода за больными. На второй ступени находятся окружные психиатры, полномочия которых будут описаны далее. На следующей ступени находятся руководители больниц и клиник.

Различные пути госпитализации или психиатрической проверки:

Существует несколько путей госпитализации человека в психиатрическом учреждении, включая госпитализацию в соответствии с судебным постановлением, госпитализацию в силу решения окружного психиатра, госпитализацию в соответствии с решением директора психиатрической больницы и госпитализацию по собственному желанию пациента.

Права и обязанности пациента

При приеме пациента на госпитализацию, лечащий врач должен объяснить ему его права и передать бланк, текст которого установлен в законе, который описывает права и обязанности пациента. Следует заметить, что основная цель госпитализации - это лечение, поэтому нельзя госпитализировать человека только для того, чтобы защитить от него общественность или его - от самого себя. Еще следует заметить, что невозможно ограничить права пациента, если на то нет четкого указания закона, как будет описано далее. Права пациента:

1. Посылать и получать закрытые письма.
2. Принимать посетителей на условиях, установленных дирекцией больницы, включая часы посещения.
3. Поддерживать связь с людьми вне больницы.
4. Держать при себе личные вещи, носить свою личную одежду, в соответствии с условиями руководства больницы.

Директор вправе ограничить эти права, если это необходимо по медицинским соображениям. Вместе с тем, директор не вправе ограничивать право пациента посылать письма своему адвокату, окружному психиатру, в психиатрическую комиссию или своему опекуну.

Можно перечислить несколько дополнительных прав пациента:

5. Пациент вправе выйти в отпуск в соответствии со следующими условиями: если пациент госпитализирован по указу суда, утвердить его отпуск в день, установленный директором больницы, может психиатрическая комиссия. Если пациент госпитализирован не по указу суда, разрешить ему отпуск может директор больницы. Если пациент или его родственники противятся отпуску, они вправе апеллировать к окружному психиатру, а после этого - в психиатрическую комиссию.

6. Пациент, который госпитализировался по собственному желанию, получит лечение, только если даст на то свое согласие. Вместе с тем, если речь идет о срочном лечении, согласия на него не требуется.
7. Пациент, который госпитализирован насильно, получит лечение, даже если он против такого лечения, вместе с тем, особые процедуры, такие как электрошок, будут проводиться в соответствии с условиями, установленными законом, и постановлениями, о которых речь пойдет далее.
8. Следует по мере возможности посвятить пациента в программу лечения.
9. Пациент вправе получить медицинскую информацию о своем состоянии, в соответствии с решением врача.
10. Существует возможность провести с пациентом программу реабилитации и трудотерапию.
11. Пациент вправе продолжать распоряжаться своим имуществом, если директор больницы не решит, что пациент не в состоянии позаботиться о своих делах самостоятельно. В таком случае, пациенту будет назначен опекун. Если до того, как был назначен опекун, возникла необходимость произвести неотложную юридическую процедуру, директор больницы должен обратиться к генеральному психиатру, который является общественной фигурой, уполномоченной рассматривать такие вопросы.

Принудительные меры, особые указания и особые процедуры

1. Принудительные меры включают два действия. Первое - это изоляция пациента, а второе – связывание пациента. В связи с тем, что подобные меры сопряжены с

нанесением морального ущерба, в законе и постановлениях четко оговорены особые условия для их осуществления. Поэтому следует обратить особое внимание на соблюдение всех условий. Во-первых, следует применять принудительные меры только в необходимой степени, с целью лечения больного или с целью предотвращения вреда ему или окружающим. Указание о применении принудительных мер дается врачом, однако **в экстренной ситуации**, медсестра также вправе распорядиться о применении принудительных мер к пациенту.

Постановления (указания, имеющие законные основания, которые устанавливаются министром) определяют дополнительные условия для использования принудительных мер, основные из которых приводятся далее:

Изоляция будет производиться в комнате, подготовленной для этих целей, оборудованной соответствующими средствами безопасности. Связывание пациента осуществляется в проветриваемой комнате, специально подготовленной для этих целей, оборудованной противопожарными датчиками, расположенной возле противопожарного оборудования. Также медсестра должна предотвратить вход в комнату других пациентов.

Время связывания не должно превышать **четыре часа**. Врач уполномочен, после проверки, продлевать этот период по необходимости на дополнительные четыре часа каждый раз. Медсестра обязана проверять состояние связанного больного, как минимум, **каждые полчаса**.

2. Существует два особых указания: особое наблюдение и особый надзор

Особое наблюдение, возлагает обязанность на ответственную медсестру или на другую медсестру, которую та назначила для этой цели, в любое время быть осведомленной о состоянии больного и о его **местонахождении**.

Особый надзор, возлагает обязанность на ответственную медсестру, или на медсестру, которую та назначила для этой цели, оставаться **рядом с пациентом** всегда и везде и не оставлять его до прихода сменщицы.

Врач вправе дать особое указание в **одном** из следующих случаев: больной **может навредить** себе или окружающим физически или может нанести серьезный ущерб имуществу, а также - если больной находится в **тяжелом физическом или нестабильном состоянии**; если больной получает лечение, которое может привести к **внезапной перемене в его состоянии**; если больной находится в состоянии явного **психомоторного беспокойства**; если больной **может сбежать** из больницы или из отделения. И последний вариант - по просьбе самого больного.

Следующие инструкции касаются как особых указаний, т.е. особого наблюдения и особого надзора, так и принудительных мер, т.е. изоляции и связывания пациента:

1. Врач или медсестра должны внести указание в особую книгу записей и отметить причины своего решения.
2. Ответственная медсестра может сама дать указание или возложить это на другую медсестру. Ответственная медсестра должна записать в книге ухода имена больных, по отношению к которым было дано особое распоряжение или применена принудительная мера, и передать эти записи сменщице.
3. Только врач уполномочен разрешить посещение пациента во время таких процедур. Медсестра должна присутствовать при посещении.
4. Медсестра должна забрать любой опасный предмет у пациента перед началом исполнения этих указаний.

3. Особое лечение – электрошок.

Третья тема - это тема особых процедур. Особая процедура - это процедура, требующая получения отдельного и дополнительного согласия от пациента, который был госпитализирован по собственному желанию. Речь идет о письменном согласии, составленном в соответствии с указаниями закона. Процедура электрошока расценивается в постановлениях как особая процедура, для осуществления которой обязательны следующие условия:

1. Три врача приняли решение о проведении такой процедуры, среди них директор больницы, заведующий отделением, директор клиники или заместитель каждого из вышеперечисленных лиц.

2. Пациент прошел медицинскую проверку, и не существует причин, по которым ему противопоказана такая процедура.
3. Если речь идет о пациенте, который госпитализировался по собственному желанию, следует получить согласие пациента.
4. Указание должно быть дано письменно, следует указать в нем причины для проведения такой процедуры.
5. Процедура проводится только под общим наркозом, исправным прибором для электрошока, который проверяется, как минимум, каждые шесть месяцев.

Постановления о хранении

Постановление о хранении

опасных наркотиков в больницах, от 1999 г.

Закон определяет наркотик в соответствии с его химическим составом. В законе определено много видов наркотиков. Закон запрещает хранить наркотики нелегально, и устанавливает несколько случаев, когда хранить наркотики разрешено, например:

1. Если лицо, хранящее наркотики, является фармацевтом, а наркотик находится у него на основании лицензии, выданной ему директором министерства здравоохранения (далее по тексту «директор»).
2. Если лицо, хранящее наркотики, является врачом, дантистом, или ветеринаром, которым по закону разрешено хранить при себе наркотики.
3. Если лицо, хранящее при себе наркотики, имеет доказательства того, что наркотики получены им от фармацевта, а наркотик передан ему в соответствии с указом о фармацевтах, или был получен от врача или ветеринара, которые по закону вправе поставлять наркотики или лекарства.
4. Употребление наркотика разрешено, в связи с тем, что использующий наркотик принимает его для лечения, а наркотик был выдан ему фармацевтом, врачом, ветеринаром, или было получено разрешение на употребление наркотика.

Существует несколько обязанностей, которые возлагаются на людей, хранящих наркотики. Так например, наркотики должны быть защищены от потери и кражи.

В случае потери или кражи фармацевт или врач обязаны заявить в полицию и окружному фармацевту.

Как часть надзора и контроля за наркотиками, закон постановил, что директор вправе в любой приемлемый момент посетить место, где хранятся наркотики в соответствии с лицензией, которую он выдал. Также директор вправе проверить количество наркотиков и записи, сделанные в связи с ними, а также соответствие сделанных записей предусмотренных законом.

Параллельно с указаниями, связанными с полномочиями выдачи опасных наркотиков фармацевтом и условий для этого, существуют дополнительные постановления, регулирующие вопрос хранения опасных наркотиков в больницах. Эти постановления описывают распорядок получения наркотиков в различных отделениях, место их хранения, а также обязанности ответственной медсестры отделения и её заместительницы в отношении опасных наркотиков.

Постановления для больниц, в которых существует аптека, и больниц, в которых нет аптеки, различны. Начнем с указаний закона, регулирующих первый вариант:

Больницы, в которых существует аптека.

Во-первых, **единственный**, кто уполномочен поставлять опасные наркотики в отделения больницы - это аптека, которая расположена в больнице. Запрещено получать наркотики из иных источников.

Врач уполномочен заказывать опасные наркотики в аптеке. Заказ делается на особых пронумерованных бланках. В каждом отделении имеется свой блокнот таких бланков. Директор аптеки должен привести количество опасных наркотиков в соответствие с требованиями отделения.

После поступления наркотиков в отделение ответственная медсестра, а в её отсутствие - заместительница, обязана сверить заказ с полученными наркотиками

и подтвердить получение наркотиков своей подписью на бланке записи, прикрепленном к наркотикам. После подписи бланк должен быть возвращен в аптеку, и храниться там. Директор аптеки обязан записать это в специальной книге. Если бланк из отделения не возвращен, аптека не может продолжать поставлять туда наркотики.

Больница, в которой нет аптеки:

В больнице, в которой **нет** аптеки, заказ опасных наркотиков происходит в соответствии с рецептом врача и условиями, указанными выше. Копия рецепта должна храниться в отделении.

Отделение должно вести регистрацию наркотиков, поступивших в отделение (далее по тексту «блокнот»). Страницы блокнота должны быть переплетены, подписаны окружным бюро здравоохранения и пронумерованы.

После получения наркотика в отделении в соответствии с рецептом врача медсестра должна записать в блокноте на странице с именем больного название наркотика, дозу, концентрацию, количество и источник поступления наркотика в отделение. Также медсестра должна записать на копии рецепта врача (на основании которого получен наркотик в отделении и копию которого следует сохранить) дату получения наркотика. Также следует указать номер страницы блокнота, на которой было записано получение наркотика.

Для каждого больного следует вести отдельную страницу в соответствии с каждым наркотиком, который он получает. Если было получено дополнительное количество наркотика для того же пациента, следует указать это в дополнении к предыдущей записи на имя этого пациента.

Если пациент полностью прекратил приём наркотиков, следует записать это в блокноте и указать причину прекращения принятия наркотика.

Следует обратить внимание на то, что в больнице, в которой нет аптеки, следует писать на упаковках лекарств имя больного, для которого наркотик был получен. Также следует отметить, что пациент должен получать наркотик только из упаковки, на которой указано его имя. У этого правила есть исключение, в случае если пациент **полностью прекратил** принимать наркотики, ответственная медсестра вправе передать оставшийся наркотик другому пациенту, который принимает такой же наркотик, при следующих условиях:

Во-первых, медсестра должна записать это в блокноте, как на странице больного, который перестал принимать наркотик, так и на странице больного, которому он был передан.

Во-вторых, следует написать на упаковке имя пациента, которому был передан наркотик, и стереть имя пациента, который перестал его принимать.

Общие указания, которые следует соблюдать во всех больницах:

Опасные наркотики и блокноты должны храниться в запертом шкафу, ключ от которого находится или у ответственной медсестры или у её заместителя. В этом шкафу нельзя хранить ничего кроме наркотиков и блокнотов.

Ответственная медсестра несет ответственность за запасы наркотиков в отделении. Во время пересменки, медсестра, принимающая смену, проверяет запасы наркотиков в отделении и записывает результат на специальном бланке. Под такой записью должны расписаться две медсестры, та, что принимает смену и та, что сдает.

Если обнаружилось несоответствие между записями, медсестра должна немедленно сообщить главной медсестре больницы или тому, кто был назначен ею, устно и письменно, а также следует уведомить директора больницы или исполняющего обязанности в его отсутствие.

В отделении, где нет текущей смены медперсонала, например, в диспансерах больницы, и где невозможно передать ключ от одной ответственной медсестры другой, следует хранить запасы наркотиков в отдельных запертых шкафах. У каждой медсестры должен находиться ключ только от своего шкафа.

Также следует отметить, что записи, которые производятся в соответствии с данными правилами, должны производиться способом, исключающим их удаление. Любое изменение следует писать на полях. Там же следует указать дату, когда было сделано исправление, и подпись исправившего. Нельзя зачеркивать или стирать записи каким-либо другим образом.

Постановления о народном здравоохранении
(сообщение о подозрении в насилии), от 1975 г.

Согласно постановлениям о народном здравоохранении (сообщение о подозрении в насилии) от 1975 года, если у ответственного за прием больных (таковым согласно постановлениям о народном здравоохранении является врач или дипломированная медсестра, уполномоченные существующими на тот момент распорядками принимать решение о принятии больного на лечение) возникло подозрение в том, что человек получивший ранение, находящийся без сознания, или доставленный мертвым в больницу, был подвергнут насилию, он обязан сообщить об этом в ближайшее отделение полиции. Если такое опасение возникло у лечащего врача или, в его отсутствие, у медсестры, следует доложить об этом директору больницы, который обязан оповестить власти. Эта обязанность возлагается на медсестер и врачей приемного отделения, в отделениях госпитализации и во внешних клиниках больниц.

Насилие – использование силы - физической, психологической или иной, наносящее вред или несущее намерение нанести вред животному, растению или неодушевленному предмету. В прошлом насилие было значительно более распространено и применялось с целью наказания, воспитания, снятия напряжения, выражения чувств, улаживания конфликтов и разногласий, развлечения и т.д. Сегодня многие общества в мире порицают насилие любого вида, некоторые страны приняли законы против насилия, также были приняты международные постановления против использования насилия.

Общественная легитимность насилия, зависит от контекста, в котором оно происходит. Если в большинстве случаев насилие считается отрицательным явлением и нарушением общественных норм, и, как правило, закона, то в некоторых случаях насилие расценивается как легитимное, например, если речь идет о самообороне или о лице, уполномоченном совершать насилие от имени государства.

Насилие в семье – физическое насилие, сексуальное надругательство, угрозы или душевное истязание. Большинство жертв страдает также от того, что насильник контролирует их финансовые ресурсы и от отсутствия самостоятельности. Многие жертвы насилия в семье страдают от одной и более форм насилия, в течение длительного времени, прежде чем они обращаются за какой-либо помощью. Многие не знают о существовании возможности получить помощь из различных источников.

Сексуальное надругательство: сексуальное надругательство - это не только изнасилование. Сексуальное надругательство включает все, что связано с сексуальным принуждением, например словесная угроза, обнажение полового органа, раздевание, подсматривание, ласки и физический контакт. В более чем 80% случаев сексуальное надругательство совершается человеком, с которым ребенок знаком. В таком случае существует большой шанс, что надругательство не было однократным явлением, а продолжительным и повторяющимся. Насильник может быть любого возраста и из любой социальной прослойки. Это могут быть люди, которые выглядят абсолютно нормальными.

Издевательство над детьми: физическое, сексуальное или душевное, путем действия или бездействия, или длительной запущенности. Издевательство, которому свойственны, как правило, постоянные модели продолжительного поведения, происходит в рамках семьи ребенка (его родной, приемной или опекающей семьи), или вне её. Издеваться могут близкие, знакомые, а также и чужие люди. Насилие или издевательство могут быть также одноразовыми, но тяжелыми.

Насилие над супругами: модель поведения одного из супругов, выражающаяся в насилии, принуждении, в угрозах, терроре и использовании различных техник контроля, и проявляющиеся повседневно, в течение длительного периода. Такое поведение направлено на полное контролирование и подчинение себе супруга. Любое насилие влечет за собой физическое, сексуальное или душевное страдание одного из супругов, включая угрозы, принуждения и ограничение свободы.

Физическое насилие: широкий спектр действий, производящихся насильником, наносящих вред телу и здоровью жертвы. Толчки, **побои**, плевки, щипки, хватание за волосы, пинки, порезы, ожоги, выстрелы, ограничение свободы передвижения, нанесение ударов предметами, приставание, нанесение ущерба имуществу, причинение вреда животным, принуждение жертвы выполнять унижительные действия.

Сексуальное насилие: сексуальные агрессивные действия с телом жертвы вопреки её желанию. Широкий спектр поведений, наносящий жертве телесный ущерб, нежелательные прикосновения к телу, сексуальные действия, наносящие

физический вред, сексуальные действия с третьим лицом вопреки желанию и с использованием физической силы или угрозы, включая сексуальные преступления, производящиеся и без применения силы, такие как инцест или сексуальные домогательства.

