

П.В. Куликов¹, С.А. Свистунов¹, А.А. Кузин¹,
А.Н. Горенчук², Д.А. Жарков¹,
С.Д. Жоголев¹, Ю.Г. Иванников¹

Организация работы внештатного изолятора

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²985-й центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора, Санкт-Петербург

Резюме. Рассматриваются вопросы организации работы внештатного изолятора. Установлено, что заболеваемость острыми аэрозольными и кишечными инфекциями в организованных коллективах носит, как правило, характер групповых случаев заболевания. Штатный изолятор медицинской роты войсковой части позволяет разместить не более 4–6 военнослужащих, в связи с чем в период эпидемического подъема заболеваемости требуется развертывание внештатного (дополнительного) изолятора. В соответствии с приказами, в каждой воинской части, учебном центре для изоляции больных и подозрительных на заболевание органов дыхания развертываются внештатные изоляторы. В войсках внештатные изоляторы подготавливаются в необходимом количестве с различной коечной емкостью, как правило, до 10% от списочной численности военнослужащих. Данное мероприятие играет существенную роль в борьбе с актуальными для войск инфекционными заболеваниями, но в настоящее время развертывание внештатного изолятора проводится при отсутствии должной нормативной документации, утвержденной на вышестоящем уровне, в связи с чем отсутствует единый подход к организации и проведению этих мероприятий в различных военных округах. Отсутствие руководящих документов по организации работы дополнительного (внештатного) изолятора в войсковых частях, военных лечебных организациях и высших учебных заведениях Министерства обороны Российской Федерации требует разработки единого положения по организации его работы. На основе изучения опыта работы медицинской службы военных округов определены задачи, порядок работы, развертывание и состав администрации внештатных изоляторов в войсковых частях (соединениях) Министерства обороны Российской Федерации на современном этапе развития.

Ключевые слова: внештатный изолятор, организация работы, инфекционные болезни, профилактика, инфекционные осложнения, пациенты, эпидемиологический надзор, военнослужащие.

Введение. Эпидемиологическая обстановка по острым болезням органов дыхания в гарнизонах, как и в целом по регионам России, является неустойчивой. Показатели заболеваемости в настоящее время не превышают многолетние среднестатистические, как по войскам, так и по Вооруженным силам Российской Федерации (ВС РФ) в целом, но в тоже время регистрируется групповая и вспышечная заболеваемость, что определяет актуальность данной патологии. Болезни Х класса занимают лидирующее положение в структуре общей заболеваемости, как среди военнослужащих по призыву, так и военнослужащих по контракту [5, 6]. В связи с этим существует необходимость разработки нормативной документации по организации, поиску и внедрению в практику наиболее эффективных форм медицинского обеспечения жизнедеятельности войск и научно-обоснованных методов оказания первичной медико-санитарной помощи больным в современных условиях. В настоящее время в соединениях и воинских частях организована система раннего активного выявления заболевших и подозрительных на заболевание военнослужащих методом опроса и осмотра с немедленной их изоляцией и госпитализацией в военнo-лечебную организацию, медицинское подразделение или дополнительный (внештатный) изолятор [7]. В этой предупредительной работе участвуют все должностные лица от командира части до младших командиров, все медицинские работники и лица суточного

наряда. Для оперативного реагирования на изменение санитарно-эпидемиологической обстановки внедрена система докладов начальника медицинской службы соответствующему командиру (начальнику) в целях своевременного принятия решения, направленного на улучшение условий службы и быта личного состава, снижение воздействия факторов внешней среды, негативно влияющих на сохранение и укрепление здоровья военнослужащих. Все эти мероприятия играют существенную роль в борьбе с актуальными для войск инфекционными заболеваниями. Однако одним из основных и нерешенных вопросов до сих пор остается вопрос развертывания дополнительных (внештатных) изоляторов [4]. Их действие регламентируется приказами командования, а непосредственная работа осуществляется медицинской службой. Отсутствие должной нормативной документации, утвержденной на вышестоящем уровне, диктует необходимость разработки единых подходов к организации и проведению мероприятий по функционированию внештатных изоляторов в различных военных округах.