**Оказание помощи
в экстренной ситуации**

**Оказание помощи пострадавшим с мультисистемными
поражениями в ситуации опасной для жизни
согласно принципам А.Т.Л.С.**

Оказание помощи пострадавшему в палате противошоковой терапии является сложным и интенсивным. У поступившего раненого могут быть поражены несколько различных систем в результате одновременного воздействия разных травмирующих факторов. Лечащий персонал должен подготовиться к оказанию помощи незнакомому пациенту, в рамках ограниченного времени, чтобы спасти жизнь и сохранить функционирование органов.

Принципы лечения основаны на методе А.Т.Л.С. – Advanced Trauma Life Support, установившем следующие принципы:

- Заниматься следует не раной, а раненым – рана ведет к нарушениям в различных системах организма, таких как опорно-двигательная, дыхательная, кровеносная и центральная нервная система. Поэтому руководящий принцип - это не заниматься явной раной или раной, на которую пациент жалуется, а проверить пациента систематически согласно принципам ABCDE, о которых речь пойдет ниже.
- В первую очередь следует заняться или исключить наличие прямого риска для жизни, например воздействие закупорки воздушных путей, проблем с дыханием или кровотечения.

После исключения немедленного риска для жизни, следует детально обследовать пострадавшего рентгенологически и лабораторно анализы, поставить диагноз и по мере необходимости прооперировать.

Принципы оказания помощи раненому согласно А.Т.Л.С. в больницах

Оказание помощи разделено на четыре этапа:

1. Первичный быстрый осмотр – Rapid Primary Survey
2. Реанимация - Resuscitation
3. Вторичный осмотр, проверка пострадавшего – Secondary Survey
4. Дополнительный уход – Definitive Care

По мере необходимости первый этап (первичный быстрый осмотр) и второй (реанимация) производятся одновременно. Но ни в коем случае нельзя переходить к третьему этапу (вторичный осмотр, проверка пострадавшего), не завершив первые два этапа.

Тут следует подчеркнуть, что в случае, когда состояние пострадавшего нестабильно, стадии первичного быстрого осмотра и реанимации затягиваются, в некоторых случаях пострадавший получает помощь в операционной как часть реанимации, перед этапом проведения вторичного осмотра и дополнительного ухода.

Первичный быстрый осмотр – Rapid Primary Survey

Цель этого этапа - определить состояние непосредственного риска для жизни и заняться ими по мере обнаружения. Следует обратить внимание на то, что эта стадия названа первичным осмотром, а не первичной проверкой, так как на этом этапе пострадавший все еще не подвергся проверке, а лишь были исключены ситуации связанные с прямой угрозой для жизни.

Поскольку первый этап является критическим, порядок действий на нем должен быть рационален и обязателен, и построен следующим образом:

Дыхательные пути и сохранность

шейного отдела позвоночника

A. Airway C- Spine Control

Дыхание

B. Breathing

Кровообращение

C. Circulation

Неврологическое состояние

D. Disability

Раздевание и укрывание

E. Exposure & Environment

Порядок действий не является случайным, он определен в соответствии со степенью опасности возможных патологий.

На этой стадии мы пытаемся лечить или исключить патологии, угрожающие жизни, а не ставить точный диагноз.

Воздушные пути и сохранность шейного отдела позвоночника - A. Airway

Самое важное при оказании помощи пострадавшему - это исключить вероятность обструкции верхних дыхательных путей.

Правило говорит о том, что если раненый разговаривает (связно или бессвязно), то он не страдает от повреждения верхних дыхательных путей. В случае если пострадавший нем, или находится в бессознательном состоянии исключить поражение дыхательных путей трудно, поэтому мы должны прислушаться к дыханию пострадавшего (не аускультуруя легкие), и посмотреть на его лицо.

Храп или хрип являются явным признаком проблемы, представляющей острую угрозу жизни и требующей неотложного решения. Обязательно следует предупредить, что запрокидывать голову раненому (хороший и принятый способ открыть дыхательные пути) **абсолютно запрещено**, поскольку у него может быть поврежден шейный отдел позвоночника. По этой же причине в стадию «А»

включена также фиксация шейного отдела позвоночника, так как при наличии проблемы в дыхательных путях, недосмотр может привести к необратимому повреждению спинного мозга.

После решения проблемы на этапе «А» или после её исключения переходим к этапу «В».

B. Breathing

На этом этапе мы проверяем наличие повреждений в области грудной клетки, которая, которые могут представлять острую опасность для жизни пациента.

Существует несколько проблем, которые можно обнаружить без использования сложных диагностических приспособлений.

Речь идет о следующих проблемах:

Напряженный пневмоторакс

Tension Pneumothorax

Открытый пневмоторакс

Open Pneumothorax – Sucking Wound

Массивный гемоторакс

Massive Hemothorax

Болтающаяся (патологически подвижная) грудная клетка Flail Chest

Тампонада сердца

Cardiac Tamponade

В соответствии с принятым подходом сначала следует удостовериться, существует ли патология грудной клетки, которая представляет прямую угрозу для жизни, а не пытаться исключить патологии одну за другой.

Все пять вышеперечисленных патологий приводят к дыхательной недостаточности, поэтому, её отсутствие, очевидно означает, что у пострадавшего нет тяжелых проблем с дыханием.

Дыхательная недостаточность выражается в тахипнее. У взрослого (в отличие от ребенка) количество вдохов от 10 до 30 в минуту считается нормальным. Поэтому на этапе «В» надо считать дыхательные движения, и только если количество их превышает 30, следует выявить патологию и немедленно ею заняться.

Если количество дыхательных движений в пределах нормы, или патологии находятся под контролем, можно перейти к этапу «С».

C. Circulation

На этом этапе мы ищем внешние кровотечения и оказываем помощь, если они представляют непосредственную угрозу для жизни.

Определение опасного кровотечения (у одетого больного): это кровотечение, которое просматривается через одежду.

На этом этапе мы должны выяснить, находится ли пострадавший в шоковом состоянии.

Шок - у взрослого (в отличие от ребенка) определяется как пульс свыше 100 ударов в минуту. Если оказалось, что пульс больного выше 100 ударов в минуту, следует поставить две периферические внутренние капельницы (посредством большой венозной иглы) и начать вводить через них жидкости (Normal Saline / Hartman).

Следует исключить кровотечение в полости живота, таза и груди.

После этого переходим к этапу «D».

D. Disability

На этом этапе мы хотим оценить неврологическое состояние пострадавшего и состояние его сознания.

Следует проверить уровень его сознания, состояние зрачков, а также его способность шевелить всеми конечностями. При проверке используется шкала GCS – Glasgow Coma Scale.

Все это следует произвести перед переходом к этапу «Е».

E. Exposure & Environment

Этап раздевания и укрывания пострадавшего.

Очень важно на этом этапе полностью раздеть пострадавшего, после чего укрыть его во избежание переохлаждения.

Это были пять этапов первичного осмотра, который является самым важным этапом общего подхода к пострадавшему.

Детали процесса оказания помощи

Разговариваем с больным и одновременно отмечаем одышку. Если не уверены, считаем количество вдохов. После чего измеряем пульс или смотрим на Pulse Oxymeter.

При необходимости вводим капельницу. Проверяем сознание, зрачки и движение конечностей, раздеваем пострадавшего.

Чем легче рана, тем короче первичный осмотр (так как нет патологии, требующей лечения). Чем рана тяжелее, тем важнее первичный осмотр, и тем больше времени он занимает.

Этап реанимации - Resuscitation

На этой стадии мы пытаемся привести в норму физиологические показатели пострадавшего.

Следует подчеркнуть, что речь не идет о конвенциональной реанимации, т.е. о Cardiopulmonary resuscitation, необходимость в которой при травме возникает крайне редко, и практически CPR в таких ситуациях не производится.

На этом этапе следует произвести несколько процедур:

- а. Процедуры, спасающие жизнь, например: ввод дренажа, интубация, и агрессивное лечение шока.
- б. **Мониторинг** – включая пульс, давление, температуру тела и уровень CO₂ в выдыхаемом воздухе.

Мониторинг производится в следующем порядке:

Сатурация - при помощи прибора Pulse Oxymeter

Измерение давления с кратковременными интервалами.

Прикрепление электродов Э.К.Г.

Проверка End Tidal CO₂ у искусственно вентилируемого больного.

Подсчет дыхательных движений.

Температура – измеряется ректально – только после ректальной проверки врачом.

Запись и отчет в журнале палаты протившоковой терапии, проверка жизненно-важных показателей каждые 10 минут.

- в. **Рентген** – при травмах обязательно сделать снимок грудной клетки.
 - Введение зондов - зонд в желудок и катетер в мочевой пузырь.

Противопоказания для введения катетера: кровь в меатусе.

травма полового органа и яичек.

простата, которая не прощупывается.

гематома на мошонке.

- **Анализ крови** – берется артериальная кровь, которая исследуется на предмет газов, формулы и свертываемости.

Также производится проверка группы крови и заказ донорской крови в банке крови.

- Производится Fast US с тем, чтобы исключить внутреннее в брюшной полости.
- Делаются специфические анализы, такие как диагностическое промывание брюшной полости (Diagnostic Peritoneal Lavage – DPL) а также СТ живота. Перед DPL необходимо ввести зонд в желудок и катетер в мочеиспускательный канал.

г. **Secondary Survey**

Стадия проверки больного и оказания помощи по мере обнаружения проблем, включая осмотр с ног до головы.

1. Всесторонний осмотр для обнаружения скрытых ранений.
2. Рентгеновские снимки.
3. Фиксация конечностей.

Во время лечения следует обратить внимание на результаты УЗИ и принять решение о дальнейших мероприятиях.

Во время ухода за пострадавшим, до того, как он перейдет в следующую инстанцию, следует постоянно оценивать его состояние и следить за следующими параметрами:

1. Жизненно-важные показатели.
2. Состояние сознания.
3. Проверка зрачков.
4. Баланс жидкости (Input \ output).
5. Проверка кровотечения – сильное или возобновившееся из ран.
6. Температура и пульс в зафиксированной конечности.

Definitive Care

Это завершающий этап оказания помощи. Он заключается в перевязках, фиксации и операциях, с учетом вопроса обезболивания.

- Во время всех процедур, больной не должен страдать от боли.
- Следует проверить по мере возможности уровень боли во время вторичного осмотра при помощи шкалы Visual Analog Scale (Vas).
- Следует купировать боли в соответствии с результатом проверки и указаниями врача.
- Следует документировать все, что касается обезболивающих в «карте данных сложного пациента».
- Все больные на искусственном дыхании должны получать обезболивающие постоянно, так как они не в состоянии сообщить о боли, а искусственная вентиляция легких её не отменяет.

Принципы работы группы разных специалистов при оказании помощи пострадавшему в палате противошоковой терапии

Оказание помощи в палате противошоковой терапии характеризуется динамичностью работы, жесткими временными рамками и совместными усилиями по спасению жизни пострадавшего. Реанимация пострадавшего требует работы многопрофильного медицинского состава, направленной на единую цель.

Медицинский состав определяется как группа людей (как минимум двое), которые совместно действуют для достижения общей, согласованной цели, разделяя при этом между собой специфические обязанности.

Первичное оказание помощи включает в себя своевременное выявление проблем симптоматическое лечение, и перевод пострадавшего на лечение в соответствии с постоянными инструкциями и правилами работы.

Медицинский состав в палате противошоковой терапии делится на: «внутреннее» то есть ближайшее к пострадавшему, и «внешнее окружение». Во «внутреннем окружении» работают два общих хирурга, 2 -3 медсестры отделения экстренной медицины, специализирующиеся в области реанимации, врач - травматолог, медсестра - координатор травматологии и врач - анестезиолог. Во «внешнем окружении» находятся врачи-консультанты - хирурги и реаниматологи, социальный работник, секретарши, техники и санитары.

Модель требует от всех участников четкого знания своей ответственности на всех этапах оказания помощи больному, а также осведомленности о работе команды, которая работает параллельно на том же этапе.

Оказание помощи в соответствии с принципами А.Т.Л.С. происходит одновременно: пока один сотрудник проводит этап «А» второй параллельно проводит этап «В», и так далее.

Такая работа требует навыков, координации, профессионализма, умения принимать решения, разделения ответственности и конкретных заданий. Команды зависят друг от друга при проведении всех этапов оказания помощи пострадавшему. Оказание помощи включает постоянный обмен устной и письменной информацией на протяжении всего процесса.

Подготовка палаты противошоковой терапии.

В палате противошоковой терапии медицинский состав занимается тяжелоранеными пострадавшими.

Организация палаты противошоковой терапии.

Необходимо следить за тем, чтобы палата была всегда наготове, в любое время дня и ночи. Она должна быть полностью оснащена в соответствии со списками оборудования палат противошоковой терапии.

Из кого состоит группа медицинских работников, и каким образом распределяется между ними работа.

Работа медицинской группы является ключевой в оказании помощи пострадавшему. Строгое соблюдение принципов работы, разделение функций и четкая коммуникация обеспечивает качественное лечение.

Медицинская группа состоит из:

Двух врачей - хирургов, двух медсестер, координатора травматологии, дежурного травматолога.

Дополнительная группа: санитар, техник дыхательной аппаратуры, медицинский секретарь и социальный работник.

Ведущий хирург является главой группы и несет ответственность за весь процесс работы. Все остальные врачи являются консультантами – они ожидают разрешения главного врача на проведение проверок и оказание помощи после получения первичных объяснений.

Одна медсестра руководит работой с пациентом в координации с ведущим хирургом – ответственным за лечение.

Вторая медсестра работает в координации с первой.

Медицинская группа остается с пострадавшим на всем протяжении процесса оказания помощи. Следует избегать смены персонала. Если состав меняется, необходимо записать в предназначенном для этого месте данные нового состава и передать ему исчерпывающую информацию о пострадавшем. Если ведущий хирург не присутствует в палате противошоковой терапии во время приема пострадавшего, проверку должен осуществить (в соответствии с принципами ATLS) другой врач, которому следует отложить занятие пострадавшим в контексте своей конкретной специализации до появления ведущего хирурга.

Обязанности медсестры во время оказания помощи пострадавшему.

а. Прием пострадавшего

Медсестра номер 1 – руководит уходом за пострадавшим.

Ответственна за дыхательные пути раненого.

Стоит слева от раненого, возле изголовья кровати, напротив руководителя процесса.

Помогает в переноске раненого – с носилок на травматологическую кровать:

пострадавшему на искусственной вентиляции легких – следует отсоединить «амбо»\ аппарат ИВЛ на время переключивания, а когда больной лежит на специальной кровати, вентилировать его легкие при помощи «амбо» 100% кислородом, пока врач не прослушает легкие и не подключит больного к аппарату искусственного дыхания, установив его параметры.

Пострадавшего на спинальной доске или с «филадельфийским воротником» следует перенести вместе с оборудованием, при необходимости фиксируя шею.

Всем больным, которые дышат самостоятельно, надевается кислородная маска!!!

Раненым на аппарате искусственного дыхания производится вентиляция кислородом при помощи «амбо» с резервуаром, и одновременное прослушивание легких врачом.

Подключение к аппарату искусственной вентиляции, настроенному врачом.

б. **Медикаментозное лечение**

Введение анестетиков:

Следует убедиться, что всё необходимое для интубации, включая медикаменты, готово до её начала.

Перед интубацией нужно успокоить пострадавшего и одновременно вентилировать его легкие посредством «амбо» с маской.

В процессе интубации надо следить за уровнем оксигенации крови пациента.

По окончании процедуры – фиксация тубуса.

Следует убедиться в том, что тубус находится на месте, прослушав легкие, а в дальнейшем с той же целью – произвести рентген грудной клетки.

Во время процедуры –

Помощь во всем, что потребуется – дренаж \ пункция грудной клетки.

Помогает далее в раздевании пострадавшего, в процедурах, связанных с АВС, и введении зонда пострадавшему, подключенному к аппарату искусственного дыхания.

Медсестра номер 2

Стоит в ногах у пострадавшего, справа от него.

Следит за показаниями приборов в следующем порядке:

- Сатурация
- Прибор для измерения давления.
- Монитор Э.К.Г.
- Ректальный термометр – вводится хирургом только после ректальной проверки!

Параллельно с раздеванием больного, или после него, объявляет **первые показатели.**

Укрывает пострадавшего и согревает специальной лампой.

Подключает согревающие капельницы, вводит капельницу (зеленый венфлон) по мере необходимости.

Берет шприц с кровью у врача и переливает в пробирки и в шприц для анализа газов в крови (промытый гепарином).

Заполняет бланки: лабораторные анализы

газы в крови

группа крови, после подписи врача на наклейке и на бланке, заверяет данные своей подписью.

Отправляет анализы в лаборатории:

- Газы в крови, включая лактат.
- Банк крови.
- Срочная лаборатория.

Записывает показатели, заказывает анализы и связывается с дополнительным лечащим персоналом.

После прибытия пострадавшего следует заказать рентгеновские снимки и УЗИ живота.

Заказ снимков и вызов консультантов:

Проверяет регистрацию пострадавшего и подготовку наклеек в регистратуре.

Заказывает рентген грудной клетки и таза.

Принципы мониторинга пострадавшего

Принципы проверки:

Порядок действий основан на принципах ABC и помогает медицинскому составу заново оценить состояние раненого.

Надо помнить, что контроль медсестер за показателями пострадавшего, то есть знание нормальных значений показателей, с учетом возраста пострадавшего и

характера его ранений, являются решающими факторами при назначении лечения пострадавшему.

1. Измерение сатурации.
2. Измерение давления.
3. ЭКГ.
4. ETCO₂
5. Измерение ректальной температуры.

Особые замечания:

Прибор, измеряющий сатурацию – желательно надеть датчик на палец руки пострадавшего. Обратите внимание – измерение сатурации может зависеть от частоты сдавливания руки манжетой тономера, от жгутов на артериях или на венах, от повреждения кровеносных сосудов, от неправильной препозиции, от охлаждения конечности и даже от наличия лака на ногтях.

Если сатурация низкая или не измеряется, надо проверить прибор и состояние конечности, одновременно следя за дыхательными путями пострадавшего.

Измерение давления производится на верхней или нижней конечности. Нельзя устанавливать манжету тономера на сломанную конечность или над периферийной инфузией. Следует измерять давление каждые пять минут. В случае если измерить не удастся, нужно проверить манжету тономера (надувается ли она), а также - не перекрыты ли его трубки.

ЭКГ – не рекомендуется прикреплять электроды на грудную клетку пациента. Если на экране кардиографа есть нарушения, надо проверить, правильно ли прикреплены электроды.

ETCO₂ – следует подсоединить пострадавшего к датчику сразу после подключения к дыхательному аппарату. Низкие показатели свидетельствуют о том, что тубус не находится в трахее! Высокие показатели говорят о слишком малом количестве дыхательных движений, пониженном дыхательном объеме или о закупорке дыхательных путей выделениями.

Ректальная температура – цель измерения температуры состоит в предотвращении гипотермии, которая может привести к нарушениям свертываемости крови.

Планирование перевода раненого из палаты противошоковой терапии

Медсестра номер 1

После того, как руководящий врач принял решение о перемещении пострадавшего из палаты противошоковой терапии, медсестра номер 1 должна произвести следующие действия:

- Координировать перевод со следующим пунктом назначения.
- Записать жизненные показатели и распечатать данные.
- Собрать документы и снимки пострадавшего в коричневый конверт.
- Удостовериться вместе с хирургом в том, что рентген грудной клетки и В.С. в норме.
- Удостовериться в наличии опознавательного браслета, снять с пациента оставшиеся украшения и передать семье или секретарю, вместе с другими вещами пострадавшего.
- Проверить фиксацию тубуса, зонда, повязок.

- Закрывать повязки.
- Перевесить инфузию на кровать.
- Заменить пустые капельницы новыми.
- Укрыть раненого, в целях соблюдения его достоинства.
- Взять чемодан с оборудованием и медикаментами для перевода раненого + «амбо».
- Подключить дыхательный аппарат к кислородному баллону (с давлением 100 атмосфер как минимум).
- Отрядить медсестру для сопровождения пострадавшего в пункт назначения.
- При переводе в операционную или в отделение – снабдить больного регистрационными наклейками.
- Связаться с семьей и передать информацию о пострадавшем.

Медсестра номер 2

Помогает медсестре номер 1 подготовить пострадавшего к перемещению.

Перемещение больного из палаты противошоковой терапии – только в сопровождении врача.

Перевод пострадавшего в следующее отделение:

Устная передача информации о пострадавшем от одной медсестры другой.

- Возраст.
- Характер ранения.
- Описание ранения \ диагноза.
- Процесс оказания помощи в палате противошоковой терапии.

- Перечень процедур, которые были произведены, или любая иная важная информация.
- Важная психосоциальная информация – установление коммуникации между медсестрой и семьей пострадавшего.
- Помощь в перемещении пострадавшего.

Психологическая поддержка пострадавшему, его семье и медперсоналу

Травматические события являются непредвиденными и нелегкими для пострадавшего, для его семьи и для медицинского персонала.

Оценка душевной травмы и предоставление квалифицированной помощи на ранних этапах уменьшит шансы на возникновение продолжительного ущерба психическому здоровью, образующегося в результате пережитого травматического события.

Усилия медицинского персонала на различных стадиях оказания помощи концентрируются на попытке предупредить возникновение Post Traumatic Stress Disorder – клинического синдрома, который развивается после травматического события, напрямую угрожавшего жизни пациента.

Клинические симптомы этого синдрома – замкнутость, повторное непроизвольное переживание события и повышенная возбудимость.

Во время оказания помощи пострадавшему следует оценить тяжесть симптомов и в соответствии с оценкой предоставить дополнительное лечение.

Как правило, на первой стадии у пострадавшего появляется Acute Stress Reaction – острая реакция на стресс, которая ограничена первым месяцем и проявляется в

следующих симптомах: повторное переживание событий, избегание помощи, перевозбуждение и замкнутость.

Лечение включает в себя психологическую помощь в соответствии с Cognitive Behavioral Therapy, поддержку и динамичную терапию. Лекарственное лечение включает в себя антидепрессанты, снотворное, и бензодиазепины - от тревоги и раздражительности.

Семью пострадавшего должен сопровождать как лечащий состав, так и группа специалистов разного профиля, так как и у семьи столкновение с травматическим событием такого рода может вызвать симптомы ASR.

Комбинированная модель, при которой психологи и врачи работают совместно, обеспечит наилучший уход и ранний диагноз.

Принципы лечения включают в себя оказание немедленной помощи при кризисе, оценку душевного стресса и помощь в скорейшем возврате к нормальному функционированию. Техники лечения включают в себя легитимацию и нормализацию, снижение тревожности, предоставление информации и помощь в укреплении поддерживающих факторов.

Уход за тяжелоранеными включает многие аспекты, такие как клинический, душевный и социальный. Правильная подготовка обеспечит качественное лечение и максимально быстро вернет пострадавшего к его нормальной жизни.

Источники:

Майклсон М., прогрессивный уход при травме. A.T.L.S. Advanced trauma life support, «Дахуф», февраль 1995 г. 3; 7-9.

Ben-Barak S., Inselbuch M., Hayms G., Straucher Z., Michaelson M., Gopher D., Tal-Or E., Klein Y. Teamwork in a Complex System: An Analysis of Hospital Shock-

Trauma Unit. International Conference on TQM and Human Factors – towards
successful integration. Linkoping, Sweden.

June 15-17, 1999

Оценка состояния и оказание помощи при душевной травме в результате ранения или травматического события

Американское объединение психиатрии определяет травматическое событие, как событие, которое возникает, когда человек переживает происшествие или происшествия, представляющие реальную или потенциальную угрозу его жизни, или существенного физического ранения его самого или другого лица.

Реакция человека комбинирует в себе страх, ощущение беспомощности и ужаса. Эта реакция может появиться в результате таких событий как изнасилование, несчастный случай, катастрофа, бой, ранение в результате насилия и др.

Человек ощущает дискомфорт, при котором проявляются навязчивые мысли наряду с физическими симптомами паники, такими как тошнота, жар, учащенный пульс. Это нормативные явления после травматического события.

Степень риска развития у пострадавшего посттравматического синдрома зависит от его предыдущих душевных реакций, от защитных механизмов, как например, храбрость и стойкость и от опыта прошлых потерь. Исследования травмы доказали, что физическое ранение и ощущение угрозы жизни связаны с развитием Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).

Максимально раннее вмешательство после травмы, помогающее пострадавшим говорить о своих чувствах, может в значительной мере помочь пострадавшему справиться с перенесенной травмой.

На оси времени можно определить три ситуации, связанные с душевной реакцией после травматического события:

Acute Stress Reaction (ASR)

Acute Stress disorder (ASD)

PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)

Acute Stress Reaction (ASR)

Человек, перенесший травму, может впасть в состояние Acute Stress Reaction – острая стрессовая реакция. Уровень риска возникновения такой реакции увеличивается, если человек перенес комбинированное физическое ранение.

Предыдущее поведение человека в подобных обстоятельствах крайне существенно для прогноза развития ASR. Первые реакции и симптомы представляют собой ощущение недостатка внимания, избегание существующей ситуации или ощущение перевозбуждения, вегетативные симптомы – физические проявления тревожности (тахикардия, потливость, румянец). Эти симптомы появляются в течение нескольких минут после стрессового события и исчезают спустя два - три дня.

Если симптомы проходят, нет необходимости в оказании помощи, достаточно разговора с другом или близким человеком. Если симптомы не проходят, можно помочь, рассказав о способах успокоения: техниках релаксации, правильного дыхания и иных методах для снижения тревожности. Иногда можно использовать медикаменты против тревожности. Общественная поддержка крайне важна для того, чтобы помочь пострадавшему справиться с травматическим событием.

Если симптомы не проходят спустя указанное время, вероятно, пострадавший переживает Post Traumatic Stress Disorder

ACUTE STRESS DISORDER (ASD)

A.S.D. – острое стрессовое расстройство, развивающееся в течение одного месяца после травматического события. Это временное явление, которое может возникнуть как реакция на физический и душевный стресс у пациентов, не страдавших ранее душевными расстройствами.

Расстройство сопровождается диссоциативными симптомами, такими как деперсонализация, дереализация, диссоциативная амнезия, тревога, депрессия, беспокойство, пониженная внимательность, неспособность справиться с воздействием раздражающих факторов. Пострадавший ощущает дезориентацию, заново переживает травму через повторяющиеся воспоминания, ночные кошмары, флэшбэки, навязчивые мысли, а также избегает каких-либо раздражающих факторов, которые могут оживить травматическое событие, как например, мысли о событии и о происходящем вокруг него, избегает ощущений и действий, которые были связаны с травмой. К симптомам относятся также паническое расстройство, например, повышенная возбудимость, нарушение сна, беспокойство, затруднение концентрации внимания. Иногда пострадавший может ощутить приступ паники, сопровождающийся потливостью, тахикардией и румянцем. Симптомы могут возникнуть в течение нескольких минут после травматического события и исчезают спустя два–три дня.

PTSD (POST TRAUMATIC STRESS DISORDER)

Такая реакция развивается в течение 3 – 6 месяцев после травмы. Пострадавший переживает фрагменты события, видит повторяющиеся сны и кошмары, связанные с травматическим событием. Пострадавший пытается игнорировать все, что, возможно, напоминает ему о событии, иногда забывает некоторые детали

события, может находиться в перевозбужденном состоянии, в подавленном настроении, испытывает изолированность от общества, нарушения памяти, ночные кошмары, может с легкостью поддаваться чужому влиянию. Диагноз устанавливается на основании критериев диагноза PTSD согласно DSM4: пациент пострадал от травматического события, страдает постоянными и навязчивыми мыслями, связанными с травматическим событием, избегает каких-либо намеков, связанных с травмой, совершенно не помнит травматическое событие, либо страдает бессонницей, ощущает гнев, трудности с концентрацией. Диагноз устанавливается на основании специальных вопросников и психиатрической проверки.

Этот синдром более распространен среди женщин.

PTSD может перерасти в хроническое душевное расстройство, которое нарушает систему отношений пострадавшего с окружающим миром, не позволяет ему вернуться к работе и к своим прежним социальным связям.

Выздоровление зависит от максимально быстрого получения профессиональной поддержки.

Принципы лечения

Исследования продемонстрировали положительные результаты многоступенчатого лечения, сосредоточенного на когнитивно - поведенческой терапии для больных с ASD в течение месяца после травмы, а также для страдающих PTSD в период от одного до трех месяцев после травмы.

Любое раннее вмешательство должно соответствовать личным нуждам пациента.

Первый шаг - это поддержка и сопровождение пострадавшего со стороны семьи и близких, иногда даже поддержка в финансовых и других вопросах. Некоторые

пострадавшие будут нуждаться в психиатрическом лечении или в комбинированной психологической и социальной помощи.

Вскоре после травматического события рекомендуется проинформировать пострадавшего о возможных симптомах и реакциях.

Следует придерживаться психологического подхода в оказании первой помощи, с учетом личных душевных качеств пострадавшего. Такой подход построен на так называемом психологическом тестировании и предоставлении соответствующей помощи. Пострадавшие справляются со стрессом различными способами, и не существует формального лечения, единого для всех пострадавших.

Участие в группах поддержки должно быть добровольным, в соответствии с пожеланием пациента.

Предоставление первой психологической помощи физически пострадавшим.

Первичная психологическая помощь раненым способна предотвратить возникновение у них хронического PTSD, который может вызвать заболевания и потерю возможности вернуться к полноценной жизни.

В различных травматологических центрах следует принять к работе модель, комбинирующую физическое лечение с душевным, с целью уменьшить количество пострадавших, которые могут развить PTSD. Следует предоставить информацию мульти-дисциплинарному медицинскому составу о возможных душевных реакциях, о различных способах лечения и о возможности уменьшить ощущение тревоги.

Медсестра должна позаботиться об оказании первой помощи после кризиса, о первичной оценке основных затруднений и ощущения стресса, развившихся в результате физической травмы, и все это - с целью помочь предотвратить

ухудшение душевного состояния и дать пострадавшему возможность вернуться к нормальному душевному функционированию.

Рекомендуется пронаблюдать за больным и после его выписки, для того, чтобы выявить пострадавших, у которых начнут проявляться симптомы. Следует предоставить информацию о переводе пострадавшего в медицинские центры по месту жительства и помочь в налаживании контактов с такими центрами.

Следует не забывать о семье пострадавшего и о других людях, переживших травму в качестве второстепенных пострадавших. Проблемы пострадавшего могут создать также и проблемы в семье. В таких семьях может развиваться широкий спектр различных психологических проблем, для решения которых поддержка и консультация станут необходимыми.

Следует принять во внимание нужды людей, которые оказывают помощь пострадавшим. В приемном отделении, в отделении реанимации работа с ранеными зачастую сталкивает их с тяжелыми зрелищами, со смертью, со смертью детей, с тяжелыми ранениями.

Крайне рекомендуется предоставить медперсоналу возможность обсудить увиденное и свои переживания. По мере необходимости следует направить медперсонал на получение профессиональной помощи для сохранения душевного равновесия.

Ознакомление с системой здравоохранения

в экстренных ситуациях

Описание экстренной ситуации

Описания экстренной ситуации рассматривают различные сценарии, связанные с войной, стихийными бедствиями, авариями и терактами.

Принято разделять сценарии на две группы:

- **Сценарии военного времени**
- **Сценарии мирного времени**

Основное различие между этими группами заключается в механизмах возникновения, степени готовности, массовости и вовлеченности противодействующих структур.

Сценарий военного времени	Сценарий мирного времени
Конвенциональное происшествие (травма)	Конвенциональное происшествие: «ЭРАН» -- происшествие с многочисленными жертвами Ограниченный «ЭРАН»
Не конвенциональное происшествие: Химическое происшествие Биологическое происшествие	Неконвенциональное происшествие: Токсикологическое – «АТА» (массовое токсикологическое происшествие) Радиоактивное происшествие Биологическое происшествие

Военные происшествия поделены на различные уровни готовности, которые развиваются и меняются постепенно.

Большая часть медперсонала призывается в армию, поэтому следует по-другому распределять оставшийся в тылу медперсонал. В военное время армия является полноценным партнером в организации больниц, в обучении персонала больницы, в помощи с рабочими кадрами. Во время войны больница характеризуется как «жизненно необходимая структура», а сотрудники больницы «мобилизуются» для работы в ней.

В мирное время не существует, как правило, уровней готовности, и нет возможности постепенно подготовить больницу. От больницы ожидается, что вся текущая подготовка больницы и кадров происходит рутинно, в течение всего года. Когда случается происшествие, некоторые отделения больницы сокращают свою текущую деятельность и направляют свои ресурсы на оказание помощи пострадавшим в данном происшествии. Например, приемный покой и операционные останавливают свою текущую работу и освобождают кадры для работы с ранеными. Банк крови и лаборатории работают для раненых, социальные службы должны предоставить информацию большому количеству людей, ищущих своих родственников, дирекция направляет свои усилия на руководство происшествием.

После приема раненых и оказания помощи им все отделения возвращаются к своей рутинной работе. Некоторые отделения вернутся к текущей работе быстрее других, такие как приемный покой, а некоторые вернутся к текущей работе позже других, например, операционные или центр информации для населения и отделение социальных работников.

Происшествия военного времени

Ситуация готовности

Существует определение ситуации готовности, цель которого - указать больницам, какие действия они должны совершить для того, чтобы быть готовыми к приему раненых. Это определение включает различные функции в соответствии с заранее установленным графиком работы.

На каждом этапе больница должна быть готова к приему раненых, в заранее установленное время, каждый этап обязывает произвести несколько подготовительных действий, не включенных в предыдущий этап.

Определение степени готовности устанавливается высшим департаментом госпитализации совместно с управлением по чрезвычайным ситуациям и управлением тыла. Когда речь идет о военном происшествии, подразумевается несколько вариантов:

- Конвенциональное происшествие – конвенциональная война.
- Неконвенциональное происшествие:
 - * Химическое происшествие
 - * Биологическое происшествие
 - * Радиоактивное происшествие

Конвенциональные происшествия

Сценарий, описывающий ситуацию приема раненых в больнице в военное время.