Цель исследования. На основе изучения опыта работы внештатных изоляторов, разработать единые требования к организации и порядку развертывания внештатных изоляторов в соединениях и воинских частях в случае эпидемического подъема инфекционной заболеваемости.

Материалы и методы. Проанализированы руководящие документы и литературные источники по истории и организации работы изоляторов в системе гражданского здравоохранения [1–3]. Проведен анализ материалов, поступивших из военных округов, по работе дополнительных (внештатных) изоляторов в ВС РФ. Кроме того, обобщен опыт организации оказания медицинской помощи инфекционным больным в общей войсковой обстановке. Эпидемиологический метод включал приемы, которые позволили установить закономерности развития эпидемического процесса заболеваний органов дыхания у обслуживаемых контингентов.

Результаты и их обсуждение. Проблема борьбы с инфекционными заболеваниями, уносящими из жизни колоссальное количество людей, существует более 2000 лет. Уже в добактериологический период развития эпидемиологии ученые в своих трудах предполагали о заразном начале эпидемий. Очевидно, что попытки избежать «повальных» болезней возникали во все исторические периоды существования человечества. Первыми изоляторами являлись убежища для прокаженных – лазареты и лепрозории, возникшие в средние века. Изоляторы сыграли положительную роль в борьбе с проказой и, позже, с чумой. Однако в приютах и больницах, созданных в более позднее время, никаких устройств для разобщения инфекционных больных от неинфекционных не было. Только в середине XIX в. в результате настойчивых требований передовых врачей началось строительство больниц павильонного и барачного типа, в которых инфекционные больные размещались отдельно от остальных. В нашей стране проведение изоляции больных в требуемых масштабах по эпидемическим показаниям стало возможным только после 1917 г. с созданием по всей стране широкой сети инфекционных больниц. Международные санитарные конвенции и соглашения XIX–XX вв. рассматривают изоляцию инфекционных больных как одну из основных противоэпидемических мер борьбы с инфекциями [8].

Своевременность проведения изоляционных мер в отношении источника инфекции всегда носила актуальный характер. Так, при несвоевременной изоляции источника инфекции, обеспечивается непрерывность развития эпидемического процесса, при условии восприимчивости (в отношении острых болезней органов дыхания (ОБОД) и многих других – практически на всем протяжении жизни) и реализации механизма передачи. При этом организм реципиента, при возникновении инфекционного процесса становится новым источником инфекции.

Ведущее место по основным показателям ущерба от болезней X класса принадлежит гриппу в период его сезонных эпидемий и, особенно, пандемий, а также ОБОД, клинически проявляющихся трахеитом, бронхитом и острой пневмонией [5]. При уровне заболеваемости в среднем около 100–120%, доля этих заболеваний в годовом итоге может составить

до 40% у военнослужащих по контракту, до 50–60% у военнослужащих по призыву в линейных частях и до 70–80% и более – в учебных коллективах. Трудопотери и эпидемический потенциал значительны, особенно в периоды эпидемий и пандемий гриппа, хотя относительные показатели увольняемости и смертности минимальны по сравнению с другими ОБОД, чего нельзя сказать об абсолютных цифрах в целом по ВС. Показано, что от 10 до 20% личного состава воинских частей можно отнести к категории лиц, часто (многократно) болеющих гриппом и ОБОД. Основную массу таких военнослужащих составляют призывники первого полугодия службы. Они обуславливают половину всех случаев ОБОД и трудопотерь, а также большую часть всех осложнений, первыми вовлекаются в эпидемический процесс после прибытия в новый коллектив, заражаясь от старослужащих «коренными» (эпидемическими) возбудителями ОБОД.

Несмотря на принимаемые командованием и медицинской службой меры, дважды в год регистрируется подъем заболеваемости ОБОД среди военнослужащих по призыву, связанный с приемом и акклиматизацией молодого пополнения. На величину подъема оказывают значительное влияние условия размещения личного состава. В связи с укрупнением военных городков, в ряде частей условия размещения военнослужащих не соответствуют требованиям статьи 172 Устава ВС РФ. Так, объем воздуха на одного военнослужащего по призыву в учебных частях составляет от 7 до 9 м³, что приводит к активации механизма передачи инфекций воздушно-капельным путем. Например, при численности воинской части 1000 военнослужащих и одномоментном заболевании 3–5% военнослужащих, в изоляции и лечении одновременно нуждаются 30–50 человек. Коечная емкость медицинского пункта (медицинской роты) не обеспечивает одновременное лечение такого количества военнослужащих, что приводит к необходимости развертывания дополнительных коек и выделению группы легкобольных, которые не требуют стационарного лечения.