В этом сценарии меняется распределение коек в больнице, распределение персонала, а также меняется вся текущая работа больницы.

Распределение коек – больница обязана расширить возможности госпитализации на 40% и изменить распределение больных. Больница должна быть в состоянии принять и госпитализировать большее количество травматологических больных и меньше больных, которые не являются травматологическими. Надо быть готовыми к тому, что 10% раненых понадобится госпитализация в отделение интенсивной терапии. Такой сценарий требует от больницы произвести изменения в предназначении стационарных отделений.

Медперсонал – в ситуации войны большое количество медперсонала мобилизовано, и возникает нехватка кадров. Этот факт с одной стороны, и срочная необходимость в медперсонале - с другой, обязывает больницу найти возможность максимально использовать существующий в больнице персонал.

Текущая деятельность – во время войны следует помнить, что больница обязана продолжать предоставлять услуги населению в тылу вообще и специфическим категориям больных, таким как больные на диализе, роженицы и т.д. в частности.

Оборудование и логистика – больница должна позаботиться, чтобы склады на случай экстренной ситуации были оборудованы всем необходимым для расширения деятельности больницы. В том, что касается логистики, следует подготовить более детальную программу развозки, детские сады для детей медперсонала, связь с внешними инстанциями для заказа оборудования в военное время, укрепление больницы, кормление большего количества персонала и т.д.

Экстренные цели – больница, функционирующая в военном режиме, работает под руководством штаба чрезвычайного положения, созданного из представителей дирекции и ведущих сотрудников больничного штата.

Неконвенциональные поражения

Химическое поражение

Сценарий химической войны касается ракет или бомб с химическими боеголовками. При таком сценарии больница должна принять многочисленных пострадавших в результате химической атаки (в основном от нервнопаралитического газа и органического фосфора).

История - до первой мировой войны уже было принято использовать в военных действиях природные яды, которые вырабатывали из растений или животных. Например – отравленные стрелы, воспламеняющиеся растворы, вещества с плохим запахом, или раздражающие вещества, такие как сера, мышьяк и др. Во время первой мировой войны французы использовали слезоточивый газ (1914 г.), немцы впервые использовали хлор, горчичный газ и фосген, а французы – цианид. Во время второй мировой войны Германия использовала газ для массового уничтожения евреев, японцы использовали горчичный газ, цианид и фосген.

После второй мировой войны продолжалось развитие химического оружия. В 70-е годы во Вьетнаме и в СССР использовали Yellow Rain, в восьмидесятих годах советское химическое оружие, в том числе горчичный газ, использовался также и в Афганистане. Во время войны Ирана с Ираком использовался горчичный газ, а в 1987 году Ливия использовала химическое оружие против Чада.

Подготовка больницы – больница должна быть готова к приему пострадавших от химического оружия, которые поступят в больницу из районов химического поражения. Задача больницы распределить пострадавших, дезинфицировать их, оказать им первую помощь и принять их на дальнейшее лечение. Организация больницы при таком сценарии является крайне сложной и требует большого

количества персонала. Командование тылом высылает специальное подразделение на помощь больнице.

Больница, которая находится в зоне поражения, не приспособлена к приему пострадавших от химического оружия.

Недавно были созданы центры «МАБАТ» - центры проверки и оказания помощи вне больниц, для легко раненых, пострадавших от химического оружия. Легко раненые будут направлены в центры «МАБАТ», в которых находятся военные и гражданские врачи, а раненые средней и тяжелой степени будут направлены в больницы.

Организация больницы включает также организацию внешних специальных центров для раненых, в которых будет производиться классификация, дезинфекция, распределение пострадавших в соответствии с тяжестью ранений и госпитализация в отделениях для дальнейшего лечения.

Боевые органические фосфаты

Органические фосфаты являются одной из самых больших угроз в войне или при химическом терроре.

Вещество - органические фосфаты делятся на несколько групп:

Быстро испаряющиеся фосфаты.

Стойкие фосфаты.

Некоторые органические фосфаты очень быстро испаряются. Для органических фосфатов характерна высокая токсичность. Органические фосфаты необратимо блокируют фермент ацетилхолинэстеразу в межсинаптическом пространстве. В результате этого повышается уровень ацетилхолина, что приводит к тяжелым системным нарушениям, вплоть до летального исхода.

Повышенный уровень ацетилхолина приводит к холинергическому стрессу, который выражается характерными клиническими симптомами.

Пути заражения - органические фосфаты попадают в организм через дыхательные пути, при глотании или через кожу.

При поражении через дыхательные пути клинические симптомы появляются через несколько секунд или минут и достигают пика в течение 5 – 20 минут. При заражении через кожу симптомы проявляются медленнее – от десятков минут до нескольких часов и достигают максимума через 4 – 6 часов. При попадании через рот всасывание органофосфатов может продолжаться в течение нескольких дней после поражения.

Клинические симптомы – бурная клиническая картина вызвана повышенной холинергической активностью - мускариновой, никотиновой и центральной. Как было сказано, время проявления симптомов зависит от способа заражения.

Симптомы отравления:

- Глаза: слезы, краснота, миоз (сужение до размера «булавочной головки»), нарушение зрения.
- Дыхательная система: насморк, большое количество выделений из дыхательных путей, бронхоспазм, удушье, одышка, дыхательная недостаточность.
- Кожа: обильная потливость, фасцикуляции.
- Мускулы: дрожь, слабость вплоть до паралича.
- Пищеварительная система: обильное слюноотделение, тошнота, рвота, понос, отсутствие контроля над сфинктерами.

- Мочевыводящая система: частоте мочеотделение, отсутствие контроля над сфинктерами.
- Центральная нервная система: паника, беспокойство, дезориентация, снижение уровня сознания, судороги, потеря сознания.
- Сердце и кровеносная система: замедление сердечного ритма и снижение давления, медленный пульс, низкое давление, нарушения сердечного ритма, иногда на первых этапах отравления происходит учащение пульса и повышение давления.
- Другое – боли или давление в груди, тяжелые головные боли.

Причины смерти:

- Дыхательная недостаточность, в результате обильных бронхиальных выделений, ослабления дыхательной мускулатуры и подавления центра дыхательного центра в стволе мозга.
- Частые нарушения сердечного ритма.

Лечение –

Принципы лечения отравления органическими фосфатами основаны на нескольких возможностях:

- Физическая защита – защитная одежда и маска.
- Предварительное лечение медикаментами – пиридостигмин.
- Лечение антихолинэргическими медикаментами после заражения – включая атропин, скополамин и бенактизин. Оксимы – токсогонин

(obdoxime), диазепам, ТМВ4 и диазолам находятся в автоматических шприцах (ТА).

- Лечение после заражения – поддерживающее лечение (кислород, жидкости, коррекция давления).

Медикаментозное лечение после заражения

В Израиле организована раздача автоматических шприцов населению, армии и службам спасения.

Атропин – антихолинергическое средство, раннее введение которого повышает его эффективность. Лекарство дается вплоть до проявления симптомов атропинизации, самый главный из которых – исчезновение бронхиальных выделений.

Другие симптомы атропинизации, менее достоверные:

- Горячая и сухая кожа, сухость слизистых – рекомендуется проверить подмышкой и в полости рта.
- Учащенный пульс.
- Расширенные зрачки.

Это лишь вспомогательные симптомы, которые не дают достоверной оценки, т.к. зависят от многих других факторов.

Атропинизация достигается неизвестными заранее дозами, поэтому доза устанавливается в процессе лечения в соответствии с клиническими симптомами.

Лекарство дается несколькими порциями – взрослым 1-2 миллиграмма внутримышечно каждые 20 – 30 минут у легкопострадавших. У раненых средней

тяжести – каждые 5 – 10 минут внутривенно. У тяжелораненых на искусственной вентиляции, но без инфузии, лекарство вводится напрямую в тубус.

Следует помнить, что атропин не влияет на нервномышечный синапс, поэтому, несмотря на атропинизацию больному, вероятно, потребуются продолжение искусственной вентиляции в связи с параличом дыхательной мускулатуры.

В связи с опасением повторного появления симптомов отравления, длительным впитыванием яда и высвобождением депонированного в организме вещества, следует продолжать наблюдение за ситуацией атропинизации и в соответствии с ней добавлять атропин. У средних и тяжелых пострадавших рекомендуется наблюдение в течение 24 – 48 часов.

Отравление атропином – слишком большое количество атропина вызывает сухость слизистых, расширение зрачков, нарушение зрения, остановку мочеотделения, горячую и сухую кожу и красноту лица. Иногда может появиться усталость, повышенная температура тела, учащенный пульс и дрожь, беспокойство, рассеянность вплоть до галлюцинаций и нарушение сердечного ритма в тяжелых случаях. Эти симптомы, как правило, проходят у здорового человека в течение нескольких часов. В таких случаях следует обеспечить внешнее охлаждение и продолжать наблюдение. В тяжелых случаях появится гиперрефлексия, сонливость, афазия, нистагм, гипертермия, делириум, судороги и потеря сознания. В тяжелых случаях следует взвесить возможность лечения физостигмином в дозе 1-2 миллиграмма внутривенно. Следует заметить, что физостигмин является антибиотиком ацетилхолинэстеразы, поэтому следует быть осторожным в его использовании при отравлениях органическими фосфатами.

Дополнительные антихолинергические препараты: лекарства, которые хорошо проходят гематоэнцефалический барьер и влияют на некоторые центральные симптомы отравления органическими фосфатами.

Скополамин – в отличие от атропина, скополамин дается только по указанию врача при наличии центральных симптомов отравления, таких как потеря сознания, беспокойство, дезориентация и нарушения равновесия.

Диазепам – дается внутривенно по указанию врача, несколькими дозами по 10 мг. до прекращения конвульсий, параллельно с дачей кислорода и наблюдением за возможным подавлением дыхания.

Иприт (горчичный газ)

Вещество – горчичный газ - это химическое оружие, которое относится к группе веществ, вызывающих ожоги.

Горчичный газ применяется в качестве химического оружия со времен первой мировой войны. Между 1984 – 1988 гг. в войне Ирана с Ираком это вещество широко использовалось. Также, по-видимому, Египет использовал горчичный газ в Йемене.

Иприт - это маслянистая жидкость желтого цвета, которая не растворяется в воде, обладает характерным резким запахом горчицы, чеснока или рыбы. Иприт считается устойчивым веществом, заражающим почву после распространения.

Пути заражения – иприт обладает высокой способностью проникновения через различные субстанции, в том числе с легкостью проникает через кожу и слизистые оболочки. Основное проникновение через кожу происходит в течение 20 – 30

минут. Иприт абсорбируется в крови, распространяется в организме и оседает в основном в жировых тканях, в мозге, почках, печени и мышцах. 50% от поглощенного количества выводится с мочой в течение 24 часов. Запасы вещества остаются под кожей и медленно высвобождаются, что способствует продолжительности процесса отравления.

Клинические симптомы – клинические симптомы могут длиться несколько дней и даже недель. Если заражение произошло через дыхательные пути, симптомы появятся быстрее. Объем поражения зависит от защитного обмундирования, которое находилось на пострадавшем на момент заражения. Ранние симптомы появляются через 6 – 12 часов и заключаются в жжении в области глаз, слезах, тошноте, рвотах, зуде и жжении кожи.

Методы лечения – лечение пострадавших от иприта является симптоматическим, не существует лечения антидотом.

Сначала следует отдалить пострадавшего от источника поражения, дезинфицировать его с помощью порошка Фуллера максимально быстро после поражения. Следует промыть глаза физиологическим раствором или иным изотоническим раствором. Последующее лечение зависит от рекомендаций офтальмолога, и может состоять из антибиотиков и стероидов.

Дыхание – поддерживающее лечение.

Кожа – в соответствии с протоколом об ожогах.

Пищеварительная система – поддерживающее лечение, жидкости и электролиты, проверка наличия ожогов в пищеварительном тракте, по необходимости.

Костный мозг – в соответствии с необходимостью, лечение стимулирующее костный мозг и пересадка костного мозга.

Биологическое поражение

Биологическая атака - это событие, при котором распространяются возбудители болезней или биологические яды, в качестве военного оружия или во время террористического акта. В военное время речь идет о ситуации, при которой состояние готовности повышается, объявляется общее или районное чрезвычайное положение.

В прошлом Ирак заявлял о том, что в его распоряжении имеется биологическое оружие. Ирак заявил о бактериях антракса (сибирской язвы), бактериях ботулизма, а также об исследованиях возбудителей дополнительных заболеваний, таких как чума, и возможном применении растительного яда рицина.

Основные задачи, стоящие перед системой здравоохранения это выявление неординарных заболеваний, определение и опознание болезнетворного фактора на лабораторном уровне, как можно раньше, оценка риска и правильная подготовка системы здравоохранения к такому происшествию.

Для биологических поражений характерна высокая заболеваемость и смертность, потенциал заражения между людьми, низкая заражающая доза или быстрое распространение заражения, проблема в возможности быстрой диагностики, низкая доступность вакцины, возникновение паники среди населения.

Биологическое оружие делится на несколько групп:

- Микробы – не заражающие (антракс), заражающие (чума, холера, туляремия и др.).
- Вирусы – черная оспа, геморратические вирусы, лихорадка эбола и др.
- Токсины – ботулинум, рицин и др.

История – еще в средние века применялось биологическое оружие. Тела умерших от чумы выбрасывались за укрепления осадного города. Во время франко-индийской войны британцы передали индусам одеяла, зараженные черной оспой. Во второй мировой войне японское подразделение 731 проводило опыты с антраксом над пленными в Манжурии. Недавно, в 2001 г. были использованы споры антракса.

Антракс

Бактериальное биологическое оружие. Первая промышленная болезнь, выявленная во второй половине 19-го века. Антракс это ветеринарная болезнь травоядных, поражение людей считается случайным. Болезнь антракс существует во всем мире, включая Израиль. Каждый год сотни людей в разных странах заражаются антраксом, однако дыхательный антракс является редким и не передается от одного человека к другому.

Болезнетворный фактор – бактерия антракса – *Bacillus anthracis* выявляется в мазке в виде коротких цепочек. Бактерия может образовать споры. В большинстве случаев появление грам-положительных палочек в посевах является результатом заражения образцов кожными бактериями, поэтому при подозрении на бактерию антракса, следует оповестить об этом лабораторию. Выращивание бактерий в посевах крови происходит очень быстро, и результат может появиться уже спустя 8 часов.

Споры антракса находятся в почве, травоядные животные заражаются при случайном поглощении почвы, содержащей споры. Для скота эта болезнь смертельна. Туша животного, разлагающаяся на земле, приводит к новому распространению спор антракса в почве. Споры крайне устойчивы к природным

условиям и могут выжить в останках животного или в почве в течение многих лет, до следующего заражения.

Пути заражения – заражение человека является случайным, в результате контакта с трупом зараженного животного или с останками (например, с кожей, костями и т.д.), или в результате поедания мяса зараженного животного.

При кожном антраксе споры попадают в организм через какую-либо рану на коже. При кишечном антраксе споры \ бактерии попадают в организм в результате поедания мяса зараженного животного. При дыхательном антраксе споры попадают в легкие при вдохе. Такая форма болезни крайне редка и как правило указывает на биологический террор. Болезнь не передается от одного человека другому.

Клинические симптомы – признаки, которые могут вызвать подозрение на антракс: молодой больной, без хронических заболеваний, с серьезными дыхательными симптомами, быстро ухудшающимися. При рентгене грудной клетки видно расширение медиастина. Чем больше больных со сходными симптомами, тем сильнее будет подозрение на антракс. Предполагаемые результаты анализов: рентген – расширение медиастина, экссудат и трансудат в плевральной полости, на СТ – лимфаденит лимфоузлов средостения, лабораторные анализы неспецифические, посев мокроты – не диагностический, посев крови – крупные грам-положительные бациллы (как правило, приведет к выводу о заражении образцов).

Методы лечения

Крайне важно оказать помощь вовремя. Следует как можно быстрее начать принимать антибиотик (доксиллин). Продолжительность лечения – 60 дней. На острой стадии, согласно исследованиям, лечение неэффективно.

Профилактика – профилактическое лечение предоставляется людям, которые находились в районе распространения болезни, при неординарном биологическом происшествии (болезнь не переносится от одного человека к другому, поэтому нет необходимости в профилактическом лечении для контактировавших с пациентом).

Чума

Бацилла чумы относится к группе заразных бактерий. Это самый известный возбудитель эпидемий в истории человечества, который называют «черной смертью». Эпидемия, вспыхнувшая в Европе в 14-ом веке, унесла треть населения континента. Последняя пандемия произошла в Индии и Китае и уничтожила 12 миллионов жизней. Сегодня, когда говорят о чуме, имеют в виду только биологическое оружие. Были обнаружены доказательства производства и хранения бактерий чумы в проекте биологического оружия в бывшем СССР.

Возбудитель – бактерия под названием *Yersinia pestis*

Пути заражения – бактерия размножается в пищеварительном тракте блохи и приводит к его непроходимости. Бактерии передаются при укусе блохи. Существуют описания, согласно которым перед вспышкой чумы была замечена высокая смертность среди крыс. В связи с этим блохи перебирались со своего естественного носителя – крысы – на людей и передавали им болезнь. Человек заражается случайно, после укуса зараженной блохи. Заражающей формой является дыхательная форма болезни, она и привела к вспышкам больших

эпидемий в мире. Дыхательная форма чумы передается от одного человека другому воздушно-капельным путем. Существует опасение, что бактерия чумы будет распространена во время биологического теракта в виде аэрозоля и приведет к дыхательной форме чумы у заразившихся.

Клинические симптомы – болезнь дыхательных путей, которая проявляется как воспаление легких. Болезнь можно определить, когда возникает серьезное подозрение, основанное на появлении большого количества относительно молодых, как правило, ранее здоровых людей, с тяжелой пневмонией, состояние которых очень быстро ухудшается. Диагноз будет основан на обнаружении бактерии в крови или мокроте.

Методы лечения – стрептомицин внутримышечно или иной аминогликозид – внутривенно. Профилактика – доксицилин или ципрофлоксацин перорально. Болезнь крайне заразна, требует профилактики и наблюдения для медперсонала.

Черная оспа

Вирус, применяемый при биологической войне. Болезнь черной оспы происходит от вируса вариолы. Болезнь была побеждена после всемирной вакцинации.

Возбудитель – вирус семейства orthopoxviruses, крупный ДНК вирус в форме кирпича (brick shape). Дополнительные вирусы этой группы: vaccinia, camelpox, monkey pox, chickenpox. Это относительно устойчивый вирус и он подходит для распространения воздушно-капельным путем, поэтому применим в биологических терактах.

Единственным природным носителем болезни является человек.

Пути заражения – болезнь передается от человека к человеку капельным образом, при прикосновении и через воздух (в соответствии с уровнем заражения). После

10 – 14 дней инкубации появляются неспецифические симптомы (продолжительные) а именно: жар, слабость, боль в мышцах и спине. Спустя 2 – 4 дня температуры появляется сыпь на слизистой рта. С этого момента больной начинает быть заразным для окружающих.

Клинические симптомы: сыпь – центрифугальная, в основном, на кистях рук и ног, при этом язвы находятся на одинаковой стадии развития, затем везикулярная жидкость мутнеет, и везикулы превращаются в пустулы, а на 10 – 14 день сыпи, если больной выздоравливает, пустулы высыхают и образуются корочки, которые потом отпадают. На месте язвы остается рубец гипо- или гиперпигментированный. Некоторые рубцы, в основном на лице, остаются навсегда. Язвы содержат живые и заразные вирусы, пока не высохнут и не отпадут. Смертность при этом заболевании составляет 30%.

Методы лечения – лечение при черной оспе, в основном, поддерживающее. Антибиотики показаны при вторичных инфекциях. Существует активная вакцина, основанная на вирусе (vaccine). Вакцина дает иммунитет уже после 4-ех дней. После того, как болезнь исчезла, ВОЗ рекомендовал прекратить всеобщую вакцинацию.

Болезнь считается очень заразной, клиническая картина выражается в высокой температуре и кожной сыпи.

Существует активная вакцина на основе вируса, которая дается до заражения болезнью.

Ботулизм

Токсин, применяемый при биологической войне.

Возбудитель – ботулизм вызывается токсином, произведенным бактерией *Clostridium botulinum*. Токсин – это протеолитический активный белок, который приводит к прекращению выделения ацетилхолина в синаптическое пространство, в результате чего наступает расслабленный паралич мышц.

Ботулизм возникает естественным путем в пяти формах: младенческий ботулизм, скрытый ботулизм, газовая гангрена, ятрогенный ботулизм, и пищевой ботулизм в результате отравления.

Пути заражения – самая прогнозируемая форма при террористической атаке - это заражение через дыхательные пути, она же и самая опасная с точки зрения прогноза.

Клинические симптомы: ботулизм - это неврологический синдром расслабленного, острого нисходящего симметричного паралича, без температуры, который начинается всегда с черепно-мозговых нервов и распространяется на скелетную мускулатуру. Диагноз устанавливается на основании клинического подозрения и в соответствии с эпидемиологическими симптомами.

Методы лечения – массивное поддерживающее лечение, в основном – дыхательной системы, и специфические антитоксины, которые следует дать максимально быстро после отравления.

Происшествия в мирное время (не военное)

Эти происшествия могут случиться в мирное время, без предупреждения – например, дорожные аварии, теракты, катастрофы, связанные с опасными веществами, авиакатастрофы.

Принципы работы больницы при приеме многочисленных раненых поступающих в течение короткого времени в количестве, превышающем обычные возможности больницы, требуют особой организации.

Как и было отмечено, речь идет о ситуации, при которой следует срочно мобилизовать все ресурсы больницы и распределить их по-другому на короткий период времени.

Больницы являются лишь частью системы спасательных и экстренных служб, работающих над ликвидацией последствий происшествия. Больницы сотрудничают с «Маген Давид Адом», с пожарными службами, с полицией Израиля, и с министерством охраны природы. Также за организацию и ликвидацию последствий происшествия несет ответственность Армия Оборона Израиля и министерство здравоохранения.

Конвенциональное происшествие

Нам известно о нескольких видах конвенциональных происшествий в мирное время, как крупномасштабных, так и ограниченных.

Их различие состоит в возможностях больницы справиться с ними. Эти возможности определяются наличием достаточного количества квалифицированного персонала, умеющего оказать помощь большому числу пострадавших, наличия достаточного количества свободных операционных, от

наличия соответствующего необходимого оборудования. То есть, речь идет о количестве пострадавших по сравнению с ресурсами больницы, позволяющими оказать помощь, так как если бы речь шла об отдельных пострадавших, а не о большом количестве раненых.

«АРАН» – происшествие с многочисленными жертвами

Ситуация, при которой количество пострадавших превышает возможности больницы оказать помощь каждому из них в приемлемое время, требует иной организации системы в больнице.

Больница справляется с такой ситуацией, распределяя пострадавших в три основных приемных центра – центр ожидания, в котором находятся, в основном, легкораненые, центр неотложной помощи и центр смертельно раненых.

При происшествии с многочисленными пострадавшими большинство средств направлено на оказание помощи тем, кому эти средства необходимы и у кого есть шанс выжить. То есть, центр неотложной помощи получит максимальные ресурсы больницы – приоритет в операционных, большее количество квалифицированного персонала, приоритет при анализах и т.д.

«Аран» ограниченный

Происшествие, в котором количество пострадавших и характер их ранений требует иной организации труда с целью оказать помощь каждому, так как если бы он был единственным.

Все происшествия в мирное время подлежат аналогичной классификации и аналогичному подходу. Ограниченным происшествием должны заниматься приемный покой, каждый пострадавший должен получить лечение так, как если

бы он был единственным. Если больница не в состоянии оказать каждому пострадавшему такую помощь, директор больницы, его представитель или отдел чрезвычайного положения должен объявить о происшествии с многочисленными пострадавшими, со всеми вытекающими последствиями.

При каждом происшествии предполагается следующее распределение пострадавших:

Предположительно две трети конвенциональных пострадавших (травма) будут легко ранеными.

Предположительно 10% потребуется операция.

Организация работы

При каждом происшествии с многочисленными пострадавшими (ПМП), или при ограниченном ПМП следует послать подкрепление в приемное отделение. При происшествии с многочисленными пострадавшими необходимо увеличить количество персонала также и в центре ожидающих и в центре смертельно раненых. Это касается врачей, медсестер и парамедицинских работников со всей больницы. Также следует увеличить количество оборудования в отделении. Медперсонал должен обладать профессиональными навыками и пополнять свои знания в течение всего года. Для этого проводятся централизованные дни обучения во всех больницах.

В начале происшествия медперсонал вызывается на места приема и лечения пострадавших. Руководители центров распределяют медперсонал на позиции и, если есть время, напоминают каждому его обязанности (использование драгоценного времени). Рекомендуется установить постоянное и заранее известное распределение работы. За каждым пострадавшим в центре неотложной помощи закреплен врач и две медсестры.

Triage – медицинская сортировка - процесс, который начинается на месте происшествия и продолжается до госпитализации в отделение. Цель сортировки – установить приоритеты оказания помощи, вывоза и операций.

В центре приема пострадавших производится первичная классификация пострадавших в соответствии с тремя основными группами:

1. Пострадавшие, которые нуждаются в немедленном лечении, переводятся в центр неотложной помощи, например, те, кому требуется срочная помощь для спасения жизни или сохранения конечности. В основном, речь идет о ситуации, при которой поражены дыхательные пути или имеются существенные физиологические нарушения дыхания, сильное неостанавливаемое кровотечение или кровотечение, при котором необходима срочная операция на сосудах.
2. Пострадавшие, которые не нуждаются в срочном лечении, будут направлены в центр ожидания. В основном, речь идет о пострадавших, хирургическое лечение и тщательное исследование которых может быть отсрочено на несколько часов, без причинения существенного, необратимого ущерба.
3. Смертельно раненые – перемещаются в центр смертельно раненых, и приоритет оказания им помощи будет значительно ниже остальных.

Покойников следует перевести в отдельное место или в морг.

Цель медицинской помощи при происшествии с многочисленными пострадавшими:

- Спасение жизни тех, кого можно спасти.

- Стабилизация и перевод на лечение в другие больницы, если в больнице, принимающей пострадавших, не могут оказать помощь в приемлемое время.
- Предотвращение инвалидности, которую можно предотвратить.

Демографическая медицинская запись:

При происшествии с многочисленными пострадавшими используют специальные папки, в которых находится вся необходимая медицинская документация на пациента. Каждый бланк пронумерован. Запись должна быть краткой и четкой.

На страницах записи следует указать особые опознавательные знаки, такие как шрамы, татуировки, и другие, которые помогут при опознании пострадавшего.

Также следует переписать ценные вещи и сохранить их с целью опознания неизвестных.

Уход за погибшими -

Отличается от принятого в текущей работе. Ответственным за погибших является полиция Израиля. В больнице не следует записывать или описывать пострадавших, поступивших в больницу без признаков жизни, с них нельзя снимать драгоценности или одежду.

Центр информации для населения –

Обязанности центра –

- Сбор информации о поступивших в больницу пострадавших.
- Предоставление информации семьям пострадавших.
- Подготовка членов семьи к встрече с пострадавшим.
- Предоставление первой психологической помощи семьям пострадавших.
- Помощь в обнаружении гражданских членов семьи.

Неконвенциональные происшествия

Происшествие с воздействием отравляющих веществ

(массовое токсическое происшествие – «АТА»).

Происшествие, в котором были применены токсические вещества. Такое происшествие схоже с происшествием «АРАН» и может быть массовым или ограниченным. Происшествие может случиться, например, в результате дорожной аварии, в которой замешана машина, перевозящая отравляющие вещества, в результате технической неполадки на заводе, использующем токсины, или в результате теракта.

Подготовка больницы будет аналогична подготовке к происшествию типа «АРАН» (20% тяжелых, 30% средней тяжести, 50% легко пострадавших), так как большинство пострадавших в тяжелом состоянии и состоянии средней тяжести поступит в больницы немедленно.

Как и при происшествии «АРАН» - в больнице действуют аналогичные центры приема и оказания помощи пострадавшим. Отделения госпитализации будут другими – ориентированными в большей степени на терапию, чем на травматологию

В отличие от организации при происшествии типа «АРАН», следует как можно быстрее устранить фактор токсического заражения.

Устранение фактора токсического заражения производится на месте, пострадавшего отдают от зараженной территории, раздевают и дезинфицируют водой.

Радиоактивное поражение

Радиация - это различные виды излучений, часть которых встречается в природе, а другие получаются искусственным путем.

Существует несколько видов радиации:

Ионизирующая радиация поражает живые клетки, разрушая ДНК, или ведет к созданию свободных радикалов, которые атакуют и повреждают ДНК. Степень повреждений зависит от вида радиации. Уровень радиации рассчитывается единицами Gray, или как их называли в прошлом – Rad.

Неионизирующая радиация – например, от радиоэлектронных приборов, от сотового телефона, микроволновой печи и т.д. Такая радиация не является радиоактивным происшествием.

Способность радиации проникнуть в ткани организма зависит от её вида.

Острая радиоактивная болезнь может возникнуть после облучения дозой в 100 Rad.

Радиоактивное происшествие касается пострадавших от радиоактивного - ионизирующего излучения.

Радиоактивное происшествие может случиться в различных местах. Основная классификация возможных происшествий зависит от времени получения информации о радиоактивном излучении – до или после поступления пострадавших в больницы.

Виды радиоактивного происшествия

Громкое происшествие – происшествие, при котором информация поступает до прибытия пострадавших в больницы.

Предварительная информация позволяет системе подготовиться к приему пострадавших и обезопасить медперсонал и инфраструктуры больницы от заражения.

- Такие происшествия могут стать следствием аварии, пожара или технической неисправности на атомном реакторе, на промышленных предприятиях или в центрах радиотерапии, где хранятся радиоактивные вещества.

- Происшествия в результате аварии при перевозке радиоактивных материалов автотранспортом, морскими судами или воздушным транспортом.

- Происшествия, в результате террористической деятельности.

Тихое происшествие – происшествие, при котором информация поступает после приема пострадавших в больницу.

Для такого вида происшествия характерно отсутствие предварительной информации. Обнаружение тихого происшествия происходит после выявления подозрительных симптомов среди пострадавших – в основном, при первом же обращении в медицинские службы. Отсутствие предварительной информации приводит к ситуации, когда пострадавшие поступают в больницы как обычные конвенциональные пациенты, и таким образом продолжают находиться в опасности, пока их не удалили с места происшествия, или пока не ликвидировали источник заражения. Также возможно легкое заражение медперсонала и больницы радиоактивным веществом. При выявлении происшествия предполагается, что медперсонал может страдать тяжелой психологической травмой в результате опасения заражения.

Подготовка больницы к борьбе с радиоактивным поражением основана на принципах подготовки к происшествию «АТА», в дополнении к установлению прямого маршрута (зараженного) в операционные.

Формы заражения –

Заражение при радиоактивном происшествии происходит одним из следующих путей:

- Внешнее облучение.
- Внешнее радиоактивное заражение.
- Внутреннее радиоактивное заражение
- Комбинированное заражение – травма в комбинации с облучением.

Формы лечения:

Подход к пострадавшему от радиоактивного вещества аналогичен подходу к пострадавшему в происшествии «АТА»

Следует позаботиться о принципах безопасности –

- Следует ограничить количество людей, находящихся в зоне облучения.
- Следует ограничить время нахождения под радиоактивным излучением.
- Следует соблюдать дистанцию от источников радиации.
- Следует воспользоваться соответствующими защитными костюмами.

Для соблюдения этих принципов –

- Следует раздеть раненого и обмыть его водой с мылом.
- Следует проверить пострадавшего при помощи счетчика Гейгера для определения зараженных участков.

Защитная форма является обязательной при любом контакте с пострадавшим в радиоактивном происшествии.

Подход к пострадавшему в происшествии, которое подозревается как радиоактивное –

- Защитная форма.
- Действия для ограничения заражения.
- Специальная документация.
- Медикаментозное лечение.
- Наблюдение врача на короткий и длительный период времени.

Организация больницы

Подготовка больницы к радиоактивному происшествию схожа с подготовкой к происшествию «АТА». В этом случае речь тоже идет о происшествии с многочисленными пострадавшими, с центрами приема пострадавших, аналогично происшествию «АРАН» или ограниченному происшествию. В этом случае так же следует раздеть и продезинфицировать пострадавшего, так же следует открыть центр дезинфекции. Такое происшествие отличается от остальных тем, что дезинфекцию полагается проводить с мылом, после чего требуется проверять пострадавших. Для этого необходим дополнительный персонал – техники специалисты по радиации, которые попытаются обнаружить радиоактивное вещество при помощи счетчика Гейгера.

Биологическое происшествие

Пандемия

В двадцатом веке в мире произошли три пандемии, самая известная из которых была в 1918 году и получила название «испанского гриппа» (Spanish flu). В этой вспышке погибло 100- 150 миллионов людей, в частности молодых, по всему миру. Несмотря на то, что более поздние пандемии, произошедшие в 1957 г. и в

1968 г., унесли меньшее количество жертв, они сопровождались высоким уровнем заболеваемости и смертности и нанесли существенный удар по мировой экономике и обществу в целом.

Пандемия гриппа может возникнуть в связи с появлением нового вируса «А» двух основных видов:

- Re-Assortment вирусов животных (как правило птиц) и человеческих вирусов, вплоть до появления нового вируса, с неизвестной ранее оптической структурой, который передается от человека к человеку.
- Генетические мутации (Genetic shift) приводящие к существенному антигенному изменению вируса гриппа у людей.

Важность

Всемирная Организация здравоохранения вот уже несколько лет предупреждает о возможности вспышки пандемии гриппа. Самые большие опасения связаны с появлением вируса гриппа типа «А», не принадлежащего к трем видам вируса, из которых состоит вакцина, рекомендованная Всемирной Организацией здравоохранения перед началом зимнего сезона. Ранее такая пандемия возникала раз в десять лет. На сегодняшний день вот уже более полувека как не было вспышки пандемии. Большинство специалистов считают, что следующая пандемия неизбежна, но невозможно предвидеть заранее, когда она произойдет.

В последние годы мы стали свидетелями нескольких явлений, свидетельствующих о высокой вероятности появления новых видов вируса, вызывающих пандемию.