Изучив опыт работы начальников медицинской службы соединений и воинских частей по развертыванию внештатных изоляторов для больных с ОБОД, были выявлены следующие проблемные вопросы:

- отсутствие единого понимания командования частей и медицинской службы войскового звена о закономерностях развития эпидемического процесса актуальных для войск инфекций и соответствующих санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по поддержанию санитарно-эпидемиологического благополучия войск (сил);

- недостаточное знание особенностей развития эпидемического процесса при конкретных нозологических формах, разработки соответствующих профилактических мероприятий;

- отсутствие специалистов медико-профилактического профиля – должности, предусмотренные штатом соединений и воинских частей, длительное

время остаются вакантными, либо замещаются военнослужащими, не имеющими профильного образования;

– отсутствие противоэпидемической настороженности медицинского персонала в вопросах профилактики аэрозольных антропонозов среди воинских коллективов;

– отсутствие нормативных документов по организации работы дополнительных (внештатных) изоляторов.

Тем не менее, в соединениях и воинских частях, где командиры заинтересованы в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия военнослужащих вверенной им воинской части, постоянно действуют дополнительные изоляторы, где для них используются типовые и приспособленные казарменные помещения. Положительным примером в 2014–2015 гг. является организация работы Восточного военного округа, когда во внештатных изоляторах проходили лечение до 50% от численности военнослужащих учебных частей. Наибольшая нагрузка на изоляторы происходила в декабре и январе, постепенно снижаясь к марту-апрелю. В мае потребность в дополнительных изоляторах была минимальна.

Дополнительный (внештатный) изолятор воинской части предназначен для временной изоляции военнослужащих, находившихся в контакте с инфекционными больными и/или имеющих признаки инфекционного заболевания, и развертывается, как правило, для предупреждения распространения инфекционных заболеваний среди личного состава. Показаниями к развертыванию внештатного изолятора являются: одновременное выявление больных (подозрительных на заболевание) со сходными признаками инфекционного заболевания и/или заполнение штатной коечной ёмкости лазарета медицинской роты (пункта) более 30%. Развертывается внештатный изолятор в приспособленном помещении на первом этаже здания, имеющем отдельный вход, выход, постоянное отопление (расположение наиболее пораженного подразделения, наименее заселенные спальные помещения подразделений, жилые ячейки солдатских общежитий и т.д.). В администрацию изолятора включается начальник внештатного изолятора из числа строевых офицеров, старшина изолятора, дежурный и дневальные из числа военнослужащих по контракту. Для осуществления медицинского наблюдения и проведения необходимых диагностических исследований, симптоматического и профилактического лечения военнослужащих организуется круглосуточное дежурство медицинского персонала в количестве не менее двух дежурных смен, состоящих из дежурного фельдшера (медицинской сестры) и дежурного санитарного инструктора. Для оказания врачебной помощи и ежедневного осмотра за внештатным изолятором закрепляется врач медицинской роты (пункта). Должностные лица освобождаются от исполнения основных служебных обязанностей на все время работы изолятора.

Основные задачи, возлагаемые на дополнительный (внештатный) изолятор:

– временная изоляция военнослужащих, находившихся в контакте с инфекционными больными и/или имеющих признаки инфекционного заболевания со сроками выздоровления до 5 суток;

– обеспечение надлежащего режима изоляции, отдельного размещения и осуществления постоянного контроля за лицами, подвергшимися риску заражения, с целью исключения развития инфекционных осложнений;

– организация и проведение лечебно-профилактических мероприятий лицам, находившимся в контакте с больными инфекционными заболеваниями;

– динамическое наблюдение за лицами, имеющими признаки инфекционных заболеваний;

– организация амбулаторного приема лиц с признаками инфекционного заболевания;

– оказание неотложной помощи по показаниям;

– своевременная эвакуация больных в военные лечебные организации по показаниям.