Появление вида H5N1 в Гонконге в 1997 году было первым предупреждением. В последующие годы произошли несколько заражений людей птичьим гриппом, с различной степенью летальности.

Начиная с конца 2003 года, вирус H5N1 распространялся на востоке Азии, продолжая заражать людей. Перерождение этого вида в вирус, передающийся от человека к человеку, еще раз доказывает необходимость срочно подготовить государство Израиля к вспышке пандемии гриппа.

Продолжение распространения вируса птичьего гриппа в странах восточной Европы, и вероятность переноса болезни перелетными птицами в ближайшую зиму, повышает риск появления птичьего гриппа в Израиле.

Подготовка системы здравоохранения к вспышке пандемии гриппа

1. Снижение уровня заболеваемости и смертности при пандемии гриппа.
2. Продолжение обычного распорядка жизни максимально приближенного к обычному среди населения во время пандемии (с усиленной работой полиции, армии, пожарных и других жизненно необходимых служб).
3. Сведение к минимуму предполагаемой загруженности в больницах и предотвращение ситуации, при которой нормальная работа будет нарушена в связи с большим количеством обращений и госпитализаций.
4. Сведение к минимуму возможного ущерба экономике страны в связи с пандемией.

Характеристика пандемии – основные предположения

1. Время появления – пандемия гриппа может вспыхнуть в течение всего года, а не в обычные месяцы активности гриппа в Израиле (ноябрь – март).
2. Продолжительность – в соответствии с опытом прошлых лет можно предположить, что пик вспышки пандемии будет длиться 6 – 8 недель, хотя распространение болезни может происходить постепенно в течение нескольких

месяцев. Невозможно заранее предположить, сколько раз прокатится волна заболевания.

3. Инкубационный период – в соответствии с характеристикой вируса и с предыдущим опытом инкубационный период предположительно продлится для каждого больного от 24 до 72 часов.

4. Продолжительность заражения – в соответствии с пробами из носоглотки, инфекционный период у взрослых длится от 4 до 5 дней. У детей этот период более продолжительный.

5. Появление болезни – Всемирная Организация здравоохранения предлагает подготовиться к сценарию, при котором 25% населения заболеет.

6. Инфекционная активность – невозможно заранее прогнозировать степень инфекционной активности вируса пандемии, но эти данные могут существенно повлиять на эффективность профилактики болезни, например профилактические медикаменты, изоляция больного, карантин и т.д. Установление принципов борьбы с пандемией произойдет после вспышки пандемии в мире, и после получения первых данных о вирусе.

7. Возраст больных – в обычные годы, как правило, заболевание распространено среди детей, а острая форма заболевания и смертность более характерны для взрослых страдающих дополнительными заболеваниями. При вспышке пандемии такая модель может измениться.

8. Смертность – смертельный исход от сезонного гриппа, как правило, распространен среди детей и стариков.

9. Медицинское обслуживание – пандемия гриппа - это болезнь всего общества. Большое количество больных приведет к огромной нагрузке не только на местную систему здравоохранения, но и на приемные отделения и стационар. Согласно

оценкам CDC, в соответствии с данными из Израиля, на пике вспышки пандемии могут быть госпитализированы 3500 человек в неделю.

10. Отсутствие на рабочих местах – во время пандемии существенный процент населения будет отсутствовать на своих рабочих местах.

11. Школы – грипп может распространяться с большой скоростью в школах. Во время вспышки пандемии следует подготовиться к возможности закрытия школ с целью остановить распространение пандемии.

12. Вакцина – для изготовления вакцины необходимо несколько месяцев (как минимум 4 – 6 месяцев) с момента выявления нового вируса. Поэтому при вспышке пандемии, по-видимому, не будет специфической вакцины против вируса, вызвавшего пандемию.

13. Антивирусные препараты – существует медикаментозное лечение, которое дается как больным, так и для профилактики болезни и осложнений.

14. Устойчивость вируса – сезонные виды вируса чувствительны к лекарству амнетадин, в то время как вирусы птичьего гриппа, выявленные на сегодняшний день, являются, по-видимому, устойчивыми перед этим лекарством.

Атипичная пневмония (САРС)

Severe acute respiratory syndrom

На сегодняшний день к вспышке этой болезни относятся как к всемирной эпидемии, которая распространилась на все континенты. Согласно отчетам известно о 8500 больных, 800 из них скончались в 30 странах по всему миру (WHO 2003). Согласно данным на 7.5.03, уровень смертности в странах, в которых были зарегистрированы смертельные случаи болезни, колеблется от 10 до 15 процентов от общего количества больных. Установлено, что уровень смертности

изменяется в зависимости от возрастной группы больного. Смертность среди больных в возрасте от 0 до 24 равняется 1%, в возрасте 25 – 44 лет – 6%, в возрасте 45 – 64 лет – 15%, а в возрасте 65+ лет смертность достигает 50% среди больных (WHO 2003).

Возбудитель – болезнь вызывается вирусом семейства Sars Corona Virus (sars cov).

Механизм заболевания все еще не установлен детально. САРС - это заразная болезнь, которая может привести к тяжелым дыхательным осложнениям. Доказано, что САРС является крайним примером того, как справляются с новым инфекционным заболеванием, передающимся среди людей несколькими путями и обладающим высоким потенциалом заражения и смертности, а также высокой вероятностью заражения среди медперсонала больницы не имея конкретного лечения.

Пути заражения – всякий раз, когда возникает подозрение на САРС, медперсонал обязан предпринять меры безопасности. Так как речь идет о крайне заразной болезни с высоким потенциалом смертности, не имеющей специфического лечения и особенно распространенной в больницах, необходима максимальная защита медперсонала при контактах с зараженным пациентом, или с пациентом с подозрением на болезнь. Источником инфекции в больнице может быть сам больной, посетители и медперсонал. Источником может быть больной с острой формой заболевания, тот, кто находится в стадии инкубационного периода или асимптоматичные носители вируса. Также могут быть инфицированы различные предметы, например, больничные приборы или медицинское оборудование. Возраст, хронические заболевания и особенно ослабленная иммунная система повышают вероятность заражения.

Клинические симптомы – инкубационный период длится от 2 до 10 дней (как правило, от 2 до 7). Для этой стадии характерны: высокая температура (около 39 С) озноб, мышечные боль, лимфопения и тромбоцитопения, кашель, головная боль, головокружение, понос, тошнота и рвота. На дыхательной стадии (Respiratory) кашель усиливается (сухой кашель), возникают трудности с дыханием, возможен дыхательный кризис вплоть до необходимости искусственной вентиляции (10 – 20%), на рентгене грудной клетки в 80% случаев обнаруживаются проявления воспалительного процесса в легких, но также возможно, что на снимке не будет обнаружено признаков заболевания.

Диагноз заболевания устанавливается на основании анамнеза, клинической картины, рентгена и лабораторных анализов.

Лечение – все еще не найдено специфического способа лечения, поэтому основные усилия врачей направлены на предотвращение заражения, симптоматическое лечение дыхательной недостаточности и на снижение температуры (CDC, 2003).

Защита медперсонала включает в себя:

- Стандартную маску N.95
- Две пары перчаток.
- Защитные очки.
- Покрытие головы.
- Покрытие обуви (специальные бахилы).
- Мытье рук.
- Длинный одноразовый халат с манжетами.
- Комнату с отдельной вентиляцией.

Краткий сборник циркуляров министерства здравоохранения

Дополнительная информация для медсестер в Израиле.

Отдел повышения квалификации

Управление по делам медсестер

ноябрь

2007

Государство Израиль, Министерство здравоохранения

Циркуляр управления по делам медперсонала

Номер 44 дата 4.7.2001

Тема: Профессиональные указания, для определения степени боли.

Одной из важнейших задач медсестры является обеспечение больному состояния покоя.

Для этого необходимо как можно раньше обнаружить источник боли на ранних этапах, еще до того, как пациент начнет жаловаться на боль.

Прилагаемые правила по рутинным действиям для определения степени боли способствуют целенаправленному вмешательству медицинского персонала, которое должно привести больного в состояние покоя и комфорта. Эти правила были сформулированы совместно с медсестрами и врачами, работающими в различных медицинских учреждениях.

С уважением

Доктор Шошана Рива Ph.D

Главная медсестра страны и глава управления по уходу за больными

Копии: доктор Боаз Лев, генеральный директор, здесь

Доктор Ицхак Берлович, заместитель генерального директора, здесь

Отдел профессиональных указаний

Тема: боль

Область: оценка уровня боли

Дата утверждения генеральным директором: 2.7.2001

Подпись главной медсестры страны и главы управления по уходу за больными

Доктор Шошана Рива Ph.D

Главная медсестра страны

и глава управления по уходу за больными

Общая информация

Боль это субъективный симптом. Это все то, что пациент определил как боль.

Медицина полагает, что отсутствие боли и ощущение комфорта относится к жизненным показателям и требуют регулярных измерений, несмотря на то, что они не считаются признаками жизнедеятельности.

Для устранения боли, прежде всего, необходимо определить ее степень.

Предлагаемое вашему вниманию предписание по определению степени боли призвано определить полномочия и меру ответственности медсестры во всем, что касается определения степени боли у пациентов.

Полномочия

Определение степени боли у пациента должно проводиться дипломированной медсестрой.

Основные указания:

- Следует определить оценку степени боли как необходимый параметр оценки общего состояния больного.
- Следует измерять боль параллельно с обычным измерением других жизненно важных показателей .

Подробные указания

1. Частота регулярных измерений

1.1 У больных, госпитализированных в больницах и в других медучреждениях оценку степени боли необходимо провести в течение первых 12 часов после их поступления в стационар, и далее хотя бы раз в сутки по необходимости.

1.2 У больного ,находящегося на амбулаторном лечении, необходимо оценивать степень боли при каждом визите в лечебное учреждение, в рамках которого производится измерение жизненно важных показателей.

1.3 Дома у пациента ,при каждом посещении .

2. Характерные особенности средства для оценки степени боли

2.1 Способность различать между ослаблением и усилением боли;

2.2. Чувствительность к изменениям в ощущении боли в результате

сделанного движения;

2.3 Пригодность для вербальных и невербальных выражений боли.

3. Документальное свидетельство.

3.1 Измерение боли должно быть занесено в медицинскую документацию пациента

3.2 Документальное свидетельство включает

- Результаты оценки
- Дату
- Время
- Имя медсестры

4. Ответственность

Глава управления по уходу за больными несет ответственность за исполнение этих указаний.

Государство Израиль, Министерство здравоохранения

Циркуляр управления по уходу за больными

Номер 53 дата 5.08.2003

Тема :Администрация медикаментозного лечения - уточнение к указаниям от
1.12.2002

Ниже приведены уточнения к «указаниям по проведению медикаментозного лечения».

Уточнения относятся к параграфу 2.1.1 «Назначение медикаментозного лечения»

Вместо предложения «подпись и печать лица ,дающего назначение», следует писать:

Имя лица ,дающего назначение ,номер его лицензии и его подпись.

Параграф должен выглядеть следующим образом:

2 1 Письменное назначение:

2.1.1. Это назначение будет записано в медицинской документации пациента латинскими буквами и будет заверено подписью давшего его лица, с указанием его имени и номера лицензии (электронная подпись будет выполнена в соответствии с указаниями министерства здравоохранения ,как только те будут опубликованы).

Это уточнение заменяет указание о «проведении медикаментозного лечения» опубликованного в приказе управления по делам медперсонала от.1.12.2002

Исправленное указание можно найти на сайте управления ,по адресу: www.health.gov.il/nursing

Доктор Шошана Рива Ph.D

Главная медсестра страны

и глава управления по уходу за больными.

Копии : доктор Б .Лев, генеральный директор, здесь

Доктор И .Берлович, заместитель генерального директора, здесь

Доктор Й.Барух, глава медицинской администрации

Отдел профессиональных указаний

Тема: лекарства

Область: медикаментозное лечение

Дата уточнения 05.08.2003

Отменяет распоряжение от: 01.12.2002

Подпись главной медсестры страны и главы управления уходу за больными

Доктор Шошана Рива Ph.D

Главная медсестра страны

и глава управления по уходу за больными

Общая информация

Нижеприведенное указание формирует основу для выдачи назначений и для дачи медикаментозного лечения .

Это указание вносит уточнения в обычную процедуру раздачи лекарств, которую выполняют медсестры. Помимо этого, оно расширяет полномочия дипломированных медсестер в области, касающейся принятия решений на основании протоколов и в соответствии с предписаниями закона .

Эти уточнения должны обеспечить потребности ,возникшие в результате развития технологий ,включая использование таких средств коммуникации как: телефон, факс, электронная почта.

Настоящий документ заменяет указание о медикаментозном лечении от 1.12.2002.

1. Полномочия и ответственность

Решение о медикаментозном лечении, об уменьшении дозировки и о прекращении лечения может принимать только лечащий врач.

Медсестра имеет право принимать решение о медикаментозном лечении в тех случаях ,которые были определены и подтверждены комиссией Кнессета по трудоустройству, соцобеспечению и здравоохранению (неординарные процедуры) и \ или Генеральным директором (особые процедуры) как решение, находящееся в полномочиях дипломированной медсестры

Выдача лекарства находится под ответственностью исполнителя

2. Назначение медикаментозного лечения:

2.1 Письменное назначение

2.1.1. Назначение будет записано латинскими буквами, в медицинской документации пациента и будет заверено подписью того, кто дает это назначение, включая номер его лицензии (электронная подпись будет выполнена в соответствии с распоряжениями министерства здравоохранения, после их опубликования).

2.1.2 Назначение должно включать в себя следующую информацию:

Дата, точное время дачи назначения, полное название медикамента, форма медикамента, дозировка, концентрация, частота употребления, способ употребления, продолжительность лечения, особые предписания для дачи лекарства.

2.2. Устное назначение:

2.2.1. Условия дачи устного назначения будут установлены распоряжениями самого учреждения \ организации.

2.2.2. Это назначение должно быть занесено дипломированной медсестрой в документацию больного, печатными латинскими буквами, в соответствии с данными, перечисленными в параграфе 1.2, включая имя лица, давшего назначение, и заверено подписью и печатью медсестры.

2.3 Протокол медикаментозного лечения:

2.3.1. Протокол отделения для определенной клинической ситуации должен быть подписан заведующим отделением, и содержать

в себе условия и ограничения для дачи медикаментозного лечения.

2.3.2 Протокол медикаментозного лечения больного будет составлен в соответствии с параграфом 1.1.2 включая: дату, полное название медикамента, дозировку, концентрацию и способ употребления .

3. Медикаментозное лечение:

3.1. Обязательные действия медсестры в процедуре дачи медикаментов:

3.1.1. Проверка соответствия между назначением, данными больного и данными лекарства.

3.1.2. Проверка наличия у больного аллергии на какие-либо лекарственные препараты, и противопоказаний для получения им данного лекарства.

3.1.3. Объяснение и руководство к приёму лекарства.

3.2. Обязательные действия в процессе дачи лекарства, которое было приготовлено медсестрой и дано врачом:

Продемонстрировать оригинальную упаковку медикамента, упаковку разбавителя, данные назначения, включая данные больного.

4. Самостоятельное приятие лекарства при госпитализации:

Самостоятельный прием лекарства возможен при следующих условиях:

4.1 Существует документированное согласие больного

4.2 Существует документ ,составленный дипломированной медсестрой о способности больного самостоятельно и осознанно принимать

лекарства.

4.3 Решение о самостоятельном приеме лекарства пациентом находится в полномочии врача.

4.4 Предоставление разъяснений больному о самостоятельном приеме лекарства, его действия, возможных побочных явлениях и расписании приема лекарства будет выполнено, оценено и задокументировано дипломированной медсестрой.

4.5 Больной получит лекарства в отдельных упаковках .В каждой упаковке должны быть указания в соответствии с параграфом 2.1.2.

4.6 Повторная проверка способности больного принимать лекарства осознанно и самостоятельно будет производиться в соответствии с его состоянием.

5. Распоряжения о самостоятельном приеме лекарств больным, находящимся дома, с помощью средств связи (телефона, факса ,электронной почты и т.д.)

Существует возможность передавать распоряжения о медикаментозном лечении при помощи средства связи, больным, принимающим лекарства и делающим анализы самостоятельно.

Условия:

5.1 Письменное согласие больного или его опекуна на получение указаний для принятия лекарства с помощью выбранного средства связи .В этом документе больной или его опекун должны указать также, каким образом будет произведено подтверждение получения указаний.

5.2. Больной должен заранее указать иное лицо для получения указаний в случае необходимости.

5.3. Указание о приеме лекарств будет передаваться врачом или дипломированной медсестрой .

6. Документация о даче лекарства:

6.1. Лицо, дающее лекарство, должно подтвердить это в медицинской документации больного, своей подписью и печатью, указав число и время выдачи (электронная подпись будет выполнена в зависимости от распоряжений министерства здравоохранения ,после их публикации).

6.2. Самостоятельный прием лекарств госпитализированным больным должен быть засвидетельствован медсестрой в соответствии с установленным распорядком, как указано в параграфе 1.2.

6.3. Документация передачи указаний о приеме лекарств больными на дому:

дипломированная медсестра, передающая указания, подробно запишет данные назначения в соответствии с параграфом 2.1., и подтвердит передачу назначения в записях больного, указав данные получателя сообщения, дату и время.

7. Ошибка при медикаментозном лечении:

7.1. Наличие ошибки будет немедленно доложено тем, кто её обнаружил, лечащему врачу, ответственной медсестре и другим лицам, назначенным в официальных распоряжениях данного медучреждения или организации

- 7.2. Ошибка должна быть зафиксирована в медицинской документации больного и в соответствующих документах, принятых в данном учреждении или организации.
- 7.3. Известить больного о произошедшей ошибке необходимо в соответствии с законом о правах больных и с инструкциями данного учреждения или организации .

Государство Израиль, Министерство здравоохранения

Номер 55 дата 23.9.2003

Тема: выявление больных, нуждающихся в помощи при передвижении.

Проблемы в передвижении - это ограничение, часто встречающееся среди больных, госпитализированных в медицинских учреждениях.

Использование правильных методов перемещения больного позволяет предоставить ему безопасное лечение и предотвращает возникновение трудностей у медперсонала.

Данная инструкция делает акцент на обязанность ответственной медсестры выявить больных, страдающих проблемами в передвижении, нуждающихся в помощи, выбрать для них подходящий метод передвижения.

С уважением

Доктор Шошана Рива

Главная медсестра страны

и глава управления по уходу за больными

Копии: доктор Б. Лев, генеральный директор

доктор Ицхак Берлович, заместитель генерального директора, здесь

Отдел профессиональных указаний

Тема: выявление больных, нуждающихся в помощи при передвижении.

Область: передвижения больного.

Подпись главной медсестры и главы управления по уходу за больными

Доктор Шошана Рива

Глав. Медсестра страны

и глава управления по уходу за больными

Общая информация

Проблемы с передвижением – это сопутствующее многим заболеваниям ограничение, при котором пациенту необходима посторонняя помощь.

Технический прогресс привел к появлению различных вспомогательных средств для медперсонала, в обязанности которого входит содействие больным при передвижении.

Выявление пациентов, страдающих проблемами с передвижением, и правильное использование современных технологий обеспечат надежную заботу со стороны медперсонала и врачей и предотвратят физический ущерб пациенту.

Основные положения инструкции:

- Необходимо составить четкий список пациентов, нуждающихся в помощи при передвижении.
- Необходимо определить соответствующий способ и \ или необходимые вспомогательные средства для передвижения каждого больного.

Подробное объяснение данной инструкции:

1. Полномочия и ответственность

- Только дипломированная медсестра, старшая по смене, вправе вносить в список больных, нуждающихся в помощи при передвижении, и определять подходящий им способ передвижения.

2. Периодичность

- Проверка необходимости в помощи при передвижении должна быть проведена и документирована не позднее чем через 12 часов после госпитализации больного.
- В период госпитализации следует провести повторную проверку в зависимости от необходимости, не реже одного раза в течении 24 часов.

3. Документальное свидетельство

- Документированное свидетельство того, что больной действительно нуждается в помощи при передвижении, должно быть сделано в специальном списке, в полном соответствии с инструкциями, принятыми в данном учреждении / организации. Эта запись должна содержать следующие данные:

-Имя больного, описание ограничения и инструкции ответственной медсестры о необходимом способе передвижения

Государство Израиль, Министерство здравоохранения

Циркуляр управления по уходу за больными

Номер 56 число 23.12.2003

Тема: подпись медсестры и подпись акушерки

Закон о правах больного от 1996 года в параграфе 17 «а» указывает, что «лицо, в обязанности которого входит забота о больном, должен документировать процесс оказания медицинской помощи в медицинской ведомости. Ведомость должна содержать, наряду с другими данными, данные больного и данные лица, в обязанности которого входит забота о больном...».

Приказ управления медицины Номер 27/ 95 «Порядок ведения ведомости госпитализированного больного» обязывает возле каждой записи или изменения в ведомости указывать: «дату, час, имя, подпись и печать исполнителя».

Документирование процесса оказания медицинской помощи и точная идентификация лица, оказавшего эту помощь, позволяют проследить за развитием процесса лечения, особенно если оно проводилось несколькими людьми.

С юридической точки зрения документальное свидетельство служит основным доказательством в любом судебном разбирательстве, поэтому крайне важно четко идентифицировать каждого из оказавших помощь пациенту, чьи имена фигурируют в медицинских записях.

Прилагаемое руководство обязывает писать везде, где требуется «подпись медсестры», имя и фамилию разборчивым почерком, и рядом ставить подпись.

В тех ситуациях, когда необходима подпись акушерки, она обязана в дополнении к имени и фамилии указать номер своей лицензии.

С уважением

Доктор Шошана Рива

Главная медсестра страны

и глава управления по уходу за больными

Копии: профессор А. Исраэли, генеральный директор.

Доктор Б.Лев, заместитель генерального директора

Доктор Й. Берлович, заместитель генерального директора и глава медицинского управления

Отдел профессиональных указаний

Тема: подпись медсестры и подпись акушерки

Область: администрация

Подпись главной медсестры страны и главы управления по уходу за больными

Доктор Шошана Рива

Главная медсестра страны

и глава управления по уходу за больными

Общая информация

Закон о правах больного от 1996 года обязывает вести медицинскую ведомость, в которую следует заносить всю медицинскую информацию, касающуюся больного, включая процесс его лечения.

Точная и полная запись всей медицинской информации, включая данные всех лиц, оказывавших медицинскую помощь, крайне важна с медицинской точки зрения.

Она делает возможным медицинское наблюдение, контроль и соблюдение непрерывности лечения, особенно когда одному пациенту оказывали помощь несколько врачей.

С юридической точки зрения записи в ведомости служат основным доказательством при любом судебном разбирательстве во всем, что касается процесса лечения и его результатов.

Неотъемлемой частью обязанности вести записи является обязанность медсестры лично подписываться своим полным именем, четко и разборчиво..

Основные положения инструкции

1. Везде, где требуется подпись, медсестра обязана разборчиво написать свои имя и фамилию или поставить личную печать, где указаны её имя, фамилия и номер лицензии.
2. Везде, где требуется подпись, акушерка должна разборчивым почерком написать свои имя, фамилию, номер лицензии или поставить личную печать, на которой они указаны.

Ответственность за исполнение

- Надзор за исполнением данной инструкции полностью возложен на дипломированную медсестру, которая является единственным ответственным за это лицом.

Государство Израиль, Министерство здравоохранения

Циркуляр управления по уходу за больными

Номер 61 дата 27.11.2005

Тема: возврат или замена гастростомической трубки (трубки питания)

Питание через гастростому позволяет кормить пациентов, страдающих от проблем глотания и приема пищи.

Эта трубка со временем изнашивается и может выпасть. В таких ситуациях необходимо срочно заменить или вернуть её на место. Это необходимо сделать немедленно, так как в противном случае отверстие для трубки может закрыться в течение короткого времени.

С уважением

Доктор Шошана Рива

Главная медсестра страны

и глава департамента по уходу за больными

Копии: профессор А. Исраэли, генеральный директор

Доктор Б. Лев, заместитель генерального директора

Доктор Й. Берлович заместитель генерального директора и глава медицинского
управления

Отдел профессиональных указаний

Тема: замена или ввод гастростомической трубки

Область: уход

Подпись главной медсестры страны и главы управления по уходу за больными

Доктор Шошана Рива

Главная медсестра страны

и глава управления по уходу за больными

Общая информация

Питание через гастростому позволяет кормить пациентов, страдающих проблемами глотания и приема пищи.

Гастростомическая трубка со временем изнашивается и может выпасть.

В таких ситуациях ее необходимо заменить или вернуть на место как можно быстрее, так как в противном случае отверстие для трубки может закрыться в течение короткого времени.

Основные положения инструкции

Решение о замене или вводе гастростомической трубки, которая износилась или выпала, а также проведение процедуры находятся под ответственностью дипломированной медсестры.

Подробное объяснение инструкции

Условия для замены или ввода гастростомической трубки:

1. Дипломированная медсестра, прошедшая специальную подготовку в признанном медицинском учреждении.
2. Действие может быть выполнено только после того, как первую замену или ввод произвел врач.
3. Ввести гастростомическую трубку можно только после того, как медсестра удостоверится в том, что стенка желудка прикреплена к брюшной стенке, и существует проход (тракт)
4. Ввод гастростомы типа Baloon Replacement или силиконового катетера.
5. Следует подробно задокументировать процедуру в истории болезни, подписаться и поставить личную печать медсестры.

Полномочия и ответственность

Проведение такой процедуры находится в полномочиях и под ответственностью дипломированной медсестры, прошедшей подготовку для проведения подобных процедур.

Государство Израиль, Министерство здравоохранения

Циркуляр управления по уходу за больными

Номер 66 дата 2.8.2006

Тема: предотвращение и лечение пролежней

Профилактические процедуры для предотвращения пролежней, исполняемые медсестрой, признаны весьма эффективными. Такие процедуры снижают стоимость лечения больных, предрасположенных к развитию пролежней. Также доказано, что лечение, проводящееся медсестрой, обладает существенным влиянием на улучшение качества жизни больных.

Прилагаемая инструкция устанавливает рамки полномочий и ответственности дипломированной медсестры в предотвращении и лечении пролежней.

С уважением

Док. Шошана Рива

Главная медсестра страны

и глава департамента по уходу за больными

Копия: профессор А. Исраэли, Генеральный директор

Доктор Б. Лев, заместитель генерального директора

Доктор Й. Берлович, заместитель генерального директора и глава медицинского управления

Государство Израиль

Указания

Министерство

здравоохранения

Иерусалим

Номер указания 6-7-0206

Название указаний: предотвращение и лечение пролежней

Область: профессиональная деятельность

Отдел: профессиональные указания

Основные положения: Дипломированная медсестра определит вероятность риска появления пролежней в рамках первичного сбора данных и в соответствии с полученной информацией составит план профилактики и лечения, для каждого госпитализированного, или находящегося дома

больного.

Предназначение инструкции: для дипломированных медсестер.

Ответственность за исполнение: ответственные медсестры.

Дата публикации: 02.08.06

Начало действия инструкции: 01.01.2007

Подпись _____

Шошана Рива

Главная медсестра страны

и глава управления по уходу за больными

Общая информация

Интенсивность возникновения пролежней среди больных в стационарах составляет 4-30%. У находящихся на домашнем излечении и на длительной госпитализации в медучреждениях для хронических больных она составляет от 17 до 28 процентов.

Мы считаем, что чрезвычайно важно направлять средства на предотвращение и лечение пролежней. В ситуациях, когда существуют пролежни, крайне важно правильное лечение. Было доказано, что процедуры, производящиеся медсестрами при лечении пролежней, существенно улучшают качество лечения в общем. Такие процедуры снижают стоимость лечения больных с повышенным риском развития пролежней. Также было доказано, что лечение пролежней, которое проводится медсестрой, решающим образом сказывается на улучшении качества жизни больных.

Прилагаемая инструкция определяет рамки полномочий и ответственности дипломированной медсестры в установлении риска развития пролежни, их предотвращении и лечении, с привлечением многопрофильного коллектива.

Государство Израиль

Министерство

здравоохранения

Иерусалим

Инструкция

Подробная инструкция:

1. Полномочия и ответственность

Дипломированная медсестра ответственна за определение степени риска появления пролежней у больного, в её полномочия входит руководство лечебным процессом для предотвращения и лечения пролежней.

2. Принципы определения уровня риска

2.1. Время и периодичность проверок:

- Уровень риска появления пролежней определяется в рамках первичного сбора данных, проводимого дипломированной медсестрой, как у госпитализированных больных, так и у больных, которые лечатся дома.
- Медицинское учреждение или организация устанавливает критерии для повторного определения степени риска появления пролежней у больного.

2.2 Характерные особенности оценочной шкалы:

- Оценочная шкала стандартна и поделена как минимум на три уровня:
 - 1 = низкий уровень риска, 2 = средний уровень риска; 3 = высокий уровень риска.
- Определения уровня риска основано на следующих критериях:
 - Контроль над сфинктерами.
 - Мобильность.
 - Дополнительные релевантные заболевания (например, сахарный диабет)
 - Уровень сознания
 - Степень самостоятельности в повседневной жизни
 - Питание

3. Принципы вмешательства:

- 3.1. Для каждого больного, степень риска которого была определена как средняя или повышенная, следует составить план профилактики пролежней.
- 3.2. Необходимо составить план лечения для каждого больного, страдающего пролежнями.
- 3.3. План профилактического вмешательства и лечения пролежней составляется дипломированной медсестрой и включает в себя следующие факторы:
Подбор соответствующей программы питания
Подбор соответствующей программы мобильности
Выбор средств лечения.
- 3.4. Медсестра, руководящая процессом профилактического вмешательства ответственна за привлечение дополнительных членов медперсонала в соответствии с нуждами больного.

4. Принципы ведения документации

- 4.1. Документальное свидетельство должно быть заверено печатью медсестры, в которой указано имя, фамилия и номер лицензии.
- 4.2. Определение уровня риска и описание лечебного процесса также должны фигурировать в истории болезни пациента.

ГОСУДАРСТВО ИЗРАИЛЬ-МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Департамент Здоровья

Управление медициной

Приказ за номером 69-2001

Иерусалим, 14 декабря 2002 г.

Дело номер: 2\16\5

Адресаты: Директора больниц
Директора банков крови

Тема: порядок работы в банках крови и переливание крови

основание: наш циркуляр номер 94-93 от 26.12.95

Прилагается брошюра с указаниями о работе банков крови и о процедурах переливания крови.

Эта брошюра является дополнением и уточнением к брошюре от 1995 года.

Данная брошюра заменяет предыдущую, и отменяет наш циркуляр, указанный в основании, а также включает все уточнения, внесенные на момент её издания.

Следует довести содержание данной брошюры до сведения тех, кого она касается в вашем учреждении.

Доводим до вашего сведения, что:

Новые правила вступают в силу с 1.1.2003

Текст данного циркуляра опубликован на сайте министерства здравоохранения.

Адрес сайта: <http://www.mob.health.gov.il>

С уважением,

Доктор Йеуда Барух

Глава медицинской администрации

Копия: Генеральный директор
Заместитель Генерального директора

Старший заместитель генерального директора по администрации и кадрам

Старший заместитель Генерального директора по планированию и строительству медицинских учреждений.

Заместитель Генерального директора по экономике здравоохранения.

Заместитель Генерального директора по планированию бюджета и финансирования.

7. Переливание крови

1. Переливание крови пациенту

1.1. В банке крови к порции переливаемой крови следует приложить документ или наклейку со следующими данными:

- а. Данные получателя - фамилия, имя, номер удостоверения личности, группу АВ0 и резус фактора
- б. Данные порции крови - вид препарата и его серийный номер, группу АВ0 и резус фактор, а также результат перекрестной проверки, если таковая проводилась и дата её проведения.
- в. Срок годности порции крови.

1.2 Все нижеуказанные процедуры будут проводится у постели больного:

- 1.2.1 Идентификация больного и подтверждение данных порции крови будут произведены двумя врачами, или врачом и медсестрой, или двумя дипломированными медсестрами (в соответствии с циркуляром общей администрации номер 13\2001) .
- 1.2.2. Идентификацию больного следует проводить по следующим параметрам: имя, фамилия, номер удостоверения личности, указанные на наклейке госпитализированного больного, или с помощью опознавательного документа, если речь идет об амбулаторном пациенте. Также можно прибегнуть к помощи самого пациента, его родителей и членов семьи, сравнить данные, указанные на порции крови, и данные больного, указанные в истории болезни.
- 1.2.3. На порции крови необходимо проверить следующие данные:

- а. Данные пациента (имя, фамилия, номер удостоверения личности).
- б. Срок годности крови.
- в. наличие результатов проверок, обязательных для порции крови, включая: группу крови, скрининг антител, и проверки на выявление инфекционных заболеваний, которые могут передаваться путем переливания крови.
- г. Наличие результатов перекрестной проверки в банке крови.
- д. Соответствие группы крови пациента с порцией крови, предназначенной ему.

1.2.4. Два врача, или два члена медперсонала, проводившие вышеуказанные проверки, должны указать свои полные данные (имя, фамилия и номер лицензии), подписаться, не отходя от постели больного, на бланке, прилагаемом к порции крови, и в истории болезни больного, о том, что они оба удостоверили личность пациента, и о том, что порция крови предназначена для него (группа крови и номер порции).

1.2.5. Сразу после процедуры идентификации, один из удостоверявших личность больного, подключит его к капельнице для переливания крови.

1.2.6. Тот из удостоверявшихся, кто подключил систему переливания крови, запишет в присутствии второго

удостоверявшего в истории болезни больного дату и время начала переливания крови.

1.2.7. В начале процедуры переливания крови пациент должен находиться под наблюдением одного из членов медперсонала.

1.2.8. Больному будет предоставлена полная информация, касающаяся получения крови, в частности – о необходимости сообщить про возникновение неординарных признаков во время процедуры переливания крови.

1.3. После завершения переливания крови следует подшить бланк, прилагавшийся к порции крови, к истории болезни больного. Также следует записать дату, время окончания переливания, наличие побочных эффектов во время переливания.