Решение поставленных задач может быть реализовано при создании единых подходов во взаимодействии с другими заинтересованными службами (вещевой, продовольственной, коммунально-эксплуатационной).

Заключение. Организация работы дополнительного (внештатного) изолятора требует немалых затрат сил и средств командования и медицинской службы. Но при правильном подходе и понимании со стороны руководства внештатный изолятор при эпидемических вспышках ОБОД в части является необходимым элементом профилактики распространения заболеваний среди личного состава на ранних стадиях заболевания. Показателями эффективности использования внештатного изолятора является уменьшение количества больных в среднем на 16%, случаев возникновения осложнений среди личного состава – на 18%.

Эффективное проведение мероприятий должно включать в себя:

– неукоснительное выполнение мероприятий по профилактике ОБОД;

– проведение еженедельного анализа заболеваемости с целью отслеживания причин повышения заболеваемости ОБОД в подразделениях и принятие мер по их устранению;

– организация работы внештатных изоляторов;

– проведение занятий по профилактике ОБОД среди личного состава по категориям;

– организация «барьерных» осмотров лиц, прибывших из отпусков и длительных командировок с последующей изоляцией выявленных больных.

Своевременное развертывание и правильная организация работы внештатных изоляторов приведет к недопущению массовых случаев заболеваемости ОБОД, скорейшему возвращению в строй военно-

лужащих и послужит успешному выполнению планов боевой подготовки.

Литература

1. Федеральный закон Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». – М.: ИНФРА-М, 2001. – 40 с.
2. СанПиН 2.1.3.2630-10 Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность. – М., 2010. – 177 с.
3. СП 3.1/3.2.3146-13 Санитарно-эпидемиологические правила «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней». – М., 2013. – 36 с.
4. Приказ ЗМО-НТВС № 1 2001 г. Руководство по медицинскому обеспечению ВС РФ. – М., Воениздат, 2001. – 350 с.
5. Грипп и другие острые респираторные заболевания. Указания по диагностике, лечению и профилактике в Вооруженных Силах Российской Федерации. – М., 1999. – 63 с.
6. Эпидемиология и профилактика внебольничных пневмоний в Вооруженных Силах Российской Федерации: учебно-методическое пособие. – СПб., 2012. – 160 с.
7. Мельниченко, П.И. Военная гигиена и военная эпидемиология: учебник для студентов медицинских вузов / П.И. Мельниченко. – М., 2005. – 522 с.
8. Черкасский, Б.Л. Путешествие эпидемиолога во времени и пространстве / Б.Л. Черкасский. – Воронеж: ФГУП ИПФ «Воронеж», 2003. – 640 с.

P.V. Kulikov, S.A. Svistunov, A.A. Kuzin, A.N. Gorenchuk, D.A. Zharkov, S.D. Zhogolev, Yu.G. Ivannikov

Organization of extraordinary off-line insulator

Abstract. The questions of the organization of extraordinary off-line insulator. It is found that the incidence of acute intestinal infections aerosol and in organized groups is, as a rule, the nature of group of cases. Staff insulator medical company military unit can accommodate a maximum of 4–6 soldiers in this connection during the epidemic rise of morbidity requires the deployment of extraordinary off-line (optional) insulator. In accordance with the orders, each military unit, training center for the isolation of patients and suspected respiratory disease deployed extraordinary off-line insulators. The troops freelance insulators prepared in the required number of different hospital bed capacity, usually up to 10% of payroll troop. This event plays an important role in the fight against relevant to troops infectious diseases, but currently deploying extraordinary off-line insulator is held in the absence of adequate regulatory documents approved at a higher level, in connection with which there is no single approach to the organization and conduct of activities in various military districts. The absence of guidelines on the organization of an additional (non-staff) of the insulator in military units, military medical institutions and higher educational institutions of the Ministry of Defense of the Russian Federation requires the development of a common position on the organization of its work. On the basis of experience of the medical service of military districts specified tasks, work procedure, deployment and administration of the composition of extraordinary off-line insulators in units (joints) of the Ministry of Defense of the Russian Federation at the present stage of development .

Контактный телефон: 8-931-542-86-24; e-mail: syezd2@mail.ru