2. **Процедуры, которые следует произвести с порцией крови в отделении**

2.1 Переливание компонентов крови должно проводиться через стерильную капельницу, с фильтром, предназначенным только для переливания крови.

2.2 Кровь можно нагревать только в специальном нагревательном приборе, контролируя температуру во время поступления крови через капельницу. Запрещается нагревать кровь больше, чем до 40° С.

2.3 Размораживание плазмы и криопреципитата возможны только в банке крови в соответствии с параграфами 4.1 и 4.2, приведенными ниже.

- 2.4 Запрещается добавлять в порции крови и компонентов крови какую-либо жидкость или лекарства, за исключением физиологического раствора для переливания (NaCl 0.9%).
- 2.5. Порция крови или компонентов крови должна быть использована в течение 4-х часов.
3. **Переливание крови или компонентов крови, прошедших облучение.**
- 3.1 **Облученные компоненты крови**
Облучение компонентов крови производится с целью уменьшить риск развития отторжения пересаженных органов (Graft-Versus-Host Disease) у больных из группы повышенного риска.
- 3.2 Облучение порции крови, или ее компонентов – тромбоцитов и лейкоцитов – производится посредством воздействия 2500 сGy, как минимум. Следует пометить облученную порцию крови и указать дату облучения.
- 3.3 Срок годности облученной порции крови - 28 дней со дня облучения. Если обычный срок годности истекает до прошествия 28-и дней, он и является решающим.
4. **Переливание компонентов крови**
- 4.1 **Переливание замороженной свежей плазмы(FFP)**
Следует размораживать плазму в банке крови при температуре 30-37° С. Плазму можно переливать в течение 24 часов после размораживания, при условии, что она хранилась при температуре 1-6 градусов (если используется как источник неустойчивых кровесвертывающих факторов).
- 4.2 **Переливание криопреципитата:**

Следует разморозить криопреципитат при температуре 30-37° С.

Следует переливать криопреципитат не позже 6-и часов после размораживания, если он используется в качестве источника фактора свертывания (АНФ), при условии, что пакет не открывался.

4.3 Переливание гранулоцитов

Запрещено переливать гранулоциты через фильтры, задерживающие лейкоциты. Переливание должно производиться посредством обычной капельницы для переливания крови.

5. Переливание Rh IMMUNE GLOBULIN

- 5.1. Всем беременным женщинам, женщинам делающим аборт, или тем, кто подвергается процедуре инвазивного акушерского вмешательства, следует установить резус-фактор по принятой системе (раздел 2, параграф 9.2 , глава 4, параграф 5.2). У женщины с положительным тестом на D или на ослабленный D, резус-фактор считается положительным. У женщины с отрицательным тестом на D или на ослабленный D, резус-фактор будет отрицательным.
- 5.2. Женщина, на 28 неделе беременности с отрицательным резус-фактором без антител на D получит 300 миллиграмм Rh Immune Globuline - внутримышечно.
- 5.3. Беременные с отрицательным резус-фактором должны получить Rh IMMUNE GLOBULIN в течение 72 часов после проведения процедур, которые могут вызвать попадание крови плода в кровь матери, например роды, аборт, кесарево сечение, амниоцентез, травма и др.

- 5.4. Нет необходимости в такой прививке при следующих обстоятельствах:
- а. Если ясно, что у зародыша резус-фактор отрицательный
 - б. Когда есть свидетельство активного иммунитета на D вне зависимости от получения Rh IMMUNE GLOBULIN на 28-й неделе беременности.
- 5.5 Женщины, получившие инъекцию Anti D на 28 неделе беременности, получают повторную прививку в течение 72 часов после родов, если у новорожденного резус-фактор положительный.
- 5.6 Женщины, получившие донорские тромбоциты Rh+, получают инъекцию Anti D - 300 микрограмм внутримышечно. Если порции тромбоцитов несут отрицательный резус-фактор, нет надобности в Anti D. При повторном переливании тромбоцитов следует повторно проверить наличие Anti D в сыворотке и в соответствии с результатами принять решение о дополнительной инъекции Anti D.

8.Реакция на переливание крови

1. Общая информация

- 1.1. В каждом банке крови должна быть система определения и регистрации реакций на переливание крови. Лечащий персонал обязан докладывать врачу, ответственному за отделение, и в банк крови о любом подозрении на реакцию на переливание.
- 1.2 Гемолитическая реакция на переливание должна быть проверена в банке крови, так как это описано ниже.

1.3. Не следует задерживать лечение больного до получения ответа из банка крови.

2. **Немедленная реакция на переливание**

2.1 Любая неординарная реакция во время переливания и сразу после него считается реакцией на переливание. Переизбыток жидкости или аллергическая реакция (сыпь) на переливание не являются гемолитическими реакциями и не требуют выяснений в банке крови.

2.2 Если у больного обнаружены признаки гемолитической реакции (жар, озноб, боли в спине, понижение давления, красная моча, боли за грудиной, одышка и т.д.) следует немедленно прекратить переливание и провести следующие процедуры в отделении:

2.2.1. Проверить, не произошла ли ошибка в идентификации больного или порции крови.

2.2.2. Взять новый образец крови, помеченный по всем правилам, и отправить его вместе с порцией крови (включая капельницу) в банк крови.

2.2.3 Проверки, которые рекомендуется произвести в банке крови или в соответствии с рекомендацией врача для выявления реакции на переливание:

2.2.3.1 Проверка порции крови на Rh, АВ0

2.2.3.2 Проверка группы крови в старом и новом образце

2.2.3.3 Прямой тест Кумбса нового и старого образца крови.

2.2.3.4 Проверка антител в обоих образцах.

2.2.3.5 Перекрестная проверка порции крови с двумя образцами (до и после переливания)

2.2.3.6 Если возникает подозрение в заражении, следует взвесить возможность отправки образцов крови из полученной порции и крови пациента на бактериологическую проверку.

2.3. Ответственный врач в банке крови или лицо, им уполномоченное, доложит лечащему врачу пациента о результатах проверки реакции на переливание крови у пациента .

2.4. Негемолитические реакции на переливание:

Жар и озноб могут появиться в результате реакции антител на гранулоциты, лейкоциты или на цитокины. При проявлении этих реакций можно выполнить некоторые проверки, перечисленные в пункте 2.2.3 в соответствии с решением директора банка крови или лица, им уполномоченного.

2.5. При многократных повторных тяжелых реакциях в виде жара и озноба необходимо переливание крови через фильтр для задержки лейкоцитов.

2.6. Повторные аллергические реакции, в виде сыпи в результате переливания крови или тромбоцитов, требуют промывания порций для удаления плазмы.

3. **Поздние реакции на переливание**

3.1 **Запоздавшая гемолитическая реакция**

Может проявиться в течение нескольких дней после переливания, несмотря на отрицательные результаты скрининга антител и перекрестного анализа, и привести к позднему гемолизу. Для выявления причины гемолиза необходимо провести все анализы,

указанные в пункте 2.2.3. Проверка и ее результаты будут записаны в истории болезни пациента.

3.2 Заражения после переливания

3.2.1. Следует проверить все случаи, в которых существует подозрение на заражение и сообщить об этом в донорский пункт.

3.2.2. Следует проверить все случаи нарушений функции печени, возникшие в период от одной недели до 12-и месяцев после переливания.

ГОСУДАРСТВО ИЗРАИЛЬ - МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Циркуляр Генерального директора

Номер 35/05 число 26.9.05

Тема: подготовка системы здравоохранения к пандемии гриппа

Общая информация: вирус гриппа проходит частые генетические изменения, и заново ежегодно распространяется в мире, приводя к заболеваниям и летальному исходу, в основном среди новорожденных и стариков. Против этого вируса ежегодно делаются прививки населению, находящемуся в группе повышенного риска, и работникам системы здравоохранения.

Пандемия гриппа: периодически происходят существенные изменения в строении вируса гриппа, вследствие чего население становится уязвимым для нового вируса, который быстро распространяется по всему миру. Существует опасность, что такой новый вирус будет особенно опасен и приведет к многочисленным жертвам всех возрастных групп. При пандемии гриппа в 1918 году умерли 50-100 миллионов человек, и был причинен огромный социальный и экономический ущерб. Эта пандемия считается одной из самых тяжелых эпидемий за всю историю человечества.

Птичий грипп у людей: в 1997 году в Гонконге появился новый вид агрессивного птичьего гриппа, заразивший людей и продолжающий существовать и по сегодняшний день. Это заболевание считается укоренившимся (эндемическим) на юго-востоке Азии и перебросилось оттуда в восточную Европу. Последняя полученная информация указывает на то, что люди продолжают заражаться от птиц. На сентябрь 2005 года более 60 человек умерли от этой болезни, что составляет почти 50% от всех идентифицированных больных. Продолжение заболевания у людей усиливает среди специалистов опасение в переносе

генетического материала из вируса штамма птичьего гриппа в вирус человеческого. Такая ситуация может привести к возникновению смертельно опасного пандемического штамма (передающегося от человека к человеку) и к быстрому распространению болезни по всему миру.

Готовность к пандемии: Всемирная Организация здравоохранения предупредила недавно, что в последнее время существенно возросла опасность превращения этого вируса в вирус, способный передаваться от человека к человеку, и порекомендовала всем странам разработать программу подготовки к возникновению агрессивной всемирной эпидемии (пандемии).

Государство Израиль подготовилось к пандемии: закупаются противовирусные лекарства, выработаны основные принципы подготовки системы здравоохранения, государственных министерств и различных служб спасения.

Подготовка системы здравоохранения к пандемии:

В министерстве здравоохранения была разработана программа подготовки к пандемии. Программа включает основные принципы, в соответствии с которыми больницы должны подготовиться к приему пациентов и их лечению. Также программа предусматривает принципы, на основании которых больничные кассы должны предоставить пациентам приемлемые условия для лечения во время эпидемии, при этом максимально сохраняя здоровье медперсонала. Программа содержит также основные принципы для публикации указаний в различных инстанциях.

Руководители различных организаций должны обеспечить подготовку к эпидемии на основании принципов, разработанных министерством, включая указания к

действию на различных уровнях (дирекция медицинской кассы, округа, администрации, клиники, больницы).

Администрация больничных касс обязана удостовериться в готовности подведомственных им учреждений, посредством получения экземпляра руководства по подготовке к пандемии, которое будет составлено на различных административных уровнях и проверено в соответствии с принятыми нормами.

Директора больничных касс должны передать экземпляр руководства по подготовке к пандемии, составленного дирекцией больничной кассы, доктору Дрору Губерману, директору отделения общественной медицины в министерстве здравоохранения до 10.11.2005. г. Директора больниц должны передать экземпляр руководства по подготовке к пандемии, составленного в больницах в отделение чрезвычайных ситуаций до 10.11.2005 г.

Для получения дополнительной информации, касающейся основных принципов программы подготовки к эпидемии, следует обращаться к господину Шмуэлю Резниковичу (0577242319), или к доктору Рану Белицеру (0544757447), или к председателям местных профессиональных комитетов.

Программа опубликована на сайте www.health.gov.il

С уважением,

Профессор Ави Исраэли

Копии: Депутат Кнессета Дани Наве, министр здравоохранения

Доктор Боаз Лев, заместитель генерального директора

Доктор Ицхак Берлович, заместитель генерального директора и
глава медицинской администрации

Профессор Манфред Грин, глава национального центра контроля над заболеваниями.

Доктор Алекс Левинталь, глава медицинской службы населения.

Доктор Дрор Губерман, глава отдела общественной медицины и председатель комиссии общественности.

Доктор Меир Орен, директор больницы Хилель Яфе и глава консультативной комиссии при больницах

Доктор Дани Лаор, глава центрального департамента чрезвычайных ситуаций

Г-н Шмуэль Резникович, административный директор, гериатрического центра в Нетании, и центра подготовки к пандемии.

В. Подготовка к птичьему гриппу

В.-1 птичий грипп - отношение к потенциальному носителю или к заболевшему

Выявление больного с подозрением на птичий грипп

Определение английских ученых, принятое в Израиле, касается двух аспектов: клинической картины и эпидемиологических симптомов.

Клиническая картина:

- жар (38° С и выше) или жар в анамнезе, а также дыхательные симптомы (кашель или одышка) требующие госпитализации больного

Или

Смерть от болезни дыхательных органов, без явной причины.

А также

Эпидемиологические критерии: в анамнезе - поездка в течение семи дней до появления болезни в страну или в район, где был зафиксирован птичий грипп у животных.

Список зараженных стран опубликован на сайте

http://www.oie.int/eng/en_index.htm

А также

Прямой контакт (на расстоянии метра) с домашними птицами (живыми или мертвыми) с дикими птицами и со свиньями, в любом месте, включая птичьи рынки.

Или

Как минимум один из перечисленных ниже случаев:

Прямой контакт на расстоянии вытянутой руки с лицом, страдающим болезнью с тяжелыми дыхательными симптомами, или с телом человека, скончавшегося по

неопределенной причине – в одной из вышеуказанных стран и населенных пунктов.

Тесная группа сотрудников системы здравоохранения, страдающих тяжелыми дыхательными симптомами без явной причины.

Работник лаборатории, в которой существует риск заражения вирусом (H5N1) А.

Условия госпитализации и лечение больного с подозрением на птичий грипп

Условия лечения больного с подозрением на САРС указаны в циркуляре медицинской администрации номер 17/44 от 11.5.2004.

Больной должен быть изолирован от тактильного и дыхательного контактов.

Следует максимально быстро провести все лабораторные анализы для выявления причины заболевания (включая исследование на предмет редких болезнетворных факторов, рентген грудной клетки, если он не был сделан ранее, и отдельное хранение дополнительных образцов для диагностических анализов в дальнейшем).

Нет необходимости в направлении больного в специализированную больницу.

Лечение больного птичьим гриппом заключается в приеме ингибиторов нейраминидазы (neuraminidase inhibitors) 75 миллиграмм oseltamivir перорально, дважды в день, в течение 5-и дней.

Если диагноз птичьего гриппа подтвердился, следует продолжить изоляцию больного. В случае взрослых больных следует действовать согласно этой инструкции в течение семи дней после снижения температуры, а в случае детей младше 12-и лет - в течение 21 дня с момента начала болезни. Если клиническое состояние больного позволяет отпустить его домой до окончания этого периода, нужно проследить чтобы больной, как и в случае с подозрением на САРС, оставался в изоляции дома.

Эпидемиологическое исследование и цепочка оповещения.

Следует немедленно известить врача-эпидемиолога больницы, директора больницы, и окружного врача.

Окружной или районный врач обязан расследовать все случаи, определенные инфекционистом как подозрение на птичий грипп, посредством сбора эпидемиологических и других необходимых данных для принятия решения о подтверждении этих подозрений.

Окружной врач известит обо всех случаях подозрения на птичий грипп отделение эпидемиологии и инфекционных заболеваний при министерстве здравоохранения.

Министерство здравоохранения немедленно сообщит главе департамента общественной медицины и директору национального центра контроля над болезнями.

Глава департамента общественной медицины доложит Генеральному директору министерства здравоохранения и председателю מ"טז.

Проведение лабораторных проверок для выявления птичьего гриппа

Смотрите приложение, подготовленное вирусологической лабораторией в медицинском центре Тель Ха-Шомер. Проверки производятся после разрешения окружного врача и эпидемиолога, которые установили существование подозрения на птичий грипп.

Прививка работников системы здравоохранения против гриппа

Необходимо поощрять медперсонал, сотрудников министерства сельского хозяйства (ветеринаров, инспекторов, работников лаборатории и т.д.) в получении прививок от гриппа каждую зиму, с целью уменьшения риска reassortment'a человеческого вируса с вирусом (H5N1)

Лечение работников системы здравоохранения

Рекомендуется активное наблюдение бюро здравоохранения за температурой и дыхательными симптомами сотрудников здравоохранительной системы, которые находятся в контакте с больными с подозрением на птичий грипп, в течение недели, как минимум, даже если они продолжают находиться на своих рабочих местах. Если появляются симптомы заболевания, требующие госпитализации, сотрудники системы здравоохранения, обратившиеся за медицинской помощью, обязаны предварительно сообщить о своих контактах с возможными носителями вируса птичьего гриппа. В таком случае будут произведены все диагностические и лечебные процедуры, указанные выше.

В случае, если симптомы проявляются, но необходимости в госпитализации нет, работникам будет рекомендовано оставаться дома. В таком случае также будет произведен весь спектр диагностических и лечебных процедур, указанных выше. Если у этих работников обнаружат птичий грипп, им будет оказана вся вышеуказанная медицинская помощь.

Лечение контактировавших с больным.

Речь идет о лицах, находящихся в окружении больного с подозрением на птичий грипп (например, члены семьи, близкие или учреждение, такое как больница,

военная база, летний лагерь), в вирулентной стадии заболевания. То есть, в течение семи дней после снижения температуры у взрослых и в течение 21 дня с начала проявления симптомов у детей.

Активное наблюдение со стороны бюро здравоохранения за температурой и дыхательными симптомами лиц, находящихся в непосредственном контакте с больным, рекомендуется в течение 7-и дней с момента их контакта с больным в инфекционный период.

Если у контактирующих появляются симптомы, следует действовать согласно вышеуказанным правилам.